



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Ramires Ferreira, Rodrigo

A MEDICALIZAÇÃO NAS RELAÇÕES SABER-PODER: UM OLHAR ACERCA DA
INFÂNCIA MEDICALIZADA

Psicologia em Estudo, vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 587-598

Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287145780008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A MEDICALIZAÇÃO NAS RELAÇÕES SABER-PODER: UM OLHAR ACERCA DA INFÂNCIA MEDICALIZADA

Rodrigo Ramires Ferreira¹
Universidade Estadual de Maringá, Maringá-Pr, Brasil.

RESUMO. O presente trabalho foi realizado por meio de pesquisa de revisão bibliográfica que tem como foco o estudo da medicalização na sociedade construída por meio de estratégias normatizadoras. Visa compreender os processos de medicalização na sociedade, pautados principalmente nas relações de poder-saber, e os discursos que delas advêm. Pretende-se traçar um histórico da construção desse conceito, compreendendo-se suas delimitações e ações que refletem no grande consumo de medicamentos no intuito de acabar ou diminuir um sofrimento da forma mais rápida possível. Além disso, almeja-se discutir a presença desses processos no universo infantil, compreendendo-se os processos diagnósticos que tendem a biologizar as relações sociais e afetivas e a legitimação destes nas escolas, famílias e sociedade. Pôde ser observado, por meio destas análises, que os processos medicalizantes delimitam o indivíduo, normatizam-no, minando sua possibilidade de posicionar-se histórica e politicamente. Autores como Michel Foucault, Ivan Illich, Peter Conrad, Ian Hacking, seus comentadores e outros autores serviram de base para o presente artigo.

Palavras-chave: Medicalização; poder; infância.

MEDICALIZATION IN POWER-KNOWLEDGE RELATIONS: A LOOK AT MEDICALIZED CHILDHOOD

ABSTRACT. This work was carried out through a literature review of researches addressing the medicalization of society by means of normalizing strategies. It aims to understand medicalization processes in society by exploring discourses created by power-knowledge relations. This article analyzes the historical construction of this concept, its limitations and consequences, in addition to the very high rates of medicine consumption as a way to find relief from suffering as quick as possible. Furthermore, it attempts to understand the presence of such processes in childhood in order to comprehend diagnostic processes that tend to biologize social and affective relationships, as well as the legitimization of such processes in schools, families and society. These analyses allowed observing that medicalizing processes define and standardize individuals, undermining their ability to take a stand historically and politically. Authors such as Michel Foucault, Ivan Illich, Peter Conrad, Ian Hacking, their commentators, among others, provided the basis for this article.

Keywords: Medicalization; power; childhood.

LA MEDICALIZACIÓN EN LAS RELACIONES SABER-PODER: UNA VISIÓN CERCA DE LA INFANCIA MEDICALIZADA

RESUMEN. Este estudio se llevó a cabo por medio de revisión de la literatura de la investigación apoyada en los estudios de la medicalización de la sociedad construida por intermedio de estrategias normalizadoras. Su objetivo es entender el proceso de medicalización de la sociedad guiada principalmente en las relaciones de poder-saber, y los

¹ E-mail: rodrigoramirez1@gmail.com

discursos que provienen de ellos. Se pretende dibujar una historia de la construcción de este concepto, sus límites y acciones que reflejan el gran consumo de medicamentos con el fin de eliminar o reducir el sufrimiento lo más rápido posible. Además, su objetivo es discutir la presencia de estos procesos en el universo infantil, tratando de entender los procesos diagnósticos que tienden a biologización de las relaciones sociales y emocionales, y la legitimidad en las escuelas, las familias y la sociedad. Podría ser observado por medio de estos análisis, los procesos de medicalización delimitan el individuo, o normalizan, minando su capacidad de posicionarse histórica y políticamente. Autores como Michel Foucault, Ivan Illich, Peter Conrad, Ian Hacking, sus comentaristas y otros han servido de base para este artículo.

Palabras-clave: Medicalización; poder; infancia.

