



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO SOCIOECONÔMICO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

LEONARDO RIGON RECH

**A Medicalização Como Fenômeno Social: o caso da psiquiatrização dos  
comportamentos desviantes na infância**

FLORIANÓPOLIS

2020

LEONARDO RIGON RECH

**A Medicalização Como Fenômeno Social: o caso da psiquiatrização dos comportamentos desviantes na infância**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social, do Centro Socioeconômico, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila.

FLORIANÓPOLIS

2020

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

Rech, Leonardo Rigon

A Medicalização Como Fenômeno Social : o caso da  
psiquiatria dos comportamentos desviantes na infância /  
Leonardo Rigon Rech ; orientador, Myriam Raquel Mitjavila,  
2020.

70 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio  
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Medicalização. 3. Infância. 4.  
Tratamento Medicamentoso. 5. Fracasso Escolar. I.  
Mitjavila, Myriam Raquel. II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Leonardo Rigon Rech

**A Medicalização Como Fenômeno Social: o caso da psiquiatrização dos comportamentos desviantes na infância**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 16 de dezembro de 2020.



Documento assinado digitalmente  
Rubia dos Santos  
Data: 14/12/2020 09:50:22-0300  
CPF: 001.252.199-03

---

Profa. Rúbia dos Santos Ronzoni, Dra.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**



Documento assinado digitalmente  
Myriam Raquel Mitjavila  
Data: 13/12/2020 18:49:36-0300  
CPF: 696.821.600-06

---

Profa. Myriam Raquel Mitjavila, Dra.  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente  
Liliane Moser  
Data: 14/12/2020 09:51:03-0300  
CPF: 552.401.869-87

---

Profa. Liliane Moser, Dra.  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente  
Rudinei Luiz Beltrame  
Data: 14/12/2020 10:50:37-0300  
CPF: 070.973.599-51

---

Prof. Rudinei Luiz Beltrame, Me.  
Avaliador  
Faculdade CESUSC

Dedico esse trabalho a meus queridos pais, meus amados amigos e a todas as crianças rotuladas de difíceis e rebeldes. Que suas rebeldias levem à transformação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais Marta e Sandro por todo amor e apoio nessa transformadora etapa que foi a entrada à universidade e o início da vida profissional em Florianópolis. Enquanto filho de uma família de trabalhadores, fui o primeiro a entrar numa universidade, e é com essa responsabilidade que levarei adiante meu compromisso profissional enquanto Assistente Social e eterno aluno da Universidade Federal de Santa Catarina, para que mais espaços sejam, de fato, universais.

Não entendo família somente ligada aos vínculos consanguíneos, mas sim de todos e todas que queremos que estejam perto de nós. Nesse sentido, as pessoas que criei laços antes e durante meu processo formativo foram essenciais para minha finalização da graduação e amadurecimento pessoal. Aqui, me refiro a meus amigos de infância que sempre estiveram comigo nessa jornada: Ana Paula e Emanuel; também minhas amigas e amigos da UFSC que levarei para toda a vida: Arcelo, Andressa, Izzadora e Marcinho, juntamente com minhas futuras companheiras de profissão: Vanessa, Drieli, Beatriz e Karina; agradeço também ao meu namorado, amigo e confidente Gerhard por todo o amor e aprendizado nesses três anos de namoro; a minhas amigas de Porto Alegre Carol e Fernanda por toda ajuda e risadas que tivemos juntos.

Agradeço à minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso Myriam Raquel Mitjavila, por todo direcionamento, atenção, dedicação e compromisso para que este trabalho fosse realizado. O respeito que já tinha por sua pessoa só cresceu durante esse processo, fazendo com que rompêssemos a barreira de aluno/professor e nos tornássemos amigos.

Agradeço a todas as professoras e professores do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial às professoras Maria Regina D'avila, Dilceane Carraro e Luciana Zucco. Suas contribuições acadêmicas e trajetórias profissionais de luta pelos direitos sociais e pela categoria profissional energiza as gerações que estão entrando agora na luta.

Agradeço a todas(os) as(os) profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – Ponta do Coral, de Florianópolis, onde se realizou meu estágio curricular obrigatório. A relação de companheirismo presente na equipe multiprofissional é algo incrível e estratégico, em um contexto de extensos desmontes das políticas públicas.

A experiência de estágio enquanto exercício prático alicerçado pela teoria criou em mim o autorreconhecimento à profissão e acendeu as chamas pela transformação social através da intervenção profissional.

Agradeço, de coração, a todos e todas que de alguma forma contribuíram para que a realização desse sonho se materializasse.

*Aprende – lê nos olhos,  
lê nos olhos – aprende  
a ler jornais, aprende:  
a verdade pensa  
com tua cabeça;  
Confere tudo. Faça perguntas sem medo  
não te convenças sozinho  
mas veja com teus olhos.  
Se não descobriu por si  
na verdade não descobriu.  
Afinal você faz parte de tudo,  
também vai no barco,  
vai pegar no leme um dia.  
Aponte o dedo, pergunta  
que é isso? Como foi  
parar aí? Por que?  
Você faz parte de tudo.  
Aprende, não perde nada  
das discussões, do silêncio.  
Esteja sempre aprendendo  
por nós e por você.  
Você não será ouvinte  
diante da discussão,  
não será cogumelo  
de sombras e bastidores,  
não será cenário  
para nossa ação.*

*Bertold Brecht*



## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) discute a medicalização dos comportamentos infanto-juvenis. É um trabalho que se desenvolve através de uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a livros e textos de autores de referência à temática da medicalização, transtornos de aprendizagem, fracasso escolar e uso de substâncias psicoativas em crianças e adolescentes. O objetivo geral da pesquisa é analisar o fenômeno da medicalização da vida social e como se apresenta no campo da infância, apresentando as concepções históricas acerca da medicalização, bem como o surgimento dos diagnósticos de TDAH e Dislexia junto ao uso precoce de medicamentos psicoativos que são difundidos enquanto solução excepcional ao fracasso escolar destes sujeitos. Os resultados levantados nos evidenciam a grandiosidade da problemática, com a crescente facilidade de serem realizados diagnósticos e prescrição de medicamentos para indivíduos vistos como desviantes à normalidade, por expressarem certos comportamentos, com o exemplo presente no trabalho pelas informações divulgadas da Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Nesse caminho, sem negar a importância do progresso da medicina, discute-se os impactos da medicalização e suas potencialidades transformadoras que tendem a reduzir tudo o que atravessa o corpo social à biologia.

**Palavras-chave:** Medicalização. Infância. Tratamento Medicamentoso. Fracasso Escolar.

## **ABSTRACT**

This Course Conclusion Paper discusses the medicalization of child and youth behaviors. It is a work that is developed through bibliographic research, using books and texts by authors of reference to the theme of medicalization, learning disorders, school failure and the use of psychoactive substances in children and adolescents. The general objective of the research is to analyze the phenomenon of the medicalization of social life and how it presents itself in the field of childhood, presenting the historical conceptions about medicalization, as well as the emergence of the diagnoses of ADHD and Dyslexia together with the early use of psychoactive drugs that are disseminated as an exceptional solution to the school failure of these subjects. The results raised show us the greatness of the problem, with the increasing ease of making diagnoses and prescribing medications for individuals seen as deviating from normality, for expressing certain behaviors, with the example present in the work by the information disclosed by the Brazilian Association for Disability Deficit. Attention. In this way, without denying the importance of the progress of medicine, the impacts of medicalization and its transforming potentialities that tend to reduce everything that crosses the social body to biology are discussed.

**Keywords:** Medicalization. Childhood. Drug Treatment. School Failure.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABDA Associação Brasileira de Déficit de Atenção

ADD Distúrbios de Déficit de Atenção

ADD-H Distúrbios de Déficit de Atenção com Hiperatividade

ADHD Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

AICAPAP Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Adolescente e Profissões Associadas

APA Associação Americana de Psiquiatria

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CFP Conselho Federal de Psicologia

DCM Disfunção Cerebral Mínima

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

DDDpt Doses Diárias Definidas por Mil Habitantes

FDA Administração de Drogas e Alimentos

INCB Conselho Internacional de Controle de Narcóticos

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU União das Nações Unidas

SNAP-IV Questionário de Swanson, Nolan e Pelham

SRAA Substância Reticular Ativadora Ascendente

TDAH Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
2.1	A MEDICALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DE IVAN ILLICH .....	19
2.2	A ANALÍTICA FOUCAULTIANA DA MEDICALIZAÇÃO.....	26
2.3	A MEDICALIZAÇÃO PARA PETER CONRAD.....	31
<b>3</b>	<b>A MEDICALIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS INFANTIS .....</b>	<b>37</b>
3.1	O SURGIMENTO DOS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM, A DISLEXIA E O TDAH.....	40
3.2	A DESCOBERTA DA RITALINA E DO USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	45
3.3	O FRACASSO ESCOLAR E OS PONTOS NEGATIVOS E POSITIVOS DA MEDICALIZAÇÃO .....	52
3.4	A DISSEMINAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS SOBRE OS TRANSTORNOS INFANTIS DE APRENDIZAGEM: O CASO DO TDAH .....	55
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>5</b>	<b>ANEXO A – SNAP-IV.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao entender que a pesquisa, enquanto atividade básica das ciências, propicia a indagação da realidade estabelecida, se entende que ela é essencial no processo de amadurecimento intelectual, e, portanto, se faz necessário que ela seja compreendida como ação que “alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo” (MINAYO, p. 16).

Nesse caminho, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pretende analisar o fenômeno da medicalização da vida social e em particular da infância, partindo do questionamento “Como acontece a medicalização dos comportamentos considerados problemáticos nas crianças e adolescentes pela medicina científico-técnica e no que ela implica?”

A elaboração da resposta para tal pergunta é substancial para entender os processos medicalizadores da vida social, tal fenômeno entendido enquanto translocação dos problemas da vida social para o campo da medicina junto à transformação de questões sociais e políticas em individuais e biológicas. Somado a isso, também se desenvolve o exercício de pesquisa bibliográfica fundamental na prática profissional do assistente social; bem como colocar questões que não são comumente trabalhadas na profissão para sua maior visibilidade e, portanto, sua problematização, visto que tal categoria profissional, juntamente com os/as psicólogos/as, estão diante da efetivação da Lei nº 13.935 de 2019 que prevê a entrada destes profissionais na rede pública de ensino básico. Nesse contexto, a escola é estratégica como lócus privilegiado de intervenções clínicas medicalizantes no processo de ensino-aprendizagem infanto-juvenil.

As motivações para a realização da pesquisa vieram por dois fatores. Primeiro, pela indicação da Profa. Orientadora Dra. Myriam Raquel Mitjavila acerca do tema, já que o tema inicial do TCC proposto pelo orientando era intitulado “A relação da família dos/as usuários/as com os dispositivos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, alternativos à internação psiquiátrica”. Como o tema inicial veio da aproximação do aluno pelo seu estágio curricular acontecer no CAPS – Ponta do Coral de Florianópolis, migrar para outro assunto relevante que também se apresenta nos dispositivos alternativos à internação psiquiátrica, porém na

modalidade CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, se apresentou como uma recomendação instigante.

Em segundo, com o levantamento de leituras sobre a temática, o aluno se avizinhou com o material observado, já que o fenômeno da medicalização da infância e adolescência que existe há pelo menos 100 anos, engendra uma realidade em que, infelizmente, não faltam exemplos de indivíduos cooptados por essa lógica que fazem parte do ciclo de convívio pessoal do aluno, incentivando a realização da pesquisa.

Não se restringindo a sujeitos conhecidos que estão incorporados nos processos medicalizantes, mas também ao próprio aluno, que se encaixa no que será visto adiante como comportamentos desviantes à normalidade. Esses comportamentos catalisaram os processos de medicalização, junto à Medicina que oferece as ferramentas técnico-operativas e medicamentosas para seus ajustamentos.

Foi definido como eixo estruturante do presente trabalho, o objetivo geral enquanto analisar o fenômeno da medicalização da vida social e como se apresenta na infância. Em termos de objetivos específicos, pretende-se, apresentar aspectos relevantes da trajetória dos conceitos formulados acerca da medicalização nas ciências humanas e sociais; descrever o surgimento dos diagnósticos de TDAH e Dislexia; problematizar o uso de medicamentos psicoativos em crianças e adolescentes; discutir a problemática do fracasso escolar como condição de possibilidade para emergência dos processos medicalizadores e interpretar as conexões entre a medicalização dos desvios comportamentais infantis e transformações do tecido social no que diz respeito à gestão social desses problemas.

Do ponto de vista metodológico, o presente trabalho se apoia na revisão bibliográfica de ensaios e pesquisas produzidos sobre o tema no campo das ciências humanas e sociais. Nesse sentido, foram escolhidas as perspectivas de autores que se debruçaram sobre a problemática do saber médico e dos processos de medicalização da vida social, tais como Ivan Illich, Michel Foucault e Peter Conrad, além de outros autores que examinaram de maneira específica a problemática da medicalização da infância.

De forma complementar, foram utilizadas referências empíricas produzidas em diversas pesquisas sobre o tema, além da utilização, para fins de ilustração, de observações de material documental.

A escolha por essa metodologia de pesquisa se deu pelo fato de ela possibilitar um estudo histórico acerca do fenômeno para entender seu movimento e junto a isso, de:

permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2008, p. 50).

Também, pelo fato de estarmos em um contexto de pandemia do Covid-19, em que o ensino presencial se transformou em remoto - somado às demais diminuições no contato físico entre as pessoas; o tempo, as condições materiais e até psicológicas para elaboração do trabalho, determinaram a escolha por essa abordagem metodológica.

Assim, o trabalho se apresenta organizado em dois capítulos. No primeiro, será descrito as ideias de autores de referência internacional sobre o desenvolvimento do poder da medicina diante do corpo social, trazendo as discussões presentes nas obras de Ivan Illich e Michel Foucault durante as décadas de 1970 a 1990, seguidamente pela conceituação de Peter Conrad, para se compreender o nascimento do processo medicalizador e seus significados, para que no próximo capítulo, entender como se expressa no âmbito da infância.

Posteriormente, no segundo capítulo, será exposto o processo histórico pelo qual a medicalização da vida passou a adentrar a infância e a adolescência, de modo a corrigir os desvios comportamentais dessa faixa etária pelo uso de substâncias psicoativas, como é o caso do metilfenidato, cujo nome comercial é Ritalina. Portanto, para a compreensão desse fenômeno, dividiu-se em sub capítulos que abordarão as seguintes questões: a criação do diagnóstico de hiperatividade infantil e dos distúrbios de aprendizagem, a exemplo da dislexia; a descoberta dos efeitos de anfetaminas no comportamento infanto-juvenil, bem como seu comércio; a entrada do mercado médico farmacêutico no espaço pedagógico e a crítica acerca das informações questionáveis divulgadas pela Associação Brasileira de Déficit de

Atenção (ABDA) sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Por fim, nas considerações finais serão retomados aspectos estratégicos da análise da problemática da medicalização da infância do ponto de vista cultural, sociopolítico e suas derivações para a problematização do papel do Serviço Social nessa área.

É nessa direção crítica que o trabalho se apresenta, não se restringindo somente aos profissionais da educação e de outros âmbitos político institucionais, mas também às famílias e o meio social dos sujeitos medicalizados, pensando nas futuras gerações que temos a responsabilidade moral e profissional de desenvolver um olhar crítico sobre o reducionismo biologicista do social.

O ser humano é muito mais que apenas um corpo e é com esse pensamento que se deve manter uma posição firme contra a normatização, homogeneização e controle da vida através do aparelho médico e farmacológico.



## 2 O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO

O entendimento acerca do termo medicalização vem alterando-se, assim como seu contexto de análise, desde seu surgimento na década de 60, particularizado pelo seu caráter polissêmico, envolve a coexistência de significados tanto conflitantes como complementares - que não são fundamentalmente auto excludentes - faz-se necessário esclarecê-los a fim de demonstrar seu dinamismo de acordo ao momento histórico de seu surgimento e aos sentidos adotados.

Tal termo tornou-se um clichê na visão dos estudiosos do campo da sociologia da saúde, portanto, esclarecer seu sentido “diminuiria a imprecisão de base do uso do termo, já que ele pode se referir a momentos históricos diversos e a sentidos diferentes” (ZORZANELLI; ORTEGA; JUNIOR, p. 1865, 2014).

Como ponto de partida para a abordagem do tema, deve se destacar o trabalho de Irving Zola que foi pioneiro a estudar o fenômeno da medicalização. Zola (1972) explica que a medicina se tornou uma das grandes instituições de controle social, ao afirmar que ela se transformou em um

[...] novo repositório da verdade, o lugar onde julgamentos absolutos e muitas vezes finais são feitos por especialistas supostamente moralmente neutros e objetivos. E esses julgamentos são feitos, não em nome da virtude ou da legitimidade, mas em nome da saúde (ZOLA. 1972, p. 487, tradução nossa)<sup>1</sup>.

Essa transição do lugar de poder que a medicina ocupava deve-se à crescente complexidade do sistema burocrático e tecnológico, levando aos leigos confiarem no saber especialistas. Dentro das especialidades médicas, a medicina preventiva/pública e a psiquiatria desempenharam papéis que firmaram as bases científicas e sociais da medicalização: a primeira, pelo compromisso em mudar aspectos sociais da vida através de sanitização dos espaços urbanos, domésticos e laborais; a segunda, ao preocupar-se inicialmente com a insanidade enquanto explicação científica usada na defesa de processos criminais, e posteriormente, com os desvios legais da sociedade. Diante disso, a medicina amplia seu domínio e

---

1 [...] *new repository of truth, the place where absolute and often final judgments are made by supposedly morally neutral and objective experts. And these judgments are made, not in the name of virtue or legitimacy, but in the name of health* (ZOLA, 1972, p. 487).

influência nas diversas esferas da vida, tendo uma relação amba *de jure* e *de facto* – com as instituições de controle social (ZOLA, 1972).

Um exemplo recorrente da influência que o diagnóstico médico tem no processo criminal é demonstrado por Mitjavila (2015) ao relatar o caso do assassinato da família Pesseghini, em 5 de agosto de 2013, em São Paulo. Inicialmente, o suspeito principal era que o filho adolescente Marcelo Pesseghini tivesse cometido o crime, porém, não se obteve nenhuma resposta concreta até a chegada do psiquiatra forense Guido Palomba, que realizou uma perícia psiquiátrica *post-mortem*, ou “exame de insanidade mental póstumo retrospectivo” (MITJAVILA, 2015, p. 128) diagnosticando o estado mental de Marcelo e confirmando a hipótese inicial da polícia de que o adolescente era o responsável pelo homicídio de sua família.

O fato apresentado escancara a notoriedade que a profissão médica conquistou dentro das relações entre as instituições sociais, que depositam no saber médico a confiança necessária para que ocupem espaços de alto escalão, propiciando e alimentando a cultura da autoridade médica.

Ainda, Mitjavila (2015) assinala que ela é invocada quando “certos fenômenos escapam aos suportes institucionais de controle social, principalmente no que se refere à arbitragem ou ao julgamento de comportamentos que representam algum tipo de desvio normativo” (MITJAVILA, 2015, p. 127).

Assim, a medicalização para Zola (1972) é a despolitização do que se entende por saúde e doença, através do exercício da autoridade médica tornando diversos problemas sociais em problemas individuais, de forma que outras interpretações e caminhos interventivos perdem espaço. Ao entender tais comportamentos como desviantes ou não, “a questão não é se devemos lidar com um problema específico, mas como e quando”<sup>2</sup> (ZOLA, 1972, p. 500, tradução nossa), ao passo que o alcance dos processos medicalizadores ampliam-se, incorporando vários aspectos da vida sob a ótica médica que irá, por meio de sua instrumentalização teórico-prática, prescrever tratamentos adequados para tais desvios, como aponta Mitjavila (2016): a aptidão para o trabalho, tristeza, timidez e masculinidade.

---

<sup>2</sup> “*the issue becomes not whether to deal with a particular problem, but how and when*” (ZOLA, 1972, p. 500).

Nesse primeiro capítulo serão apresentadas ideias de autores destacados por suas contribuições teóricas acerca do avanço e consolidação do poder da medicina sobre o corpo social, como Ivan Illich e Michel Foucault, a partir da década de 1970, e posteriormente a de Peter Conrad, a fim de compreendermos a gênese do conceito de medicalização, seus diferentes significados e como ela se expressa no campo da infância.

Ivan Illich se sobressai pelo seu trabalho irreverente e ousado, condenando a empresa médica como causadora de um mal maior do que a própria doença ou sofrimento do indivíduo; Já Foucault tece críticas à Illich e contextualiza a medicalização dentro do surgimento da medicina e da relação de poder entre as instituições sociais, inscrito no que nomeia de *biopoder*. Peter Conrad, por sua vez, traz uma perspectiva sociológica sobre os processos de medicalização que pelas suas características vai permitir alcançar uma compreensão mais apurada da medicalização dos comportamentos desviantes em geral e da infância exclusivamente.

## 2.1 A MEDICALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DE IVAN ILLICH

Ivan Illich, pensador austríaco, que em 1975 publica o livro chamado “Nêmesis da Medicina: A Expropriação da Saúde”, fará críticas maciças às empresas médicas e ao imperialismo da medicina, por constituírem, em si mesmos, uma ameaça à saúde, com o poder de “encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar” (ILLICH, 1975, p. 5).

Para o autor, a medicalização da vida é uma forma de epidemia devido ao seu caráter generalizado e alcance populacional como resultado da expansão de diferentes estratégias médicas para “rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda de autonomia para lidar com seu sofrimento” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA, 2014, p. 1862).

Illich explica que a medicalização da vida é maligna, por três motivos:

primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma

sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema (ILLICH, 1975, p. 6).

O autor denomina esse processo de *iatrogênese*<sup>3</sup>, que é composta pelas palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem), e pode ser definida como algo que é criado ou provocado pelo médico. Assim, a iatrogênese envolve três esferas em ordem crescente de sua dimensão social, são elas: clínica, social e cultural/estrutural.

A iatrogenia clínica, compreende os efeitos secundários e diretos da terapêutica, como o uso abusivo e nocivo de substâncias medicamentosas. A mania de descobrir novas anomalias constitui o que é chamado de doenças não-iatrogênicas pelo autor e se manifestam como “forma de invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem frequentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito” (ILLICH, 1975, p. 26).

Além disso, a produção de falhas adquiriu novo status anônimo, com a passagem do médico artesão – cuja intervenção voltava-se à sujeitos conhecidos; ao médico técnico – que utiliza de regras científicas para lidar com diferentes categorias de doentes. Sobre isso, Illich explica que:

a negligência se transforma em erro humano "aleatório", a insensibilidade em "desinteresse científico", e a incompetência em "falta de equipamento especializado". A despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico (ILLICH, 1975, p. 26).

O pensador chama a atenção para o caráter espantoso e epidêmico da iatrogênese clínica, que demonstra resistência aos esforços médicos para sua superação. Nesse caminho, a empresa médica autolimita-se, ao não propiciar debates públicos a respeito da iatrogênese, como forma de autopreservação, processo esse resultante de congressos e eventos da categoria profissional dos médicos que se interessam pela minimização dos danos causados; estratégia que, ao mesmo tempo, revela a debilidade da medicina para modificar suas próprias estruturas.

Entretanto, na perspectiva de Illich, a partir do reconhecimento dos perigos tanto pela medicina pela sociedade dos perigos decorrentes dos processos de

---

<sup>3</sup> O conceito surge perante a constatação de que “os sistemas médicos caros não aumentavam a esperança de vida, assim como os atos médicos para reduzir a morbidade global, resultando em uma nova fonte de doença – a iatrogênica” (TABET et al, 2017, p. 1189).

medicalização, criaram-se condições para instalar o debate político e vislumbrar formas de luta contra o caráter patogênico da organização do trabalho médico e da utilização das tecnologias que lhe dão sustentação.

O segundo tipo de iatrogenia é a social, que Illich define como sendo o “efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (1975, p. 31). Nessa classe de iatrogenia, o indivíduo perde sua autonomia de ação devido à dissonância entre ele e seu meio social/físico, retirando seu domínio sobre as condições sociais sanitárias e políticas da vida nas áreas de trabalho, lazer, alimentação, política e o meio (ILLICH, 1975).

Illich pretende demonstrar que a medicina é responsável por uma parte significativa da perniciosidade em saúde, como resultado da dependência do sujeito à introdução “próteses sob a forma de medicamentos, terapêuticas, internações diversas e controles preventivos” (1975, p. 32). Essa dependência aumenta de forma proporcional ao desenvolvimento da tecnologia médica, operando como um fator sinalizador de que há algo errado.

Illich explica que a medicalização do orçamento é um

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” (1975, p. 37).

Nesse caminho, Illich (1975) afirma que o volume global da medicalização reduz o nível de saúde da população, colocando-a a par com os demais super consumos em outras áreas e instituições, como os transportes, o ensino, entre outros.

A intervenção profissional dos operadores da saúde não é prejudicial somente porque os médicos geram lesões orgânicas e/ou distúrbios, mas sim porque produzem dependência, inclinando ao empobrecimento do meio social e material, em seus aspectos “salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem” (ILLICH, 1975, p. 37).

Em seguida, Illich discorre sobre a invasão farmacêutica, ressaltando que o superconsumo de medicamentos se dá pela prescrição medicamentosa presente em todas consultas médicas, fato que se diferencia em países pobres, em que os cidadãos não conseguem “dar-se ao luxo de uma dependência generalizada cara-a-cara com profissionais arranjam-se, entretanto para não escapar à iatrogênese, graças ao uso imposto das especialidades farmacêuticas” (1975, p. 40).

A terceira forma de iatrogênese social é resultado da medicalização das categorias sociais, pelo controle exercido através do diagnóstico. Por meio da etiquetagem iatrogênica. Illich explica que as etapas da vida - como a gestação, o nascimento e a infância, têm necessidades diferentes de cuidados médicos, fazendo o processo natural de vida uma “sequência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico” e não mais uma “sucessão de diferentes formas de saúde” (1975, p. 43) e cada lugar desses, condiz com um ambiente próprio de cuidado da “saúde-mercadoria” – como o berço, o local de trabalho, o asilo de idosos. Na primeira infância, o perigo da medicalização não se limita apenas ao indivíduo, mas enquanto um importante instrumento de manutenção do *status quo* em uma sociedade de classes.

Como quarto sintoma da iatrogênese social, tem-se a medicalização da prevenção da doença pelo *check-up*. Illich ao falar que “não é preciso estar doente para se transformar num paciente” (1975, p. 47) refere-se à transformação do conceito de morbidade que, ao se estender, passou a alegar que há a possibilidade que uma tal morbidade surja em um espaço de tempo, impondo a dúvida de uma ameaça de saúde iminente. Essa medicalização leva a transferência da responsabilidade pelo cuidado da saúde ao saber médico, tornando o indivíduo em paciente pelo resto da vida.

A medicalização de grandes rituais, como a morte, constitui o quinto sintoma da iatrogênese social, em que grande parcela dos recursos públicos se destina ao desenvolvimento de técnicas que objetivam o prolongamento da vida. As técnicas da medicina terminal, a morte sob controle médico e a fascinação pelos avanços médicos são características desse quinto aspecto da iatrogenia social. Illich afirma que “a medicina terminal é o mais solene elemento de um ritual que celebra e consolida o mito de que o médico trava uma luta heroica contra a morte” (1975, p.

52) – processo que corrobora o *status* de autoridade cultural, que Starr (1991, apud MITJAVILA, 2016) descreve:

Como autoridades culturais, os médicos emitem juízes autorizados sobre o que constitui uma doença ou falta de cordura, avaliam a atitude das pessoas para desempenhar determinados trabalhos, estabelecem a incapacidade dos feridos, certificam mortes, e inclusive, avaliam depois da morte se a pessoa tinha ou não capacidade na hora de fazer testamento (...) nesta área, a autoridade médica é um recurso que serve tanto ao ordenamento social quanto à profissão e seus clientes. (STARR, 1991, apud MITJAVILA, 2016, p. 141).

Illich explica que os rituais da medicina induzem as pessoas a acreditarem que os tratamentos empregados farão bem à sua saúde, embora as prive de exercer controle sobre suas condições de trabalho e habitação.

Ao transferir tal responsabilidade à profissão médica - decorrente de complexos processos entre Estado, religião e medicina pelo monopólio da cura - os médicos ocupam papéis anteriormente reservados aos sacerdotes e soberanos. Heroicizados, os feitos da medicina

se assemelham a uma espécie de dança das chuvas para milhões de pessoas. São liturgias que transformam a esperança realística de uma vida autônoma na ilusão de que os médicos vão dar à humanidade uma saúde cada vez melhor. É o ritual da medicina, celebrado por um mago preventivo, que priva os homens da posse do presente (ILLICH, 1975, p. 56).

Por sexto e último sintoma da iatrogênese social, tem-se a eliminação do status de saúde graças à multiplicação dos papéis de doente. Os comportamentos (que são culturalmente estabelecidos) desviantes constituem um fator de risco social nas sociedades, e, ao dar nome a essas anormalidades que “atemorizam, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida” (ILLICH, 1975, p. 56) constituindo uma nova identidade sob características de saúde. A partir do momento em que essas categorizações são ingressam na literatura médica, a legitimidade da medicina como instituição de controle social ganha força e os processos medicalizadores começam a se expandir indefinidamente “às forças da natureza e reduzir, desse modo, a ansiedade da sociedade” (ILLICH, 1975, p. 57). Assim, Illich afirma que em uma sociedade à beira da morbidade, as pessoas perdem a sensibilidade e a vontade de serem autossuficientes, transferindo à instituição médica os cuidados futuros de algo

incerto, resultando em uma “sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbidade universal” (1975, p. 59) Dessa forma, “reivindicar tratamento se transforma num dever político e o atestado médico, num meio poderoso de controle social” (p. 60).

Para introduzir o terceiro e último tipo de iatrogenia, a cultural/estrutural, Illich discute a relação da produção de saúde com a cultura. Ao invés de reduzir a cultura a um simples conjunto de costumes, usos, tradições, hábitos, o autor a concebe como um entramado complexo de mecanismos, projetos, regulamentos, regras e instruções. Assim, cada cultura dita modos distintos de ser saudável, de sofrer e de morrer.

O progresso da empresa médica se torna uma ameaça a esse poder gerador de saúde, visto que seu cerne de preocupação é a eliminação da dor, a correção das anomalias, o extermínio de doenças e a luta contra a morte para alcançar o bem-estar. Esses objetivos impostos por ela impedem os sujeitos de experienciar acontecimentos essenciais, tornando-os obstáculos que ameaçam a felicidade, em seu sentido geral, e que coagem os indivíduos a recorrer sem cessar a consumos cuja produção é monopolizada pela instituição médica.