Introdução

O processo de medicalização é uma crescente no passar dos anos na sociedade moderna, e é um tema que vem sendo estudado por diferentes autores de diversas áreas como, por exemplo, Ian Hacking, Michel Foucault e Sandra Caponi, na filosofia; Peter Conrad, na sociologia; Joelson Tavares Rodrigues, Maria Aparecida Affonso Moysés e Charles Dalcanale Tesser, na medicina; Renata Guarido, na psicologia, entre outros. A medicalização pode ser entendida como uma incursão do saber médico biológico no campo das relações sociais.

Significa dizer que as inúmeras formas de expressão da subjetividade humana, pelas novas formas de saber-poder, ganham cada vez mais caráter patológico. As exigências de uma sociedade industrial, pautada no modelo capitalista e que tem como norma atual uma lógica de consumo, têm aumentado a procura por medicamentos que tratem do “sofrimento” humano. E, não poderia deixar de ser diferente, ganham espaço na produção subjetiva da infância.

A necessidade de se silenciar o sofrimento a qualquer custo, de que este não deve fazer parte dos processos do desenvolvimento humano serve de mote midiático para que se estabeleça uma lógica de consumo tal em relação aos medicamentos, que eles passam a ser a única forma “saudável” de produção subjetiva.

Para a compreensão desse fenômeno e de seus processos, far-se-á necessário buscar o histórico do conceito de medicalização na sociedade e como ele se movimenta por meio das relações de poder-saber e como se dá a normalização da sociedade pelos discursos dos saberes, que tem o corpo e a população como objeto da norma. Além desses apontamentos, serão levados em conta a revolução psicofarmacológica da década de 1950, com os estudos de novos e revolucionários psicofármacos, as novas edições do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e a forma como são montados seus descritores, a crescente investida do saber médico nos processos de escolarização e a participação da indústria farmacêutica.

Finalmente serão discutidos todo esse processo na infância, a apropriação de um saber médico pela escola e pela sociedade no intuito de sanar problemas sociais e de aprendizagem, reduzindo-os a uma única possibilidade biológica. Serão tratados os transtornos de aprendizagem, principalmente o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e o crescente número de crianças diagnosticadas com o transtorno bem como o tratamento, quase que exclusivamente medicamentoso, dispensado.

Pretende-se, neste artigo, dialogando-se com alguns dos estudos apontados, compreender como se constrói a medicalização na sociedade moderna. Para tanto, serão levantados alguns dos fatores incrustados nas relações que visam normalizar e biologizar as manifestações subjetivas, principalmente em sua produção na infância, como a patologização de relações sociais, intervenções baseadas em único modelo biologizante, centrado em um discurso de déficit.

Do conceito de medicalização através da história

O conceito de medicalização ganhou espaço na década de 1960 com o estudo de filósofos, sociólogos e pesquisadores da área da saúde, em um contexto de mudança radical no pensamento

médico e psiquiátrico. Foucault (2004) aponta que o discurso médico passa a produzir realidades, práticas e discursos que induzem os indivíduos a adotarem determinadas formas de viver, pensar e se comportar. Essa produção de saberes perpassa pelos estudos de Foucault sobre as relações de poder, estudo este que tomou mais de uma década do autor. Dessa forma não há a pretensão aqui de se discorrer sobre essa construção no pensamento foucaultiano, mas tão somente a contextualizar com a produção do saber médico.

Uma relação de poder de forma dominante sobre os corpos é construída por meio da disciplina, presente principalmente nas instituições, em que se têm o controle e sujeição dos corpos, tornando-os dóceis e úteis, por meio de uma vigilância hierárquica e normalizadora (Foucault, 1983). Tendo a disciplina como uma forma central de dominação dos corpos no exercício das relações de poder, a medicina, a partir do séc. XVIII, passa a exercer papel de controle, regendo os modos de condutas individuais e coletivas, definindo algumas regras para orientar a vida moderna, não somente no que diz respeito à doença, mas também a formas de comportamento, como sexualidade, fecundidade, fertilidade e outros (Gausenzi & Ortega, 2012).