O homem, organismo fraco, mas provido do poder de recuperação, se torna mecanismo frágil submetido a constante reparação; daí a contradição que opõe a civilização médica dominante a cada uma das culturas tradicionais com a qual se vê em confronto logo que irrompe, em nome do progresso, nos campos ou nos países supostamente subdesenvolvidos (ILLICH, 1975).

Os fenômenos de aceitação e subordinação crescente à terapêutica afetam ao estado de espírito coletivo e promovem uma conseqüente regressão estrutural do nível de saúde – que é chamada de iatrogênese estrutural. Assim, Illich (1975) trará os fenômenos da dor, da doença heteronômica e da morte, para explicar como são suas transformações quando passam a ser tratados à luz da medicina.

A dor, ao ter sua experiência transformada em problema técnico pela colonização da civilização moderna, ressignifica-se, excluindo seu sentido mais íntimo junto com seu contexto subjetivo, para melhor ser curada. Enquanto não for tratada de forma pessoal, enfrentada de maneira autônoma e não mecânica e constrangedora, comum e cotidiana, social e pessoal, pode-se dizer que é uma experiência concreta de responsabilidade de cada um. Nesse caminho, a categoria médica estabelece quais dores são legítimas e quais são simuladas (ILLICH, 1975)



Ela, segundo Illich, foi transformada em problema de economia política, já que “o indivíduo aprende a conceber-se como consumidor de anestésias e se lança à procura de tratamentos que o fazem obter insensibilidade, inconsciência, abulia e apatia provocadas artificialmente” (1975, p. 105).

Esses tratamentos traduzem-se em uma busca intensa por medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e demais cuidados profissionais, demonstrando uma única saída para amenizar seu sofrimento: o de entregar-se ao tratamento médico. Para o autor, a sociedade “não é mais que uma vasta clínica, e todos os cidadãos são pacientes, dos quais se vigia e regulariza constantemente a pressão arterial, para que seja mantida dentro dos limites normais” (1975, p. 126).

Por fim, Illich, ao afirmar que entender a história da morte natural é compreender a história da medicalização da luta contra a morte, analisa a imagem da morte historicamente, que é, assim como a doença, modelada pelas estruturas institucionais, pelos mitos profundamente enraizados, pela textura social. A imagem que a “sociedade cria da morte reflete o grau de independência de seus membros, dá a medida de suas reações, de sua autonomia e de seu querer viver individuais” (ILLICH, 1975, p. 132), que leva diretamente a um controle social, no qual

a sociedade torna-se responsável pela sua prevenção, e o tratamento médico, eficaz ou não, é assimilado como um dever. Sendo assim, toda morte que sobrevém na ausência de tratamento médico é suscetível de interessar à justiça” (TABET et al, 2007, p. 1195 apud ILLICH, 1975).

Pelo fato de “quase evitar a morte, de quase evitar a dor, de controlar riscos e exposições [...] a medicina constrói uma imagem mitificada, como se fosse capaz, potencialmente, num eterno futuro [...] de evitar toda a dor, doença e a própria morte” (MARTINS, 2007, p. 117). Como diz Nietzsche (1872: §13 apud MARTINS, 2007) como se ela tivesse poder para “corrigir a existência”.

Illich, de fato, faz críticas contundentes à medicina e seu poderio, porém, suas ideias têm sido alvos de apreciações e objeto de polêmicas, como Michel Foucault, que será visto a seguir. O próprio autor lançou uma nota de 1985, em que situa também o corpo como agente patogênico (TABET et al, 2007) sugerindo que algumas de suas ideias da época em que lançou “*Nêmesis da Medicina*” alteraram-se, juntamente com as forças medicalizadoras contemporâneas:

Há doze anos, escrevi a *Nêmesis da medicina*. O livro começava com a afirmação: a medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde. Ouvindo isto hoje, eu responderia: e daí? O maior agente patógeno de hoje, acho eu, é a busca de um corpo sadio. (ILLICH, 1992, p. 24).

Assim, Illich (1992) introduz um novo tipo de iatrogênese: a mercantilização do corpo, transferindo parte da autoria para as grandes indústrias e meios de comunicação que enaltecem a busca doentia pela imagem de um modelo de corpo sadio.

## 2.2 A ANALÍTICA FOUCAULTIANA DA MEDICALIZAÇÃO

A problemática do corpo apresenta centralidade de Michel Foucault, que introduz o termo *somatocracia*, para indicar tanto a importância do corpo como a responsabilidade do Estado de assegurar a cidadania dos indivíduos por meio da atenção à saúde de seus corpos, como forma de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho na sociedade capitalista. O corpo, para o autor, torna-se o principal alvo das estratégias de gestão biopolítica da população, e de vigilância panóptica do indivíduo, como assinala Mitjavila (2015)

Hoje a medicina encontra a economia por outro canal. Não apenas porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir riqueza diretamente, na medida em que saúde é desejo de uns e lucro de outros. A saúde, assim que se tornou objeto de consumo, que pode ser produzida por alguns laboratórios farmacêuticos, médicos, etc., e consumida por outros - os possíveis e reais pacientes - adquiriu importância econômica, e foi introduzida no mercado (FOUCAULT, 1977. p. 21, tradução nossa)<sup>4</sup>.

Foucault discute a perspectiva de Illich, no sentido demonstrar que a discussão não deve limitar-se se a medicina é individual ou social. Na ótica Foucaultiana, a medicina sempre foi e ainda é social. Essa natureza da medicina, ao mesmo tempo, técnico e social, consolidou-se como resultado de um

---

<sup>4</sup> *En la actualidad la medicina encuentra la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió em objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros-los enfermos posibles y reales-adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado (FOUCAULT, 1977, p. 21)*

“desbloqueio técnico e epistemológico, de considerável importância, da medicina e de toda uma série de práticas sociais” (FOUCAULT, 2011, p. 173).

Esse caráter social é demonstrado por Foucault ao analisar alguns processos específicos de medicalização, em particular, ao examinar a genealogia desses processos ligada à gestão do espaço urbano, a partir do século 18. As cidades converteram-se em alvos de intervenções médico-sanitárias a fim de erradicar as doenças e epidemias, empreendendo a higienização em nome da salubridade das cidades<sup>5</sup>.

A expansão desses tipos de processos envolve a ampliação do domínio da medicina, o que vai ser interpretado por Foucault como medicalização indefinida, isto é, como resultado da extrapolação da ciência médica à vida como um todo ou, em outras palavras, pela considerável expansão dos objetos do saber médico a todos os fenômenos vitais (FOUCAULT, 2011).

Por “medicalização indefinida”, Foucault entende a conversão da saúde em objeto de intervenção médica, não se restringindo às doenças, envolvendo muitos outros aspectos da vida humana. O autor encontra no Plano Beveridge, que em 1942 estabeleceu as bases do *welfare-state* britânico, o modelo de organização de saúde que, após a Segunda Guerra Mundial, começou a vigorar em muitos países. No momento inicial, caracterizava-se por mitigar os efeitos da guerra e, com isso, de “garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde” (FOUCAULT, 2011, p. 168) Com o Plano Beveridge, a saúde entra na área da macroeconomia, uma vez que as despesas em saúde e seguridade social começam a ser consideradas muito além do papel que até então desempenhavam isoladamente as caixas de pensões e seguros.

Dessa forma, a saúde deixa de ser reconhecida apenas como um direito para ser, também, concebida como obrigação do Estado e do indivíduo. Nasce, assim, uma economia política da saúde, mas, junto com ela, uma nova moral do corpo, pela qual a saúde e a doença convertem-se em “instrumentos de socialização dos indivíduos” (2011, p. 170) Assim, a intervenção médica adentra espaços cotidianos como a escola, através da criança medicalizada – cuja discussão ocorrerá mais adiante - a sexualidade e as famílias, tornando-se onipresente por constituir um

---

<sup>5</sup> Em termos históricos, Foucault (1977) divide o surgimento da medicina social em três etapas: *Medicina de Estado, Medicina Urbana e Medicina da Força de Trabalho e da Pobreza*.

bem que representa um objeto de desejo para uns e um meio de gerar lucro para outros. A exaltação da responsabilidade individual pela saúde passa a ser crescentemente institucionalizada. Nessa direção, Zorzanelli e Cruz (2018) afirmam:

Modificou-se a atenção da medicina novecentista com agentes patogênicos dos corpos segregados e confinados para o cultivo individual do corpo saudável, exaltado como um ideal. Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 724).

A medicina tornou-se um fundamental aparelho político-econômico de manutenção e reprodução da força de trabalho nas sociedades modernas. Insere-se no mercado de serviços ao transformar a saúde em mercadoria “produzida por laboratórios farmacêuticos, médicos – e consumida por outros – os doentes potenciais e atuais” (FOUCAULT, 2011, p. 188). Portanto, o corpo humano é mercantilização duas vezes: uma quando vende sua força de trabalho pelo salário, e a outra pela necessidade de cuidados em saúde e com o corpo para evitar doenças e sofrimentos, posto que o corpo é central, tanto para a reprodução da força de trabalho como na produção de sensações e desejos voltados para o mercado de consumo.

Foucault, ao relacionar o consumo de serviços médicos com as condições de saúde da população, nota que ambos não estão necessariamente associados. Ao contrário disso, o aumento do consumo de medicamentos não estaria diretamente relacionado a qualquer fenômeno positivo ou negativo de saúde. Ao mesmo tempo, Foucault mostra evidências de que a medicalização não é um processo que atinja homogeneamente o conjunto da população, uma vez que “os ricos continuam a utilizar os serviços médicos muito mais que os pobres” (FOUCAULT, 2011, p. 190).

Esse descompasso entre ricos e pobres no acesso a terapêuticas e medicamentos revela um sistema que tende a reforçar as desigualdades frente à doença e à morte, como acontecera no século XIX. As empresas farmacêuticas têm um papel central nas engrenagens dessa desigualdade, já que ela é financiada pelo “coletivo da saúde e da doença, por mediação das instituições de seguro social que obtêm fundos das pessoas que devem obrigatoriamente se proteger contra as doenças” (FOUCAULT, 2011, p. 191).

Foucault (2011), introduz o conceito de *nosopolítica*, que se refere a uma política social cuja centralidade é a saúde e sua responsabilidade é compartilhada

entre todos. A nosopolítica tem por características a medicalização da família, vista como “o agente mais constante da medicalização” (FOUCAULT, 2011, p.110) e da infância, enquanto período privilegiado e tático de intervenção, não se tratando somente sobre sua reprodução, mas sim de gerir conforme interesses essa fase do crescimento.

Ainda sobre a relação da família e da infância com a medicalização, Foucault aponta:

A medicina, que se delinea no século XVIII em todos os países da Europa, tem como reflexo a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos; ela permitiu articular uma ética "privada" da boa saúde (dever recíproco de pais e filhos) com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica da cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias, por um corpo profissional de médicos qualificados e como que recomendados pelo Estado. Os direitos e os deveres dos indivíduos concernindo à sua saúde e à dos outros, o mercado onde coincidem as demandas e as ofertas de cuidados médicos, as intervenções autoritárias do poder na ordem da higiene e das doenças, a institucionalização e a defesa da relação privada com o médico, tudo isto, em sua multiplicidade e coerência, marca o funcionamento global da política de saúde do século XIX, que entretanto não se pode compreender abstraindo-se este elemento central, formado no século XVIII: a família medicalizada-medicalizante (1979, p. 111)<sup>6</sup>.

Esse poder exercido sobre os corpos através de estratégias políticas será denominado *biopoder* por Foucault, podendo ser descrito pelo poder sobre a vida, desenvolvido a partir do século XVII, em duas formas principais: a primeira, centrada no corpo individual, em seu disciplinamento potencializador da força de trabalho e da saúde, a partir da combinação de mecanismos de vigilância e punição que compõem uma anátomo-política do corpo humano; e a segunda vertente do biopoder centrada no “corpo-espécie”, compreendendo todos processos vitais, já não mais do

---

<sup>6</sup> Outra característica da política médica do século XVIII é a do privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social. A profissão médica adentra em diferentes instâncias de poder, propiciando a criação de um saber médico-administrativo. Instala-se “uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento” (FOUCAULT, 1979, p. 122) – como a sexualidade, os comportamentos, o jeito de se vestir, a alimentação, a fecundidade, etc. Nesse trajeto, o médico torna-se o grande conselheiro e perito e, na sua função higienista, tem como intuito a melhora e a garantia do bom estado de saúde do “corpo social”. (FOUCAULT, 1979).

indivíduo, e sim do conjunto da população, tais, como o nascimento, a mortalidade, a duração da vida, a longevidade, etc. – Ambas as vertentes do biopoder, o disciplinamento do indivíduo e a regulação da população constituem os pólos de nascimento de um novo poder sobre a vida (FOUCAULT, 1988, p. 130).

Cabe perguntar-se, então, que classe de poder está na base desses processos analisados por Foucault. O poder para Foucault, segundo Machado (2009), não é situado em um único espaço ou instituição, mas ele está em tudo, uma vez que é determinado por um jogo de poderes implicados na dominação de uns pelos outros<sup>7</sup>.

Esse poder deve ser visto como produto de processos complexos em rede relacionados, envolvendo forças que se chocam e se contrapõem, e não em algo que emana de um ponto central. Giusti (2016) assinala que essa rede é compreendida pelo pensador enquanto presente em todo corpo social e suas diferentes instituições: prisão, Estado, família, escola, asilo, hospital, etc.

Economicamente, o biopoder demonstrou ser indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, devido à “inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 1988, p. 132). O poder sobre a força de trabalho e sobre a vida em geral, juntamente com o desenvolvimento de instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção pela criação de técnicas de poder instauradas nas diversas camadas do corpo social, como a família, a escola, a polícia, a medicina individual, etc., sustentando fatores de segregação e hierarquização social (FOUCAULT, 1988).

Assim, Ivan Illich e Michel Foucault tornam-se importantes críticos ao modelo biomédico – cuja premissa afirma que “as patologias individuais e coletivas poderiam

---

<sup>7</sup> Inicialmente, “a assunção da vida pelo poder” (FOUCAULT, 1977, p. 286) ficava ao encargo do soberano, o que se alterou com o progresso da humanidade para versões atualizadas de técnicas de poder através de métodos disciplinares. Como adverte Foucault: “Ao que essa nova técnica de poder não disciplinar se aplica e - diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo - a vida dos homens, ou ainda, se vocês preferirem, ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, se vocês quiserem, ao homem-espécie. Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, urna massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (FOUCAULT, 1977, p. 289).

ser diagnosticadas e curadas de acordo com uma concepção orgânica de saúde e doença” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 8). Suas ideias não se opõem, porém, o que vemos é que para Illich (1975), o papel do sujeito resume-se em um “estado passivo de cuidados heterônomos” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 8), já Foucault, aborda as formas de resistência e os modos de subjetivação decorrentes dos processos medicalizadores. Enquanto Illich enfatiza os significados culturais e sociais da expansão da medicina, Foucault analisa a medicalização no bojo dos processos mais amplos inseridos na lógica do biopoder, enquanto característica central da sociedade moderna (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

De fato, por mais inovador e radical que Illich tenha sido, seu trabalho cumpre com a finalidade de propiciar um olhar atento sobre os alcances, potenciais e impactos da medicina, e de incentivar mudanças voltadas à promoção da autonomia dos sujeitos. O disciplinamento dos corpos e o governo do corpo espécie visam não apenas exercer o controle social como promover modos de subjetivação que permitem que o sujeito se constitua a partir de práticas que permitem, ao indivíduo, estabelecer uma determinada relação consigo mesmo e com os outros” (ORTEGA, 1999, apud GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

### 2.3 A MEDICALIZAÇÃO PARA PETER CONRAD

Peter Conrad demonstrará uma visão sociológica sobre medicalização enquanto processo em que “problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doença ou distúrbios” (CONRAD, 1975, p. 209, tradução nossa)<sup>8</sup> e é trabalhada pelo autor, podendo ocorrer em três níveis diferentes: conceitual, institucional e interacional.

Do ponto de vista conceitual, a medicalização é possibilitada pela codificação médica por meio de uma linguagem especializada. Em nível institucional, médicos adotam uma abordagem técnica que assegura os interesses das organizações, ainda quando o trabalho realizado nelas é, majoritariamente, de pessoal não médico. Por fim, o interacional, refere-se à interação do paciente com o

---

<sup>8</sup> “*nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness or disorders*” (CONRAD, 1975, p. 209)

médico, espaço no qual os diagnósticos são produzidos para funcionarem como poderosas ferramentas que objetivam documentalmente o processo de medicalização (CONRAD, 1975).

Para Conrad, diversos fatores propiciaram a medicalização da vida humana, tais como:

a diminuição da religião, uma fé permanente na ciência, na racionalidade e no progresso, o aumento do prestígio e poder da profissão médica e uma tendência humanitária geral nas sociedades ocidentais (CONRAD, 1975, p. 213, tradução nossa)<sup>9</sup>.

Porém, destaca a secularização da sociedade e a mudança do status da profissão médica como as principais fontes dos processos medicalizadores. A secularização refere-se à transferência sócio-histórica para a medicina do poder moral e de controle social precedentemente monopolizado pela religião de forma análoga à substituição da noção de pecado pelo conceito de crime. Contudo, para Conrad, as conexões entre medicina e religião seriam complexas, não redutíveis às teses simplórias de substituição de uma pela outra (CONRAD, 1975). Ao analisar historicamente a origem das relações sociais entre medicina e indivíduos, e mais ainda, da “cristalização das posições vencedoras” (PERISSINOTO, 2007, p. 318), Conrad dialoga com o método genealógico de análise de Foucault, remetendo a elementos antecedentes fundantes do presente.

Sobre a profissão médica, Conrad (1975) afirma que o imperialismo médico não pode ser considerado como elemento central da medicalização, tal como assegura Illich (1975).

No campo da pediatria, Pawluch (1983, apud CONRAD, 1992) afirma que a medicina foi capaz de realizar transformações necessárias que lhe permitiram manter o *status* da profissão. Com a melhora na taxa global de saúde das crianças, através do desenvolvimento de sistemas de saúde públicos, vacinações e demais cuidados, as demandas de cuidados pediátricos diminuiu, levando a uma reformulação dos procedimentos e condutas:

primeiro, tornando-se “alimentadores de bebês” e, recentemente, incluindo o comportamento problemático das crianças em seu domínio. A nova pediatria comportamental para manter e melhorar

---

9 “the diminution of religion, an abiding faith in science, rationality, and progress, the increased prestige and power of the medical profession and a general humanitarian trend in western societies” (CONRAD, 1975, p. 213)



seu domínio médico ao expandir seu território médico. Isso levou à medicalização de uma variedade de problemas psicossociais das crianças (PAWLUCH, 1983 apud CONRAD 1992, p. 215, tradução nossa)<sup>10</sup>.

Conrad trabalha com a noção sociológica de controle social – afirmando que sem a medicalização, o controle social exercido pela medicina perde sua legitimidade, dificultando seu domínio, coincidindo nesse sentido com a perspectiva de Zola.

Nessa esteira, Conrad distingue três tipos de controle social médico, são eles: ideológico médico, colaborativo e tecnológico. O ideológico impõe um modelo fundamentalmente médico por todo acúmulo de benefícios sociais e ideológicos da profissão no decorrer da história; o colaborativo, pela atuação dos profissionais enquanto provedores de informações, agentes institucionais e técnicos; e o tecnológico refere-se ao uso de drogas, cirurgias e a genética dentro dos procedimentos médicos (CONRAD, 1992).

Baseado nas ideias de Foucault, Conrad adiciona uma quarta categoria de controle social médico: a vigilância médica, sugerindo que “certas condições ou comportamentos são percebidos por meio de um “olhar médico” e que os físicos podem legitimamente reivindicar todas as atividades relacionadas à doença” (CONRAD, 1992, p. 216, tradução nossa)<sup>11</sup>.

Essas categorias demarcam diferentes estágios de controle social cujo objetivo é de subordinação do sujeito paciente à terapêutica e a seus processos de manutenção do *status quo*. Seguindo as ideias de Conrad, o processo de controle social é “cíclico e sujeito a alterações” (CONRAD, 1992, p. 218), na medida em que permanentemente novos espaços e, dessa forma, consegue impor como domínio de saber perante outros tipos de saberes. Um dos exemplos que melhor ilustram esse tipo de avanço da medicina na sociedade pode ser observado na área da justiça, onde a medicina intervém por meio de perícias e laudos psiquiátricos, como anteriormente mencionado ao apresentar o caso da família Pessegini.

---

10 “first by becoming “baby feeders”, and recently by including children’s troublesome behavior in their domain. The new “behavioral pediatrics to maintain and enhance their medical dominance by expanding their medical territory. This led to the medicalization of a variety of psychosocial problems of children” (PAWLUCH, 1983 apud CONRAD 1992, p. 215)

11 “certain conditions or behaviors become perceived through a “medical gaze” and that physicians may legitimately lay claim to all activities concerning the condition” (CONRAD, 1992, p. 216).

Tomando a ideia de que os sujeitos diante da medicalização não são meros alvos passivos do imperialismo médico, como afirma Illich, Conrad identifica graus diferentes de medicalização que vão daqueles que são quase totalmente medicalizados como a morte e o nascimento, passando aos fenômenos parcialmente medicalizados como a menopausa e o vício em opioides, para os eventos e problemas minimamente medicalizados como o vício sexual (CONRAD, 1992).

A questão acerca do quão expansiva pode ser a medicalização é ilustrada pelo autor ao examinar a problemática da hiperatividade. O autor afirma que, inicialmente, esse diagnóstico aplicava-se, primeiramente, a “crianças hiperativas, impulsivas e que se distraem” (CONRAD, 1992, p. 221, tradução nossa)<sup>12</sup>.

As desigualdades de gênero evidenciam outra área que confirmam o alcance da medicalização. Efeito do patriarcado estrutural através da gestão dos processos naturais femininos e do corpo feminino como forma de controle sob o sexo, as mulheres apresentam-se mais vulneráveis a processos medicalizantes do que os homens, especialmente no tocante à reprodução humana – como a infertilidade, aborto, parto, etc. (CONRAD, 1992).

Do ponto de vista das consequências da medicalização, Conrad e outros autores entendem que os efeitos negativos podem prevalecer sobre os positivos. Entre esses efeitos negativos, cabe destacar que à medida que a medicalização avança sobre os problemas sociais, esses tendem a ser naturalizados e, portanto, despolitizados, destituindo-os de sua verdadeira natureza social.

Concorda-se com Conrad na observação que a medicalização da vida social não constitui um processo linear e necessariamente homogêneo. Nesse sentido, o autor cita processos de desmedicalização de objetivos que por muito tempo permanecerem sob o domínio da medicina, como o caso da homossexualidade na sociedade americana. Resultado de incessantes movimentos sociais reivindicando à liberação gay, em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association) deliberou oficialmente pela retirada da homossexualidade do DSM-III enquanto doença. Contudo, com a crescente epidemia de AIDS, a homossexualidade parcialmente foi remedicalizada. A importância da organização popular em prol de pautas diferentes desafia o poderio e o controle social da medicina, sendo um importante via de desmedicalização (CONRAD, 1992).

---

<sup>12</sup> “*overactive, impulsive, and distractible children*” (CONRAD, 1992, p. 221).

Sobre o processo geral de medicalização, Conrad finaliza sua exposição mostrando que as estruturas corporativas estão aumentando seu poder em termos de “terceiros e os compradores de serviços de saúde” (1992, p. 227, tradução nossa)<sup>13</sup> fazendo com que os médicos se tornem empregados dessas organizações. A relação entre a crescente estrutura econômica privada de cuidados em saúde e medicalização é um ponto chave para futuros estudos que analisarão seus impactos sociais e econômicos.

A contemporaneidade dos trabalhos de Conrad contribui para uma compreensão da medicalização da infância nos termos analisados no presente trabalho. De fato, não há espaço da vida social em que a visão médica dos ditos “desvios” da normalidade não possa penetrar e, portanto, exercer a sua influência.

Com efeito, a distinção entre o normal e o anormal é uma condição necessária para que um objeto social seja medicalizado. Nesse sentido, Canguilhem afirma que a medicina constrói seu conhecimento sobre a normalidade do ser vivo e sobre a cura de possíveis adversidades a ela por meio da observação das regularidades funcionais e dos desvios dessas irregularidades. Essas constantes:

[...] são classificadas como normais enquanto designam características médias e mais frequentes casos de praticamente observáveis. Mas são também classificadas como normais porque entram, como ideal, nessa atividade normativa que é a terapêutica. As constantes fisiológicas são, portanto, normais no sentido estatístico, que é um sentido descritivo, e no sentido terapêutico, que é um sentido normativo (2006, p. 47).

Ainda, a relação de normatividade e normalidade é intrínseca, pois é a partir dessa relação que um fato será visto pertencendo ao normal ou não. A patologia não é a “ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (CANGUILHEM, 2006, p. 54) portanto, a definição do estado normal de um ser vivo advém de uma relação normativa de ajustamento a certos meios.

Assim,

[...] Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio. Em relação a qualquer outra forma da qual se afasta, esse ser vivo é normal, mesmo se for relativamente raro, pelo fato de ser normativo em

---

<sup>13</sup> “*third parties and the buyers of health services*” (CONRAD, 1992, p. 227).

relação a essa forma, isto é, desvalorizando-a antes de eliminá-la (CANGUILHEM, 2006, p. 56).

Portanto, a discussão sobre os desvios envolve as esferas da normalidade e anormalidade, pois é dentro delas que os processos medicalizadores agirão. É nas suas fronteiras que os diagnósticos psiquiátricos incluem uma variedade de comportamentos e sensações, como pânico, ansiedade, depressão leve, TDAH, transtornos do espectro autista, e mais (ROSE, 2006 apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Até aqui, entendemos a quão redutiva é a visão medicalizante das questões comportamentais, ocultando desigualdades sociais advindas do sistema socioeconômico vigente, que ao delegar na profissão médica o poder de sanar tais questões, as invisibiliza, não resolvendo e muito menos minimizando-as.

As consequências negativas da medicalização da vida são inúmeras. Desse ponto de vista, o que todas têm em comum decorre da transferência de responsabilidades entre instituições sociais para a medicina, promovendo individualização dos problemas sociais, a despolitização de comportamentos, e a tentativa de erradicar o oposto ao normal, como bem assinala Conrad (1992).

Por fim, o que se pretendeu neste primeiro capítulo foi resgatar conceitos relevantes sobre a medicalização e seus determinantes sociais e de como ela se manifesta material e simbolicamente na história.

### 3 A MEDICALIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS INFANTIS

Tendo como referência a definição do conceito de medicalização formulada por Conrad (1992) enquanto processo pelo qual problemas não médicos passam a ser vistos sob a ótica médica, podemos avançar e analisar como ela adentra na esfera da infância e propriamente dos desvios comportamentais nessa faixa etária.

Esses desvios podem ser entendidos enquanto qualquer comportamento ou conduta que não seja compatível com os valores desejáveis de uma sociedade, como a loucura, a homossexualidade, o alcoolismo, etc., mas que nem sempre representam uma entidade nosológica, porém, alguns desses desvios são identificados enquanto transtornos mentais, como é o caso da hiperatividade e da falta de atenção. Brzowski & Caponi assinalam que:

o desvio é um fenômeno universal, e a noção de que toda sociedade tem normas sociais já pressupõe a existência do desvio. Grupos sociais criam regras e impõem suas definições para os outros membros por meio do julgamento e da aprovação social. Por isso, o desvio é contextual, e a definição e a aprovação do desvio envolvem relações de poder (2013, p. 210).

Na década de 1970, Conrad já pesquisava a consolidação da chamada “*Hyperkinesis*” infantil, que se pode traduzir por hiperquinesia, ou ainda, síndrome de hiperatividade. Seus sintomas usuais, segundo o autor, são:

Extremo excesso de atividade motora (hiperatividade); atenção muito curta (a criança passa de uma atividade para outra); inquietação; frequentes e oscilantes mudanças de humor (ele está bem um dia, um terror no outro); falta de jeito; comportamento agressivo; impulsividade; na escola ele não consegue ficar parado, não consegue cumprir as regras, se frustra com facilidade; frequentemente pode haver problemas de sono e a aquisição da fala pode ser atrasada (CONRAD, 1975, p. 13, tradução nossa)<sup>14</sup>.

Interessa apontar que o conceito de hiperatividade se refere a um conjunto de comportamentos anteriormente considerados apenas como disruptivos, desobedientes, rebeldes e antissociais, sob o título de “emocionalmente instável”.

Possivelmente, essa medicalização de comportamentos desviantes está associada a mudanças no status social da infância, na medida em que esta é uma

---

<sup>14</sup> “*extreme excess of motor activity (hyperactivity; very short attention span (the child flits from activity to activity); restlessness; fidgetiness; often wildly oscillating mood swings (he’s fine one day, a terror the next); clumsiness; aggressive-like behavior; impulsivity; in school he can- not sit still, cannot comply with rules, has low frustration level; frequently there may be sleeping problems and acquisition of speech may be delayed*” (CONRAD, 1975, p. 13).

categoria socialmente construída. Historicamente, ela passou por diferentes conotações, passando da ideia de as crianças serem versões minúsculas dos adultos à seres inocentes, dependentes e tendo o risco de serem corrompidas. Portanto, para seu desenvolvimento saudável, ela precisaria ser “rigorosamente protegida, tanto física como moralmente, como afirma Conrad & Schneider (1992, p.146, tradução nossa)<sup>15</sup>.

Assim, até o século XVII, a infância não era sentida como uma fase diferenciada da vida. Até então, as crianças eram vistas como miniadultos que participavam do mundo através do meio adulto, nas áreas do trabalho, das vestimentas, dos jogos. Essa etapa fundante da vida era rebaixada para uma fase transitória, sem importância e rapidamente superada, como ressaltam Brzozowski & Caponi (2013).

No ocidente, as crianças eram sujeitas a uma educação moral cristã baseada em cinco princípios:

Em primeiro lugar, as crianças deveriam ser vigiadas de perto, sob supervisão constante e nunca deixadas sozinhas. Em segundo lugar, as crianças não deveriam ser mimadas e deveriam ter uma disciplina rígida desde cedo. Terceiro, as crianças deveriam praticar a modéstia e a decência. Quarto, as crianças deveriam ser criadas para trabalhar diligentemente. Quinto, as crianças deveriam respeitar e obedecer às autoridades (ARIÉS, 1966, p. 114-118; EMPEY, 1978, p. 51-55 apud CONRAD; SCHNEIDER, 1992, p. 146, tradução nossa)<sup>16</sup>.

Com o advento da modernidade e da industrialização, as crianças se tornaram centrais na emergente família nuclear dessa nova formatação socioeconômica. O risco de a criança se tornar delinquente impulsionou o processo de medicalização. Esses riscos são apresentados como uma ameaça social, “desde a esquizofrenia até o homicídio ou o suicídio, passando pelo fracasso laboral ou sentimental da vida adulta” (CAPONI, 2016).