Essa noção abre espaço no campo da medicina para que diversos acontecimentos do campo social, coletivo e até mesmo político possam ser abarcados pelo saber médico, no intuito de determinar um caráter tão somente biológico a esses fatores. Trata-se da medicalização dos processos sociais. Dessa forma, a medicina estabelece uma relação tal com os indivíduos que, no exercício da produção de um saber disciplinar, possa criar discursos que têm, como fim, o controle social, colocando o sujeito em um papel de mero paciente, um corpo estritamente biológico (Sanches, 2010). A autora aponta ainda que a medicina passa a buscar a “verdade” sobre a doença do paciente, abstraindo o modo de vida do sujeito, suas condições socioeconômicas e políticas do contexto de seu sofrimento.

Essa lógica manteria o sujeito distante, a fim de não atrapalhar a identificação de sua doença pré-estabelecida em um desenho nosográfico. “Com essa nova racionalidade, o olhar médico foi dirigido ao corpo e somente a ele como o lugar da doença. O paciente foi silenciado [sem considerar] o que tinha a dizer sobre seu sofrimento” (Sanches, 2010. p. 7. Grifo da autora).

No entanto, o indivíduo não é um polo passivo, que entrega seu corpo improdutivo e doente ao discurso biologizante da medicina moderna. É justamente a noção de estar inserido em um emaranhado de relações, que possibilita ao sujeito “diferentes formas de ser e estar no mundo e na criação constante de novas formas de vida” (Gaudenzi & Ortega, 2012. p. 10).

Ao se falar das contribuições acerca do estudo da medicalização desde a década de 1960, não se pode deixar de tratar, em um apanhado histórico, os apontamentos de Ivan Illich, Peter Conrad e Ian Hacking. As análises desses autores vão ao encontro do apresentado até aqui. Illich foi um crítico radical da medicina moderna. Quando lançou em 1975 *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* – considerada sua primeira crítica à saúde –, chegou a afirmar que esta era uma grande ameaça à saúde dos indivíduos, dizendo que “a empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado” (Illich, 1975, p. 6). O autor mostra então três motivos pelos quais os processos medicalizantes tomam um caráter de nocividade à saúde dos indivíduos:

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).

Nessa mesma obra, Illich trabalha com três formas de iatrogênese, quais sejam, clínica, cultural ou estrutural e social. A iatrogênese clínica é causada pelos próprios cuidados que resultam em danos atribuídos à falta de segurança e ao abuso de tecnologias médicas e de drogas. A iatrogenia cultural ou estrutural trata de uma perda do poder cultural de pessoas e comunidades em lidar com as enfermidades e com o sofrimento (Illich, 1975).

A iatrogenia social, como discutem Gaudenzi e Ortega (2012) e Sanches (2010), é uma forma de medicalização social. Traz o diagnóstico como forma de controle social em que o indivíduo perde sua autonomia, disseminando o papel de doente, e o torna passivo e dependente da autoridade médica. Isso ocorre mesmo em situações em que os diagnósticos poderiam não estar presentes, tornando natural a necessidade de cuidados médicos “pelo fato ordinário de serem gestantes, recém nascidos, crianças ou idosos” (Gaudenzi & Ortega, 2012, p.7).

Além do diagnóstico, mais duas formas de iatrogênese social se fazem presentes na obra de Illich. São elas a medicalização do orçamento – em que os gastos com despesas médicas aumentam consideravelmente, porém não há uma melhora no nível de saúde – e a invasão farmacêutica, em que os medicamentos têm seu consumo aumentado (Illich, 1975). Doze anos após esses estudos, Illich passa a elencar outros agentes patogênicos, culminando em sua segunda crítica à saúde em que ele “desloca o foco dos médicos para as grandes indústrias, os meios de comunicação e outros agentes terapêuticos” (Gaudenzi & Ortega, 2012, p. 8).