Concomitante ao avanço da medicina sobre as demais áreas do social, a instituição escolar também evoluiu. Foi somente a partir de meados do século XIV

---

<sup>15</sup> “*stringently safeguarded, both physically and morally*” (CONRAD; SCHNEIDER, 1992, p. 146).

<sup>16</sup> “*First, children must be closely watched, under constant supervision, and never left alone. Second, children should not be pampered and must learn strict discipline early in life. Third, children must practice modesty and decency. Fourth, children should be brought up to work diligently. Fifth, children were to respect and obey authority*” (ARIÉS, 1966, p. 114-118; EMPEY, 1978, p. 51-55 apud CONRAD & SCHNEIDER, 1992, p. 146).

que a educação escolar se expandiu junto com a atenção à saúde e à higiene. Isso possibilitou a entrada da saúde no âmbito educacional, tornando “possível e aceitável a identificação e o encaminhamento ao médico de crianças com problemas de comportamento, a partir do momento em que esses problemas fossem considerados doenças ou transtornos” (CAPONI; BRZOZOWSKI, 2013, p. 212).

A escola geralmente é o espaço inicial de detecção de problemas no processo de aprendizagem que passam a ser interpretados como desvios do que se considera normal na infância, tais como a falta de atenção e a agitação em sala de aula. Porém, o que Brzozowski & Caponi (2013) afirmam que até certo momento

[...] os problemas escolares eram resolvidos na escola ou por meio da família. Não havia preocupação da área da saúde com esse tipo de comportamento, talvez por que a Medicina não fosse tão resolutiva quanto hoje e, em consequência, tivesse preocupações mais urgentes para lidar, como infecções fatais (2013, p.).

A medicalização da educação se articula diretamente com a medicalização da vida infanto-juvenil, pois a medicina alega que os problemas educacionais crônicos são decorrentes de patologias que apenas em seu domínio seriam capazes de serem resolvidas. Nisso, a necessidade por serviços de saúde que atendam a demandas educacionais vem aumentando. Sobre isso, Conrad & Schineider (1992) afirmam que os alunos mais agitados e pouco atentos sempre foram um problema para os pais e professores, porém, agora a novidade está em acreditar que o motivo desses comportamentos são disfunções ou desequilíbrios bioquímicos cerebrais.

Regionalizando o fenômeno, ao trazê-lo para o Brasil, Moysés & Collares colocam que a medicalização da aprendizagem foi “elemento fundamental na sustentação cientificista do racismo e de preconceitos à classe trabalhadora, apresentada como intelectualmente inferior” (2011, p. 3), demonstrando que o cerne da problemática é mais profundo do que aparenta.

Nesse caminho, este segundo capítulo discutirá sobre a invenção da hipercinese infantil e os distúrbios de aprendizagem, a descoberta do efeito das anfetaminas nas crianças e sua comercialização, bem como a transformação do espaço pedagógico em um novo nicho do mercado médico e farmacêutico, com o exemplo das informações divulgadas pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA.

### 3.1 O SURGIMENTO DOS DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM, A DISLEXIA E O TDAH

Como já apontado, a patologização da aprendizagem esconde a realidade social que resulta no fracasso escolar, ao negar problemas estruturais não só na instituição escolar, mas que o extrapolam. A categoria distúrbios<sup>17</sup> de aprendizagem proporciona um meio para explicar o fracasso escolar através da individualização do problema, como sendo inerente à criança.

Em 1981, a *National Joint for Learning Disabilities*, órgão de referência nacional dos EUA sobre o assunto, publicou a seguinte definição sobre os distúrbios de aprendizagem, evidenciando historicamente que a explicação da causa dele é originária do interior de cada um.

Distúrbios de aprendizagem é um termo genérico que se refere a um grupo heterogêneo de alterações manifestas por dificuldades significativas na aquisição e uso de audição, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Estas alterações são intrínsecas ao indivíduo e presumivelmente devidas à disfunção do sistema nervoso central. Apesar de um distúrbio de aprendizagem poder ocorrer concomitantemente com outras condições desfavoráveis (por exemplo, alteração sensorial, retardo mental, distúrbio social ou emocional) ou influências ambientais (por exemplo, diferenças culturais, instrução insuficiente/inadequada, fatores psicogênicos), não é resultado direto destas condições ou influências (Grifo de COLLARES; MOYSÉS, 92, p. 33).

Collares & Moysés (1992) analisam alguns aspectos da história por trás da dislexia, distúrbio de aprendizado mais disseminado e conhecido, como uma disfunção neuroquímica que causa impactos negativos na aquisição e dominação da linguagem escrita.

O raciocínio clínico tradicional tem sua lógica baseada na ideia de se X causa Y, então Y só pode ser causado por X, ou melhor: “Se uma doença neurológica afeta a capacidade de leitura e escrita, então uma criança com dificuldade de ler e escrever teria uma doença neurológica?” É esse pensamento que irá guiar os primeiros médicos que inicialmente tentaram explicar as causas dos distúrbios de aprendizagem.

---

<sup>17</sup> Etimologicamente, a palavra distúrbio é composta pelos termos “*turbare*”, radical que significa alteração da ordem natural e “*dis*”, prefixo com sentido de anormalidade.



James Hinshelwood, oftalmologista em Glasgow, em 1895, constatou a existência do defeito genético chamado de *cegueira verbal congênita* – posteriormente entendida como dislexia. Os estudos posteriores dessa patologia reforçaram a existência dessa patologia como categoria diagnóstica. Coles (1987 apud COLLARES; MOYSÉS, 1992) analisa relatos de casos que Hinshelwood traz para explicar seus estudos, porém o que ele evidencia é que há inconsistências que impossibilitam minimamente suspeitar da existência de uma doença nas crianças estudadas. Ainda, as autoras afirmam que tais relatos são apresentados como como problemas de ordem pedagógica, trazendo o exemplo de um adolescente que não conseguia ler pela chacota constante que sofria de seus colegas e, nesse contexto, sua leitura piorava muito. O tratamento recomendado à professora foi de não fazer o adolescente ler em voz alta, o que levou a um resultado positivo no seu aprendizado.

Com o conceito da *lesão cerebral mínima*, formulado por Strauss em 1918, foi apresentada mais uma estratégia para explicar os distúrbios de comportamento, baseando-se novamente no raciocínio clínico tradicional, pela observação de sujeitos que sobrevivem à doenças neurológicas, como infecções e traumas, os quais passavam a exibir mudanças no comportamento como uma sequela do que havia acontecido com eles. A ideia de que pessoas ditas com comportamentos anormais poderiam ter como causa uma lesão cerebral (COLLARES; MOYSÉS, 1992). Ainda, Laufer e colaboradores nomearam tal injúria cerebral de “Distúrbio do Impulso Ciperquinético (*Hyperkinesis Impulse Disorder*)”<sup>18</sup> (1957 apud CONRAD 1957, p. 13).

Orton, em 1925, retomou as ideias de Hinshelwood ressuscitando o termo *cegueira verbal congênita*, atualizando-a para “*strephosymbolia*”. Segundo ele,

os distúrbios de leitura seriam causados pela falência em estabelecer a dominância para a linguagem no hemisfério esquerdo; daí, durante a leitura, os impulsos nervosos produziram registros linguísticos igualmente em ambos hemisférios cerebrais, ao invés de predominantemente no dominante para linguagem (COLLARES. MOYSÉS, 1992, p. 35).

Ainda, Collares & Moysés afirmam que embora sem comprovação científica, por Orton ou outro dos autores citados, a leitura especular é vista como um dos

---

<sup>18</sup> Tal termo tornou-se predominante por abranger as demais, resultado de uma força-tarefa da U.S. Public Health Service numa tentativa de unificar o termo.

sintomas para diagnosticar a dislexia. Porém, diversos estudos demonstram que “todos fazemos leitura especular em situação de cansaço e stress, e no processo de alfabetização, isso é ainda mais comum” (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p. 7)

Posteriormente, Bradley, em 1937, através de experiências - consideradas antiéticas pelas autoras - em crianças, relatou o efeito positivo de anfetaminas diante da hiperatividade, da agressão e dos problemas no processo de aprendizado. Ele tentou explicar que tais comportamentos eram uma doença criando uma teoria sobre sua fisiopatologia, partindo do princípio que havia um defeito Substância Reticular Ativadora Ascendente (SRAA), que atua como um filtro, determinando os estímulos que irão ao córtex cerebral, fazendo-os conscientes e os que serão resolvidos em estruturas subcorticais. Também, os estudos sobre a SRAA demonstram grande interesse por parte dos cientistas da época pela sua complexidade funcional e a necessidade de ferramentas sofisticadas. (COLLARES; MOYSÉS, 1992).

Com a observação de Charles Bradley sobre como as drogas do grupo das anfetaminas afetam o comportamento de crianças em idade escolar que apresentavam dificuldades de aprendizado, Conrad & Schneider sinalizam que:

Quinze das 30 crianças que ele tratou se tornaram mais subjugadas em seu comportamento. Bradley chamou o efeito deste medicamento de “paradoxal”, pois esperava que as anfetaminas estimulavam as crianças da mesma forma que estimulavam os adultos. Depois que a medicalização foi interrompida, o comportamento das crianças voltou ao nível anterior à medicação (1992, p. 156, tradução nossa)<sup>19</sup>.

No ano de 1957, a medicina define os conceitos de hiperatividade, ou síndrome hipercinética e lesão cerebral mínima como entidades nosológicas passíveis de tratamento medicamentoso. Posteriormente, resultados obtidos de pesquisa analisados por em 1962, num simpósio internacional em Oxford, com o intuito de analisar se de fato, as lesões existiam em sujeitos ditos “doentes”, constatou-se que não havia indícios de lesão cerebral. Diante do reconhecimento desse problema pela categoria, houve uma mudança nosológica passando-se a utilizar o do termo para Disfunção<sup>20</sup> Cerebral Mínima (DCM), sem que por isso, fosse

---

19 *“Fifteen of the 30 children he treated actually became more subdued in their behavior. Bradley termed the effect of this medication “paradoxical”, since he expected that amphetamines would stimulate the children as they stimulated adults. After the medicalization was discontinued, the children’s behavior returned to premedication level”* (CONRAD, 1992, p. 156).

20 Disfunção entende-se como uma “alteração na função sem correspondência anatômica” (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 38).

questionado seu caráter medicalizante dessa abordagem (COLLARES; MOYSÉS, 1992).

As características clínicas manifestadas por essa doença seriam: “hiperatividade, agressividade, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de linguagem, incoordenação motora, déficit de concentração, instabilidade de humor, baixa tolerância a frustrações e outras menos comuns” (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 37). O que une todos esses “sintomas” é o fato de serem manifestações comportamentais e/ou da cognição, a partir de parâmetros que decorrem de convenções sociais acerca do que se entende por normalidade.

Os critérios de exclusão no diagnóstico de DCM demonstram pontos importantes da medicalização dos desvios: de sua característica individualizante e biologizante. Esses critérios que devem ser suprimidos são: “a) causas de origem emocional, pedagógica, social cultural ou outras; b) outras doenças que pudessem explicar o quadro clínico” (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 38) Tais critérios serão carregados para a atualidade, ao vermos mais adiante como acontece o diagnóstico de TDAH.

Nessa direção, nota-se que os sintomas e os critérios de exclusão historicamente foram ganhando (ou perdendo) definições firmes, afrouxando o diagnóstico e permitindo enquadrar mais indivíduos, e possibilitando que além de portar uma patologia, possam ser concomitantemente encaixados em outras. A criança que hoje é rotulada como disléxica, pode ser classificada também como deficiente mental, epiléptica, portadora de disfunção cerebral mínima bem como ser caracterizada em função de diversas situações problemáticas pedagógicas ou sociais. Porém, a questão primordial de *como* identificar uma criança disléxica e/ou diferenciá-la de uma criança com mal alfabetização deficitária ainda permanece como um desafio para os especialistas (COLLARES; MOYSÉS, 1992).

Collares & Moysés (1992) apontam importantes mudanças sociais que entre a década de 1960 que influenciaram diretamente na aceitação e na legitimação das teorias médicas sobre os transtornos de aprendizagem e comportamentais. Trata-se de um período de transformações sociais de larga escala:

ao fracasso previsível e explicável dos negros soma-se agora o inesperado e inexplicável fracasso da classe média branca...Todos os valores da sociedade americana estão sendo contestados pelos

jovens e pelas minorias, com demandas de reforma das instituições sociais, inclusive a escolar (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 38).

Conrad & Schneider também explicam que no começo dos anos 60, houve um aumento exponencial de estudos e artigos veiculados no meio acadêmico e no meio popular, o que causou um conhecimento do público em geral desse novo diagnóstico e do meio farmacológico para resolvê-lo: “A hiperatividade não é mais a categoria diagnóstica relativamente esotérica que pode ter sido há 20 anos. Agora é um distúrbio clínico bem conhecido” (1992, p. 157, tradução nossa)<sup>21</sup>.

A biologização das questões sociais pode ser vista como uma das reações de diferentes conflitos sociais emergentes. Ainda, Arthur Jensen (apud COLLARES; MOYSÉS, 1992) identifica diferenças no QI entre negros e brancos. Juntamente, de diferenças biológicas cerebrais entre homens e mulheres, atribuindo-lhe aos primeiro maior capacidade de raciocínio lógico, enquanto as mulheres apresentariam um domínio comparativamente maior da linguagem, isto é, a cristalização da ideia de o homem ser devoto à razão e a mulher, à emoção. Nesse período há também registros da propagação da lobotomia de “cérebros disfuncionais” como resposta para a violência nos guetos.

Nesse processo, a redução das questões sociais à problemas da ordem da vida e do corpo pode ser interpretada em termos de reducionismo biológico, e de individualização do social.

As circunstâncias sociais teriam influência mínima, isentando-se de responsabilidades o sistema sociopolítico e cada um de seus integrantes. Dessa concepção decorre que o indivíduo é o maior responsável por seu destino, por sua condição de vida. Esse processo ideológico foi muito bem criticado por Ryan (1971), que, para descrevê-lo, cunhou a expressão “culpabilizar a vítima”. (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 39).

Assim,

[...] elabora-se uma hipótese sem qualquer evidência empírica que a suporte; convencidos de sua perfeição, cientistas passam a olhar a realidade sob o viés de sua crença; na busca de elementos que confirme sua hipótese inicial, deforma a própria realidade e essa realidade deformada é, por sua vez, a comprovação empírica da hipótese, conferindo-lhe o estatuto de ciência. Transformada em verdade, atua ainda mais sobre a realidade, deformando-a mais e mais. As novas observações da realidade assim artificializada

---

21 “*Hyperkinesis is no longer the relatively esoteric diagnostic category it may have been 20 years ago. It is now a well-known clinical disorder*” (1992, p. 157).

permite modificações, evoluções na teoria, com explicações fisiopatológicas cada vez mais sofisticadas, complexas e atraentes. Cria-se uma espiral viciada, com novas máscaras para a mesma velha ideia, que nunca se comprovou” (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p. 40).

Ainda sobre a vigência de uma perspectiva que não possuía as devidas comprovações científicas, em 1980, a Academia Americana de Psiquiatria – APA, ao considerar como inconsistentes os sintomas acerca do DCM (distúrbios de aprendizagem e de comportamento hiperativo e hipercinético), os unifica por meio de uma nova síndrome, ADD (Attention Deficit Disorders – Distúrbios de Déficit de Atenção) com a alegação de os sintomas dessa patologia situam-se no âmbito da atenção e que é a partir dela que as possíveis manifestações clínicas resultam. (MOYSÉS & COLLARES, 2011).

Posteriormente, dividiu-se a ADD em dois subtipos: ADD e ADD-H, se diferenciando pelo fato de o segundo subtipo agregar a hiperatividade. Pouco tempo depois, novamente foram feitas alterações, mantendo o ADD e renomeando ADD-H para ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorders – Transtorno<sup>22</sup> de Déficit de Atenção e Hiperatividade) (MOYSÉS & COLLARES, 2011).

Nesse movimento de nomear e renomear os desvios comportamentais, é possível observar que a roupagem se modifica, porém o âmago da visão biomédica permanece o mesmo.

### 3.2 A DESCOBERTA DA RITALINA E DO USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A medicamentação psiquiátrica de crianças e adolescentes foi apreciada por muitos como um avanço da psiquiatria moderna, fundamentalmente nos EUA, país que se caracteriza pelo pioneirismo nos descobrimentos dos efeitos e na manufatura de substâncias psicoativas diante dos comportamentos desviantes. Nesse contexto, estudiosos e pesquisadores passam a reconhecer que crianças podem sofrer simultaneamente de TDAH, depressão, dislexia e outros transtornos, e

---

<sup>22</sup> Talvez pelas críticas acerca do termo *distúrbio* que em inglês corresponde a *disorder*, no Brasil optou-se pelo termo *transtorno*.

que a sua resolutividade se referiria ao uso de tais remédios. Essa ideia é comercializada mundo afora, e é justamente a ideia de empresa de negócio que demarca uma compreensão melhor sobre o que o aparelho médico representa (WHITAKER, 2016).

Desde os anos 30, a indústria farmacêutica vem sintetizando e produzindo em larga escala drogas psicoativas, contribuindo para uma revolução no modo de produzir e usar medicamentos. Sobre as drogas psicoativas, Conrad afirma:

As drogas psicoativas são agentes que atuam no sistema nervoso central. Benzedrina, Ritalina e Dexedrina são todos estimulantes psicoativos sintetizados que foram indicados para narcolepsia, controle de apetite (como "pílulas dietéticas"), depressão leve, fadiga e, mais recentemente, crianças hiperativas (1975, p. 14)<sup>23</sup>.

Na década de 50, a Ritalina surgia, como resultado da sintetização de anfetaminas, permanecendo com alguns dos seus efeitos e retirando os indesejáveis. Em 1961, nos EUA, a droga foi aprovada pela F.D.A (Food and Drugs Administration) para uso em crianças. Conrad relata que a droga se tornou “o tratamento de escolha” (CONRAD, 1975, p.14, tradução nossa) <sup>24</sup>para tratar crianças com hiperatividade.

Com o uso dos grandes veículos de propaganda, a Ritalina tornou-se a solução para o problema psiquiátrico infantil mais comum: a hiperatividade. Não somente a profissão médica, mas professores desenvolveram conhecimentos sobre os sintomas e tratamentos para melhor encaminhar as(os) alunas(os) que demonstravam características hiperativas (CONRAD, 1975).

O reconhecimento da medicamentação da infância como um comércio altamente lucrativo se inicia pela publicação do terceiro Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders) – DSM em 1980, pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association) – APA. Foi o momento em que a APA aderiu ao “modelo médico” para classificar os transtornos psiquiátricos, que agora “eram definidos como doenças do cérebro, com diagnósticos feitos na presença de “sintomas” (WHITAKER, 2016, p. 13).

---

<sup>23</sup> *“Psychoactive drugs are agents that effect the central nervous system. Benzedrine, Ritalin, and Dexedrine are all synthesized psychoactive stimulants which were indicated for narcolepsy, appetite control (as “diet pills”), mild depression, fatigue, and more recently hyperkinetic children”* (CONRAD, 1975, p. 14).

<sup>24</sup> “the treatment of choice” (1975, p.14)

A chamada “grande revolução farmacêutica na saúde mental” foi deflagrada pela descoberta e pelo uso de substâncias psicoativas em pessoas diagnosticadas como doentes mentais. Na década de 1950, a avaliação positiva da capacidade da droga para controlar sintomas de comportamentos desviantes foi, talvez, o mais importante dos fenômenos que desencadearam a aproximação e duradoura aliança entre a indústria farmacêutica e a medicina (CONRAD; SCHNEIDER; 1992)

Nesse contexto, “as empresas farmacêuticas ficaram encantadas”, como afirma Robert Spitzer, que presidiu a Força Tarefa da APA culminando na criação do DSM-III (RONSON, 2011 apud WHITAKER, 2013, p. 14). Assim, elas expressaram seu interesse através do investimento crescente de dinheiro<sup>25</sup> para a APA das seguintes formas:

- patrocinaram simpósios científicos na reunião anual da APA;
- ajudaram a financiar programas de treinamento de mídia da APA, que ensinaram os psiquiatras em todo o país como falar sobre este novo modelo médico para o público;
- ajudaram a pagar pelas campanhas de relações públicas da APA, que repetiam regularmente a mensagem de que transtornos psiquiátricos são doenças do cérebro, que são “sub-reconhecidas e sub tratadas” e que os medicamentos para essas doenças são altamente efetivos;
- forneceram ajuda financeira a psiquiatras da Europa, da Ásia e da América do Sul para comparecem às reuniões anuais da APA e assim aprender sobre este novo paradigma de cuidado (WHITAKER, 2013, p. 14).

Possivelmente, o DSM-III promoveu uma mudança positiva no status profissional da psiquiatria como área de especialização médica, ao criar uma ponte que legitimaria os crescentes vínculos entre a psiquiatria e corporações privadas, como as seguradoras de saúde e a indústria farmacêutica (GUARIDO, 2007).

No processo de revisão de seu próprio manual, a APA, durante os anos 70, demonstrou interesse em padronizar os diagnósticos no campo da psiquiatria. Foi nesse período que foi instituída a prática prescrição de metilfenidato, de nome comercial Ritalina, para crianças “hipercinéticas”, o que posteriormente seria renomeado para “transtorno de déficit de atenção com hiperatividade” (TDAH), como já visto antes.

---

<sup>25</sup> Graças a essa entrada de dinheiro, o rendimento da APA aumentou de U\$\$10,5 milhões em 1980 para U\$\$24,9 milhões em 1990, e então para U\$\$50,02 milhões em 2000. Em 2008, sua receita passou dos U\$\$65 milhões. (APA, 1980-2012 apud WHITAKER, 2013).

Com o lançamento da quarta edição do DSM em 1994, o TDAH aparecia reconfigurado de um modo que sua detecção fosse mais fácil. Nela, o transtorno consistia em três subtipos: somente: desatento, somente hiperativo/impulsivo e aqueles que apresentam os dois sintomas. Nessa nova configuração, uma maior quantidade de sujeitos poderia ser encaixada. Nos EUA, ao final dos anos 1980, cerca de 600.000 jovens foram diagnosticados com essa patologia (WHITAKER, 2013).

Whitaker relata que o psiquiatra Joseph Birderman foi altamente recompensado por seu trabalho, recebendo honorários por consultorias e financiamentos para pesquisas de mais de 24 indústrias, incluindo Janssen, Shire e Eli Lilly, que eram as fabricantes de três dos medicamentos mais populares para o tratamento do TDAH, levando a um aumento de cerca de 10% no número de diagnósticos do transtorno em jovens entre 4 a 18 anos. Birderman, quem foi parte do grupo de trabalho do DSM-IV para transtornos na infância, justificava o uso do medicamento nos seguintes termos:

Se os jovens assim diagnosticados não forem tratados com estimulantes, eles estariam em alto risco para vários desfechos ruins: baixo desempenho escolar, fracasso no ambiente de trabalho, abuso de substâncias e transtornos do humor, os estimulantes reduziriam os sintomas do TDAH e melhorariam a autoestima, a cognição e a função social e familiar (WILENSM 1995, KOLATA, 1996 apud WHITAKER, 2013, p. 16).

Conrad & Schneider exemplificam o caso da ação governamental dos EUA ante a preocupação do Subcomitê do Congresso sobre Privacidade em relação a facilidade de acesso à Ritalina, mais precisamente, “que pelo menos algumas crianças estavam recebendo drogas de clínicos gerais, cujo diagnóstico principal vinha de professores e relatos dos pais de que a criança estava indo mal na escola” (1992, p. 158, tradução nossa)<sup>26</sup>, porém, com a participação da profissão médica nas tomadas de decisão, decidiu-se que apenas a psiquiatria poderia diagnosticar e receitar esse tipo de medicação, fazendo com que o canal médico fosse o meio oficial para acessar ao tratamento medicamentoso.

Com os esforços da APA em acordo com as companhias farmacêuticas nos anos 1990, foi iniciada a exportação dos diagnósticos para o mundo, criando um

---

<sup>26</sup> *“that some children at least were receiving drugs from general practitioners whose primary diagnosis consisted of teachers and parents reports that the child was doing poorly in school”* (CONRAD; SCHNEIDER, 1992, p. 158)



mercado global de fármacos psicoativos, chegando ao Brasil e ao restante dos países desenvolvidos. Em 2013, foi registrado o valor de U\$\$11,5 bilhões com a comercialização de medicações para o TDAH. Número esse que evidencia que o planejamento e execução da globalização da necessidade de tratamento medicamentoso para um suposto transtorno criado havia sido realizado com sucesso, na linguagem do lucro (WHITAKER, 2013)

A hiperatividade enquanto desordem comportamental é estimada entre 3% a 10% das crianças no ensino fundamental mundialmente (CONRAD & SCHNEIDER, 1992). Porém, ainda que seja divulgado que ela se constitui numa doença cerebral, há falhas no processo metodológico ao tentar encontrar qualquer patologia característica nas crianças diagnosticadas (WHITAKER, 2013) o que coloca diretamente em xeque a ideia de que o cérebro de alguém acometido por TDAH é diferente de alguém não acometido.

Ainda, Whitaker afirma que em

30 anos depois de a APA ter construído esse diagnóstico e o conceituado como uma doença, não tem havido nenhum esforço por parte da área de conhecimento para descobrir se havia uma anormalidade em jovens não expostos à estimulantes. Mesmo assim, a área com frequência apresentou PET scans complexos, contando com o cérebro de alguém com TDAH funcionando de formas diferentes do cérebro “normal”, um espetáculo que, claro, ajudou a vender o transtorno para o público [...] Na ausência de marcadores biológicos, o diagnóstico é feito de acordo com avaliações subjetivas do comportamento infantil. O diagnóstico nos EUA surge primariamente de preocupações de professores, já que pesquisadores descobriram que apenas uma minoria das crianças com o transtorno exibe sintomas durante uma consulta médica (MAYERS, 2008). (WHITAKER, 2013, p. 18).

Já sobre o efeito do metilfenidato e outros estimulantes no cérebro, Whitaker sinaliza que eles

umentam a atividade da dopamina no cérebro. O metilfenidato, comercializado como Ritalina, faz isso bloqueando as moléculas que removem a dopamina da fenda sináptica entre neurônios e transportando-a de volta para o neurônio pré-sináptico, A cocaína aumenta a atividade da dopamina do mesmo jeito, e como, Nora relatou a potência do metilfenidato em bloquear o processo de recaptção é similar à da cocaína (VOLKOW, 1999). Entretanto, o metilfenidato bloqueia a recaptção da dopamina por horas, ao contrário da breve interrupção dessa função realizada pela cocaína.

Em resposta à perturbação da função da dopamina causada pelo metilfenidato, o cérebro passa por uma série de adaptações

compensatórias projetadas para manter o equilíbrio homeostático, isto é, o funcionamento normal do sistema dopaminérgico. Os neurônios pré-sinápticos podem começar a liberar menos dopamina, enquanto que a densidade dos receptores dopaminérgicos nos neurônios pós-sinápticos pode diminuir. O fármaco acelera a atividade da dopamina no cérebro e o cérebro responde através da regulação de tal atividade.

Não houve uma boa pesquisa sobre se, após a descontinuação do medicamento, o sistema da dopamina de uma criança se normaliza. Entretanto, em um estudo em ratos pré-adolescentes expostos ao metilfenidato por duas semanas, houve uma diminuição dramática na densidade de receptores de dopamina no corpo estriado que persistiu até a idade adulta (MOLL, 2001). Ainda que o cérebro humano possa ser bastante diferente, este estudo forneceu razões para se preocupar com as mudanças compensatórias induzidas pela exposição a fármacos, que podem não ser totalmente reversíveis após a retirada do medicamento (WHITAKER, 2013, p. 18-19).

Sulzabacher (1973 apud MOYSÉS & COLLARES, 1992, p. 41) revisitou estudos divulgados entre 1937 e 1971 sobre o uso clínico de psicofármacos em crianças, objetivando a mudança de seu comportamento e avaliando o desenho da pesquisa com o intuito de medir as alterações de comportamento:

Dos 756 estudos publicados, 548 (72,5%) eram trabalhos não controlados segundo o método experimental: faziam uso de apenas uma droga, sem comparação com grupo de controle (placebo) e/ou não utilizavam a situação “duplo-cego” (em que o observador e paciente não sabem qual droga está sendo administrada). Portanto, sem qualquer contribuição científica real. Os 123 trabalhos restantes foram analisados relacionando a forma de medir o comportamento e os resultados apresentados. Encontrou-se uma relação inversa, altamente significativa, entre o grau de rigor na medida de resposta e a porcentagem de estudos relatando uma diferença com o uso de drogas. Enquanto apenas 12% dos trabalhos que empregaram “impressão clínica” como avaliação não comprovaram efeitos das drogas, o uso de testes psicológicos elevou esse número a 83%. Esses dados são muito diferentes do que se divulga.

A propaganda das drogas psicoativas aumentou nos meios de comunicação médicos, fato que difere dos anos 60, em que esse fenômeno era pequeno e escasso. Era o tempo estratégico das grandes indústrias farmacológicas, como Smith, Kline & French – produtores da Dextroanfetamina, e a CIBA, produtor da Ritalina, de exporem seus produtos tanto para o canal médico como para os demais meios.

Havia agentes de fora da categoria médica, membros das indústrias farmacêuticas, que faziam papéis que Conrad, ao recorrer ao termo criado por

Howard Becker, nomeia de “moral entrepreneurs”<sup>27</sup> (1975. p. 16) em que exerciam pressões político-sociais para a criação e aplicação de parâmetros de normalidade, ao passo que promoviam a hiperatividade enquanto doença. A mídia, através de jornais e revistas de distribuição gratuita, disseminava informações positivas sobre os tratamentos com Ritalina e Dextroanfetamina. Além da propaganda, os médicos recebiam incentivos monetários para desenvolver pesquisas pelas empresas farmacêuticas.

Dados atuais mostram que houve um declínio na manufatura de metilfenidato nos EUA – que é o país que lidera sua produção desde 1990 – de 57 toneladas em 2017 para 47.9 toneladas em 2018. Em relação ao consumo, a Islândia lidera o ranking mundial, apresentando o maior uso desde 2013, atingindo o ápice de 31.94 DDDpt<sup>28</sup> logo após ficam o Canadá, Suécia, Países Baixos, e Israel. Já o Brasil fica em sétimo lugar entre os países que mais importam metilfenidato, atingindo a quantia de 1,7 toneladas em 2018 (ONU, 2019).

Ainda, no relatório anual de substâncias psicotrópicas da ONU (2019) é exposto que houve um salto de 57 para 67 países e territórios que reportam uso de metilfenidato, entre 2017 a 2018, demonstrando que a empresa farmacológica de controle dos desvios comportamentais infantis está em contínua expansão.

De fato, o uso de anfetaminas obteve grande aceitação na sociedade pelos seus resultados que minimizam a culpa dos pais por enfatizar que tais distúrbios eram de origem orgânica. As crianças, geralmente, gostam de suas pílulas mágicas em que ajustam seus comportamentos para se enquadrarem socialmente, ademais, provavelmente, de se beneficiar ao deixar de carregar um peso tão grande quanto o do estigma (CONRAD, 1975). De fato, a “medicação muitas vezes torna a criança menos perturbadora na sala de aula e às vezes facilita o aprendizado” (CONRAD & SCHNEIDER, 1992, p. 181, tradução nossa)<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Os “moral entrepreneurs” no caso são as companhias farmacêuticas e a Associação pelas Crianças com Deficiências de Aprendizagem.

<sup>28</sup> *Defined Daily Doses Per Thousand*, ou Doses Diárias Definidas por Mil Habitantes que é a medida usada pelo INCB, *Internacional Narcotics Control Board*, ou Conselho Nacional de Controle de Narcóticos.

<sup>29</sup> “*medication often makes a child less disruptive in the classroom and sometimes facilitates learning*” (CONRAD & SCHEINDER, 1992, p. 181).

### 3.3 O FRACASSO ESCOLAR E OS PONTOS NEGATIVOS E POSITIVOS DA MEDICALIZAÇÃO

O fracasso escolar- entendido como o desempenho não suficiente para a aprovação e/ou comportamentos “difíceis” de serem manejados – costuma ser interpretado em torno de duas vertentes etiológicas: a primeira afirma que o fracasso é resultante da subnutrição; a segunda o atribuiu à existência de disfunções neuroquímicas neurológico – como anteriormente mencionado. Tais interpretações apresentariam um histórico viés de classe, como afirma Collares (1994), na medida em que a desnutrição se daria somente em crianças da classe trabalhadora, enquanto a existência de disfunções cerebrais corresponderia majoritariamente a crianças das classes média e alta. Contudo, o que se observa é que hoje em dia, os dois tipos fundiram-se, podendo operar de forma simultânea como fundamentos diagnósticos e como molas propulsoras do etiquetamento social das crianças consideradas problemáticas.

Ao mesmo tempo, criaram-se condições para que cada uma dessas crianças assuma o papel de doente, como resultado da introjeção do diagnóstico, processo que certamente traz consequências diretas na sua autoestima, suas capacidades e dificuldades, e obviamente no seu processo de aprendizagem.

Nessa direção, a instituição escolar vai se tornando um espaço em que seus agentes são (ainda mais) rebaixados e desapossados do seu saber, ao passo em que os profissionais de saúde – não somente à medicina, mas a psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, psicopedagogia – legitimam sua intervenção, aliando-se à lógica médica e obedecendo aos interesses do mercado farmacêutico médico. Ou seja, a escola transforma-se em um espaço que cede boa parte de sua atenção para os problemas e distúrbios, o que estaria representando um desvio da sua função primária de aprendizagem e de sociabilidade sem rotulações patológicas.

A perspectiva aqui adotada não tem por objetivo promover a abolição da prescrição de psicofármacos a crianças, questão que foge ao escopo de objetos e competências das ciências sociais e, em particular, do serviço social. Entretanto, é necessário elencar pontos positivos e negativos desse complexo processo, tendo em mente que não se podem negar os avanços das pesquisas biológicas e médicas no

tratamento de doenças, porém a crítica deve ser realizada pelas implicações do reducionismo biologicista da própria condição humana, como afirma Guarido (2010)

Os aspectos positivos do consumo de psicofármacos são geralmente observados mais no entorno da criança do que nela própria (CAPONI; BRZOZOWSKI, 2009). Portanto, entender o fenômeno apenas do ponto de vista dos dramas dos adultos conduz, inexoravelmente, à invisibilização das condições de existência e da própria voz das crianças e adolescentes medicalizados.

A imediatividade dos efeitos que os medicamentos psicoativos proporcionam a sua procura por parte dos pais ou responsáveis das crianças, principalmente diante de situações difíceis, de medo e desentendimento, trazendo, inegavelmente, resultados agradáveis a curto prazo. Nesse sentido, Brzozowski observa:

Mães de crianças com TDAH, apesar de não gostarem de dar um medicamento para o filho, o fazem, primeiramente, por ser uma recomendação médica, portanto, indiscutível. Em segundo lugar, existe uma pressão para que essa criança receba uma avaliação e um acompanhamento médicos. Por fim, existe ainda a preocupação da adequação de seus filhos na sociedade, para que eles possam ter as mesmas oportunidades (2009, apud CAPONI & BRZOZOWSKI, 2009).

Conrad (1975) identifica quatro grandes aspectos problemáticos, apesar de seus resultados serem frequentemente e superficialmente amenos. São eles: o problema do controle especializado; o controle social médico; a individualização de problemas sociais e a despolitização do comportamento desviante.

O problema do controle especializado reside no monopólio concedido à profissão médica nesta área, reduzindo a percepção das problemáticas envolvidas a assuntos médicos e de saúde e, portanto, deslocando-as da esfera pública e dos ambientes leigos onde poderiam ser discutidas por pessoas não-médicas.

O controle social exercido pela medicina permite que a profissão categorize as crianças e ordene que determinados procedimentos sejam feitos, como abrir um corpo para realizar uma cirurgia ou receitar o uso de medicação, sem que o médico deva responder a questionamentos externos à medicina, ao passo que cria e legitima normas morais que servem como referenciais para avaliar a normalidade ou anormalidade de sentimentos e comportamentos desviantes em função de um determinado sistema de valores sociais.

A individualização de problemas sociais, por sua parte, consiste em negar o caráter estrutural de determinadas problemáticas sociais, cujas mazelas se exteriorizam sob a forma de sintomas. No caso da criança em idade escolar, ignora-se a possibilidade de que os comportamentos ditos hiperativos, possam ser uma adaptação à situação social dentro de certo ambiente, como a escola. Nesse tipo de situação, as abordagens que se restringem ao uso de psicofármacos podem contribuir a perpetuar a transferência de responsabilidades do domínio coletivo para o espaço individual e familiar (CONRAD, 1975).

Essa individualização leva à despolitização do comportamento desviante, se aceitarmos que sua origem se encontra pré-determinada por processos psicossociais mais amplos. Ao despolitizar o desvio, através da definição da criança hiperativa, é ignorado o contexto social em que a criança se localiza. Conforme Conrad,

se focássemos nossa análise no sistema escolar, poderíamos ver o comportamento da criança como sintomático de algum "distúrbio" na escola ou situação de sala de aula, ao invés de sintomático de um distúrbio neurológico individual (1975, p. 20, tradução nossa)<sup>30</sup>.

Ao mesmo tempo, deve se considerar a observação de Ian Hawking (2006 apud CAPONI; BRZOZOWSKI, 2009) sobre o impacto que a classificação ou o diagnóstico tem na própria criança, na medida em que o etiquetamento médico tende a impactar na autopercepção e na construção da identidade social dela mesma como pessoa doente.

Com efeito, entre as consequências negativas da psiquiatrização da infância, deve-se considerar que elas podem ir muito além da iatrogenia clínica. Não se trataria de consequências apenas físicas e mentais, mas também dos impactos sociais nas trajetórias biográficas e familiares das crianças psiquiatrizadas, como sinaliza Hechtman:

O seguimento dessas crianças revela, na adolescência, índices de comportamento delinquente e uso abusivo de drogas muito maiores do que na população geral da mesma faixa etária. Nada espantoso, pois se foram iatrogenicamente viciadas em anfetaminas ou outros estimulantes do sistema nervoso central, reconhecidamente um dos medicamentos que mais provoca dependência física e psíquica. Infelizmente, a conclusão dos autores é de que esses fatos

---

<sup>30</sup> *"If we focused our analysis on the school system, we might see the child's behavior as symptomatic of some "disorder" in the school or classroom situation, rather than symptomatic of an individual neurological disorder"* (1975, p. 20).

confirmam seu diagnóstico inicial, isto é, as crianças realmente tinham um “defeito”. (1984 apud MOYSÉS; COLLARES, 1992, p. 45).

Em suma, há de se reconhecer que o uso de psicofármacos em crianças pode trazer benefícios, porém a questão é: *para quem?* Ao se pôr na balança todos os pontos aqui examinados, vemos que ela tende a cair para o lado negativo, tendo em vista que a medicação proporciona “soluções” de curto prazo, relevando sua superficialidade terapêutica, seus efeitos iatrogênicos e sua ineficácia em benefício da própria criança quando é utilizada como único recurso na abordagem dos comportamentos disruptivos.

### 3.4 A DISSEMINAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS SOBRE OS TRANSTORNOS INFANTIS DE APRENDIZAGEM: O CASO DO TDAH

A psiquiatrização infantil ganhou forças a partir de programas que promoviam em diferentes países suas ideias. Nesse sentido, o exemplo do Brasil é pela missão da *International Association for a Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP) com o objetivo de controlar e disciplinar os comportamentos infanto-juvenis é feita através de uma perspectiva de “força-tarefa”, que remete diretamente ao vocabulário militar (LIMA; CAPONI, 2011)

Nesse tipo de iniciativa, o objeto central são as crianças em idade escolar e a estratégia é estabelecer um diagnóstico prematuro para evitar futuros riscos desse grupo de ser acometido por alguma psicopatologia, através da infiltração em escolas e em outros serviços públicos de saúde do modelo medicalizante dos desvios comportamentais.

Como já vimos, é de interesse da grande indústria farmacêutica a expansão de seu mercado. Nessa direção, os laboratórios financiam pesquisas, desenvolvem medicamentos, definem a educação continuada dos médicos através de congressos e seminários, e outros que já vimos anteriormente.

Moraes et al (2008) afirmam que a IACAPAP deve propor a cada país integrante do plano, um currículo de especialização e pós-graduação em psiquiatria da infância e adolescência, para que se garanta um número suficiente de psiquiatras

com treinamento adequado à prevenção, intervenção e tratamento de transtornos mentais nessa faixa etária.

De acordo com os cálculos da Organização Mundial da Saúde, deve haver um psiquiatra infantil para cada 30.000 crianças e adolescentes, mas, no caso do Brasil, esses profissionais atendem a uma população 20 vezes maior do que o recomendado pela OMS, ou seja, um para 621.504 indivíduos. Moraes et al (2008) afirmam que devido à incidência de 5,4% de transtornos mentais severos no Brasil,

há um psiquiatra para cada 33.561 indivíduos menores de 20 anos com transtornos mentais severos. Uma taxa menor que três psiquiatras para cada 100.000 indivíduos menores de 20 anos com severos transtornos mentais. A taxa dos Estados Unidos da América (EUA) é de 160 para 100.000. (2008, p. 294)

Nessa direção, Rohde (2010) fortalece a ideia que a IACAPAP propõe, ao sugerir que para a consolidação da psiquiatria infantil no Brasil, seriam necessários:

a) criação de um número mínimo de residências de psiquiatria da infância e adolescência no país, com programas previamente determinados e respeitando a distribuição que atendam às necessidades regionais; b) criação de programas de terceiro ano de psiquiatria da infância e adolescência nas residências de psiquiatria geral em locais onde essa disciplina não existia; c) exigência do título de residência em psiquiatria da infância e adolescência ou o título de especialista em psiquiatria na área de concentração de psiquiatria da infância e adolescência, conferido pela Associação Brasileira de Psiquiatria, para credenciamento em empresas de convênios médicos ou para participação em concursos de serviços públicos para fins de atendimento de crianças e adolescentes com transtorno mental (2010, p. 3).

Para ter uma visão mais apurada do projeto de psiquiatrização da infância, decidiu-se por trazer informações disponibilizadas pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA, em seu site<sup>31</sup> a fim de corroborar com as discussões feitas previamente.

Na aba “O que é o TDAH” presente no site, a associação apresenta informações básicas sobre o transtorno. Vejamos o exemplo do site:

#### **O Que é o TDAH?**

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

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA

<sup>31</sup> <<https://tdah.org.br/>>



O que as informações registradas neste site revelam é o caráter problemático, não tanto do diagnóstico de TDAH, como o processo pelo qual ele é construído.

Nesse sentido, o próprio exame para diagnosticar tal doença é feito através de um questionário denominado SNAP-IV, que foi construído com base nos sintomas presentes na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística – DSM. Ele está disponível na própria página<sup>32</sup> para ser impresso e respondido pelos responsáveis e professores da criança.

O SNAP-IV é composto por 5 critérios avaliativos, o critério A é composto por 18 perguntas, sendo que as primeiras nove concernem à desatenção e o restante, à hiperatividade e impulsividade. As perguntas devem ser respondidas com quatro possíveis respostas: “Nem um pouco” “Só um pouco” “Bastante” “Demais”, e são elas:

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefa
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)
8. Distrai-se com estímulos externos
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isso é inapropriado
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma
14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”
15. Fala em excesso
16. Responde às perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas
17. Tem dificuldade de esperar sua vez
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: nas conversas, nos jogos, etc.)

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Documento original como ANEXO A.

<sup>32</sup> O link para o download do arquivo é <<https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>>

Ao responder seis dessas questões com “Bastante” ou “Demais entre as questões 1 a 9, entende-se que a criança apresenta sintomas de desatenção maiores do que uma criança ou adolescente *normal*, já os itens 10 a 18, referem-se a sintomas de hiperatividade e impulsividade maiores do que o esperado entre as crianças e adolescentes.

Vemos aqui que as ideias de Canguilhem (2010) novamente são levantadas, em que a normalidade é determinada por médias estatísticas do que é ou não mais observado no geral e que no caso, a anormalidade se relaciona com os comportamentos desviantes.

Há ainda os demais critérios, que devem ser avaliados juntamente com o critério A e são apresentados como:

<b>Critério B:</b> Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade
<b>Critério C:</b> Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, trabalho, vida social e em casa)
<b>Critério D:</b> Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas
<b>Critério E:</b> Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA

Vemos que eles não demonstram clareza na sua proposição. No critério B, a questão de *quantos* desses comportamentos designam ou não um estado patológico não se mostra. Muitos desses modos de ser, viver, se comportar e se descomportar já tendem a se iniciar na infância (MOYSÉS & COLLARES, 2011). Os critérios C e D exprimem praticamente a mesma ideia, além de apresentar que o surgimento de transtorno mental pode acontecer somente em dois espaços, na escola e na família, e não no resto. Por fim, o critério E revela a tentativa de alargar a cobertura de intervenção desta entidade.

Voltemos para a aba de informações no site. A seguir, a própria existência da doença é questionada:

#### **Existe mesmo o TDAH?**

Ele é reconhecido oficialmente por vários países e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns países, como nos Estados Unidos, portadores de TDAH são protegidos pela lei quanto a receberem tratamento diferenciado na escola.

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA

Sobre a existência do transtorno, somente essas informações são exibidas. A existência do TDAH se dá mediante ao reconhecimento ou não do transtorno

pelos países e pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, o transtorno existe por intermédio da sua autenticação.

A seguir, a ABDA traz o ponto chave para o debate, ao afirmar não haver discordâncias sobre a existência do transtorno:

**Não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?**

Não, nenhuma. Existe inclusive um Consenso Internacional publicado pelos mais renomados médicos e psicólogos de todo o mundo a este respeito. Consenso é uma publicação científica realizada após extensos debates entre pesquisadores de todo o mundo, incluindo aqueles que não pertencem a um mesmo grupo ou instituição e não compartilham necessariamente as mesmas ideias sobre todos os aspectos de um transtorno.

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA

Nesse sentido, não se trata apenas de constatar a existência dos chamados consensos médicos em torno do diagnóstico e protocolos clínicos para o tratamento do TDAH. Do ponto de vista dos interesses que motivaram a presente análise, o que interessa é a problematização da própria existência desses consensos na medida em que podem ser considerados uma expressão dos arranjos ideológicos corporativos e políticos entre a profissão médica e outras áreas da vida social, como por exemplo, as relativas à indústria farmacêutica. Como já visto, os eventos, congressos e seminários promovidos pela indústria farmacêutica convertem-se em uma peça-chave da fabricação de consensos da formação do pensamento único na psiquiatria infantil, ameaçando a sobrevivência de outras perspectivas terapêuticas não medicamentosas.

Embora hegemônico, esse pensamento parece se sentir permanentemente assombrado pelos eventuais questionamentos às categorias diagnósticas e ao uso de psicofármacos para tratar os comportamentos problemáticos na infância. Cientes da existência de diversos questionamentos sobre o TDAH, resulta sugestiva a seguinte pergunta exibida no site pela própria ABDA:

**Por que algumas pessoas insistem que o TDAH não existe?**

Pelas mais variadas razões, desde inocência e falta de formação científica até mesmo má-fé. Alguns chegam a afirmar que “o TDAH não existe”, é uma “invenção” médica ou da indústria farmacêutica, para terem lucros com o tratamento.

No primeiro caso se incluem todos aqueles profissionais que nunca publicaram qualquer pesquisa demonstrando o que eles afirmam categoricamente e não fazem parte de nenhum grupo científico. Quando questionados, falam em “experiência pessoal” ou então relatam casos que somente eles conhecem porque nunca foram publicados em revistas especializadas. Muitos escrevem livros ou têm sítios na Internet, mas nunca apresentaram seus “resultados” em congressos ou publicaram em revistas científicas, para que os demais possam julgar a veracidade do que dizem.

Os segundos são aqueles que pretendem “vender” alguma forma de tratamento diferente daquilo que é atualmente preconizado, alegando que somente eles podem tratar de modo correto.

Tanto os primeiros quanto os segundos afirmam que o tratamento do TDAH com medicamentos causa consequências terríveis. Quando a literatura científica é pesquisada, nada daquilo que eles afirmam é encontrado em qualquer pesquisa em qualquer país do mundo. Esta é a principal característica destes indivíduos: apesar de terem uma “aparência” de cientistas ou pesquisadores, jamais publicaram nada que comprovasse o que dizem.

Fonte: Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA

A resposta não parece muito científica, se baseando apenas na desqualificação dos que pensam diferente.

É inegável o lucro e a centralidade que a indústria farmacêutica tem na criação e na sustentação de um transtorno, como afirma Whitaker previamente ao evidenciar que não há déficit no lucro de empresas produtoras de metilfenidato (Ritalina), o que se mostra é o oposto: há saltos positivos desproporcionais de uma década a outra.

Outro ponto indiscutível é a existência de trabalhos e pesquisas que objetivam desbancar as verdades que a medicina cria, cujos/as autores/as são referenciados nesse próprio trabalho.

Por outro lado, a “aparência de cientista” que é questionada diz muito sobre visão de ciência para a ABDA. Afinal, o que seria a ciência se não o processo contínuo de interrogar verdades? Se esse conhecimento se apresenta inerte à discussão, já não podemos mais vê-la como ciência, mas sim como crença ou doutrina.

Diante dessa exposição do material produzido pela associação, se percebe que superficialmente, a detecção de desvios comportamentais aparenta estar atualizada, mas sua carcaça continua a mesma: o diagnóstico é feito a partir dos sintomas relatados pelos pais ou professores assim como era com a Disfunção Cerebral Mínima - DCM.

Junto a isso, o exame realizado consiste exclusivamente na aplicação do questionário SNAP-IV, estando a criança ou adolescente presente ou não no dia da avaliação, já que ele pode ser impresso e respondido em casa, e posteriormente encaminhado para um dos psicólogos, médicos cadastrados junto ao ABDA.

São tantos pontos problemáticos aqui expostos que só inflamam a resistência científica, ética, profissional e em defesa da vida, cabendo a nós a não

incorporação da lógica mercantil de saúde (e de doença) e é essa a motivação que impulsionou a realização do presente trabalho.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o levantamento de trabalhos de autores de referência ao assunto da medicalização da vida e da infância com um viés crítico ao modelo biomédico, se pode observar a grandeza da problemática que engloba em seu âmago cada vez mais crianças e adolescentes.

Afirma-se que a medicalização não pode ser interpretada em um único e geral sentido, sabendo que ela é resultado de diversos processos e arranjos sociais, no qual não apenas a Medicina tem papel determinante na conformação desse fenômeno, mas também as indústrias farmacêuticas, a mídia e o governo.

O que se pode entender do processo de medicalização ao trazer as concepções históricas de Illich – como um fenômeno que exerce um poder de modo imperativo da empresa médica diante dos sujeitos, e Foucault – que coloca o fenômeno dentro do surgimento da Medicina social no século XVIII, é que sua definição tem um caráter de transitividade, e para entendê-la, Peter Conrad fornece um solo firme para sua compreensão, vista como a transferência de comportamentos antes não pertencentes ao campo médico para sua jurisdição.

Nesse caminho, conseguiu-se apontar o surgimento das forças medicalizantes diante os indivíduos e de como ele se apresenta teórico e tecnicamente, pelo desenvolvimento da psiquiatria infantil e das categorias diagnósticas configuradas nos manuais médicos, juntamente com a entrada do discurso médico nas escolas enquanto estratégia biopolítica de controle das crianças e adolescentes pelo reducionismo biológico de suas questões sociais e individuais de aprendizagem.

Notoriamente, existem pessoas com déficits intelectuais, sensoriais e motores, portanto, a crítica presente neste trabalho não se refere a elas.

Viu-se que comportamentos infantis que antes eram vistos como próprios da faixa etária, agora são analisados dentro do campo das patologias, possibilitando que sejam interpretados e tratados exclusivamente pela medicina. Esse fenômeno induz os profissionais do campo educacional a se referirem à medicina sempre que um problema educacional - ou desvio comportamental - for constatado. Sua solução se dá pelo uso de psicofármacos, acarretando não somente em questões graves a

longo tempo para seus usuários, mas prejudicando a própria visão sobre o processo pedagógico, que tem sua experiência transformadora reduzida.

Além disso, ao diagnosticar os transtornos de aprendizagem, a ideia de que a vivência escolar é integrada por múltiplos fatores sociais é rejeitada, deslocando a questão para o individual para poder rotulá-lo como doente e tratá-lo devidamente.

Nessa direção, a visão biomédica desconsidera os problemas reais da instituição escolar no processo ensino-aprendizagem, ao omitir as “influências e/ou determinações das relações institucionais e sociais sobre a vida, encobrendo as arbitrariedades, os estereótipos e os preconceitos de que as crianças são vítimas no processo educacional e social” (DE SOUZA, 1997 apud FIGUEIRA; CALIMAN, 2014, p. 29).

Também foi exposto no presente trabalho, o papel determinante que a indústria farmacêutica tem nos processos medicalizadores, enquanto influenciadora e patrocinadora da veiculação dos transtornos de aprendizagem, visto que quem lucra em cima delas são os próprios canais que a difundem.

Problematizar a medicalização não implica na recaptura do poder dos médicos e devolvê-los aos sujeitos medicalizados, mas sim exercer uma postura crítica diante das ações políticas e discursos de todos que participam dessa relação. É importante reconhecer os avanços da Medicina, porém sem perder de vista o caráter de dualidade que ela exerce historicamente ao criar e sustentar regimes morais e éticos.

Com a regulamentação das/os Assistentes Sociais e Psicólogas/os na rede pública de ensino, pela aprovação da Lei 13.935, de 2019, urge a necessidade de tais discussões presentes nesse trabalho para estas categorias profissionais, para que possam contribuir para o atendimento integral e de qualidade dentro do processo ensino-aprendizagem mesmo em um contexto de crescentes cortes e desmontes nas políticas sociais.

Dentro disso, as(os) assistentes sociais apresentam atribuições que possibilitam propiciar discussões críticas à medicalização da vida e à cultura somática de crianças e adolescentes no espaço educacional, dentro todas, as que podem se destacar são:

Atuar no processo de ingresso, regresso, permanência e sucesso dos/as estudantes na escola; Contribuir no fortalecimento da relação

da escola com a família e a comunidade, na perspectiva de ampliar a sua participação na escola; Contribuir em programas, projetos e ações desenvolvidos na escola que se relacionem com a área de atuação; Propor e participar de atividades formativas destinadas à comunidade escolar sobre temas relevantes da sua área de atuação; Contribuir na formação continuada de profissionais da rede pública de educação básica” (CFP, 2020, p. 31-32).

Dentre as demais atribuições, essas destacadas demonstram quão estratégica se configura a atuação dessa categoria profissional na rede pública de ensino, exprimindo seu caráter transformador e deslocador de questões fundamentais para serem trazidas à tona sobre a patologização excessiva e crescente da população infanto-juvenil.

Diante do contexto de pandemia do Covid-19 em que esse trabalho foi realizado, muitas questões surgem e que são projeções para pesquisas futuras, dentre elas, é pertinente a crítica de como o momento de distanciamento social está afetando as forças medicalizadoras, maximizando ou minimizando-as, sabendo que a probabilidade de a primeira ser a mais provável, juntamente com o fato de que essas crianças e adolescentes estão em casa, com o ensino na modalidade remota. A questão que surge é: Será que nesse momento de isolamento social, a medicalização de crianças e adolescentes aumentou, como forma de abafar as dificuldades advindas da situação socioeconômica dessas famílias junto ao ensino à distância?

Por fim, cabe a nós, nos questionarmos qual nossa postura pessoal e profissional nos projetos de futuro em jogo: se ele se caracteriza pela construção de novas formas de sociabilidade e pelo progresso da humanidade ou pelo seu aniquilamento. Ao transformar sentimentos e comportamentos em transtornos manejáveis apenas por substâncias psicoativas, não se refere somente às expressões do entendido como patológico, mas também sonhos, fantasias, dos sujeitos medicalizados.

Corremos o risco de estar negando a possibilidade do ser humano se expressar e se comportar naturalmente, robotizando as gerações que virão adiante. Não podemos permitir que o protagonismo das crianças e adolescentes etiquetados doentes seja reduzido a se adequar a normalidade. Lutemos por uma sociedade em que todos e todas possam expressar suas individualidades coletivamente, ultrapassando a mera sobrevivência passiva e chegando à vivência ativa.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDA. **Associação Brasileira do Déficit de Atenção.** (<http://www.tdah.org.br/>).

BRZOZOWSKI, F. S., & CAPONI, S. **Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade:** classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-87, 2009.

\_\_\_\_\_. **Medicalización de los desvíos de comportamiento en la infancia: aspectos positivos y negativos.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPONI, S. **Vigiar e medicar:** o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In S. Caponi, M., Vázquez-Valencia & M. Verdi (Orgs.), *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 29-45). São Paulo, SP: LiberArs. 2016.

CFESS, Conselho Federal de Psicologia. **A (o) psicólogo e a (o) assistente social na rede pública de educação básica:** orientações para regulamentação da Lei n.º 13,935, de 2019. Conselho Federal de Psicologia e Conselho Federal de Serviço Social. 1. ed. Brasília, 2020.

COLLARES, C. A. L. ; MOYSES, M.A. A. **A história não contada dos distúrbios de aprendizagem.** *Cadernos CEDES*, nº 28: 31-48, 1992.

\_\_\_\_\_. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico.** *A Patologização da Educação. Ideias (UNICAMP)*, v. 23, p. 25-31, 1994.

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

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

CRUZ, M. A. S. **Desafios da clínica contemporânea:** novas formas de “manicomialização”. In CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo) (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 17-25). 2010. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DESIDADES - **Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude** NIPIAC / Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015. Av. Pasteur, 250 - Urca, Rio de Janeiro - RJ, Brasil

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. **Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida**. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 17-32, Dec. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652014000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200002&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Nov. 2020.

FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina?** In: Motta MB, organizador. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2011. p. 374-393. (Coleção Ditos e Escritos VII).

\_\_\_\_\_. **Historia de la medicalización**. *Educación médica y salud*, vol.11, núm.1. pp.325, 1977.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal. 1988

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: edições Graal, 1979.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 27, jan. 2020. Epub 26-Abr-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUSTI, K. G. **A medicalização da infância: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar**. (Dissertação Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal de Santa Catarina). 2016. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167722>

GUARIDO, R. L. **A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação**. In CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo) (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 29-39). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.

\_\_\_\_\_. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação**. *Educação e Pesquisa (USP)*, v. 33, p. 151-161, 2007.

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

\_\_\_\_\_. **Twelve years after Medical Nemesis: a plea for body history.** In: Illich I. In the mirror of the past, lectures and addresses 1978-1990. New York: Marion Books; 1992. p. 211-231

INTERNACIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Psychotropic Substances Statistics for 2018: assessments of annual medical and scientific requirements.** Vienna: Onu, 2020. 436 p. Disponível em: [https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2019/PSY\\_Technical\\_Publication\\_2019.pdf](https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2019/PSY_Technical_Publication_2019.pdf). Acesso em: 29 setembro. 2020.

LIMA, A. C. C. ; CAPONI, S. **A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento.** Physis (UERJ. Impresso), v. 21, p. 1315-1330, 2011.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MARTINS, A. **O biopoder e a medicalização da vida: novas reflexões.** In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ. (Org.). Direitos humanos? O que temos a ver com isso? Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia - RJ, 2007, v. 1, p. 119-127.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.

MITJAVILA, M. **Medicalização, risco e controle social.** Tempo soc., São Paulo, v. 27, n. 1, p. 117-137, June 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702015000100117&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100117&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015015>.

\_\_\_\_\_. **Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida.** In: Sandra Caponi; María Fernanda Vásquez Valencia; Marta Verdi. (Org.). Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância. 1ed.São Paulo: LiberArs, 2016, v. 1, p. 133-146.

MORAES, C. et al. **Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 294-295, 2008.

MOYSÉS, M.A.; COLLARES, C. A. L. **O lado escuro da dislexia e do TDAH.** In: Marisa E.M. Meira; Silvana Tleski; Marilda Facci. (Org.). A exclusão dos incluídos: Contribuições da Psicologia da Educação para uma crítica à Patologização e à Medicalização. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, v., p. -.

PERISSINOTTO, R. **História, sociologia e análise do poder.** Revista História Unisinos, Rio Grande do Sul, v. 11, n. 3, p.313-320, 2007.

ROHDE, L.A. et al. **Quem deve tratar crianças e adolescentes?** O espaço da psiquiatria da infância e da adolescência em questão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 2-3, 2000.

TABET, L. P. et al. **Ivan Illich:** da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 4 Março 2020], pp. 1187-1198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711516>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711516>.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970.** *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, Sept. 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000300721&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300721&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Feb. 2020. Epub May 21, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 06 [Acessado 27 Janeiro 2020], pp. 1859-1868. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>.

ZOLA, I. **Medicine as an Institution of Social Control.** *Soc Review* 1972; 20(4):487-504.

WHITAKER R. **Transformando crianças em pacientes psiquiátricos:** fazendo mais mal do que bem. In S. Caponi, M. Vásquez-Valencia & M. Verdi (Orgs.), *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 13-29). São Paulo, SP: LiberArs. 2016.

## 5 ANEXO A – SNAP-IV

NOME: \_\_\_\_\_

SÉRIE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

*Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):*

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				

	Nem um pouco	só um pouco	bastante	demais
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				