Esse deslocamento é uma autocrítica de Illich, segundo Nogueira (2003). Aponta o autor que essa autocrítica de Illich se aproxima dos estudos de Foucault, no sentido de que a noção de iatrogênese parte da história do corpo e suas práticas e que a saúde, muito além de um direito social, “transformou-se numa necessidade obsessiva que tem de se materializar na experiência do corpo” (Nogueira, 2003, p. 186). Ainda de acordo com o autor, durante muito tempo, Illich criticou o fato de a medicina moderna podar a autonomia dos indivíduos, sujeitando-os a tratamentos desnecessários e fazendo-lhes assumir um papel passivo, de doente.

Outros autores como o sociólogo Peter Conrad também enxergam a medicalização como um processo social, uma incursão do saber médico, biologizante no campo social e relacional. Conrad (2007) demonstra que ao longo dos tempos o campo social de saúde e doença vem se modificando e que é uma crescente que diversas questões humanas passem a ser medicalizadas, como obesidade, reprodução, etc. Esse processo pode trazer ganhos ao indivíduo, como o pertencimento a uma categoria de doente pode fazê-lo conseguir coberturas para tratamentos e cirurgias, auxílios e aposentadorias e também se eximir de responsabilidades sobre determinados comportamentos (Sanches, 2010).

Nessa mesma análise, o filósofo Ian Hacking faz um exame da medicalização por meio dos diagnósticos, em que o sujeito passa a incorporá-lo, agindo de acordo com ele, e que o ser humano é afetado de acordo com o que é dito sobre ele. Dessa forma, pode-se dizer que o autor está falando de um processo em que há uma necessidade de pertencimento social, de diferentes naturezas, nesse caso, um pertencimento relacionado ao sofrimento do sujeito. Isso se torna fundamental na legitimação de um discurso médico, farmacêutico e biologizante que foi se constituindo ao longo da história com algumas mudanças no pensamento psiquiátrico e o advento de novas e diferentes formas de classificar as pessoas, como se verá na seção seguinte.

Constituição de paradigmas e novas classificações

Além de toda a análise da sociedade, do discurso da medicina moderna, outros aspectos – são também de suma importância para a compreensão da medicalização e seu ganho de terreno na sociedade contemporânea como os apontados a seguir.

O psiquiatra Joelson T. Rodrigues (2003) aponta para dois pontos que culminaram no que se tornou hoje a psiquiatria moderna. Em uma época, (décadas de 1960 e 1970 principalmente) em que psiquiatria e psicanálise andavam de mãos dadas, o avanço da tecnologia e dos estudos de psicofármacos, começa a trazer uma nova configuração nessa estreita relação. O primeiro ponto é que, à medida que estudos começam a mostrar que as novas medicações trazem uma grande promessa de acabar com os sintomas, de uma forma mais eficaz e rápida, os processos psicoterapêuticos longos vão perdendo espaço.

Essa “revolução farmacológica” ganhou espaço com os estudos de Donald Klein em pacientes ansiosos, em que a resposta clínica aos medicamentos passava a determinar, inclusive, os quadros nosológicos (Rodrigues, 2003). No caso do TDAH, Toledo (2008) aponta que alguns dos critérios diagnósticos são baseados em sujeitos que tiveram melhores respostas farmacológicas às

anfetaminas, em pesquisas – eticamente questionáveis – realizadas desde a década de 1930 com crianças consideradas hiperativas, muito antes da oficialização do transtorno.

A partir dessas novas determinações, tem-se o segundo ponto apontado por Rodrigues (2003), em que os sistemas de classificação dos diagnósticos na psiquiatria passam a exigir novas classificações nosológicas, culminando na publicação da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM III) da Associação Psiquiátrica Americana (APA). É a partir desse ponto que a psiquiatria tem seu laço com a psicanálise quebrado, dando prioridade a uma caracterização descritiva e ateórica dos quadros psiquiátricos (Rodrigues, 2003).

Muito antes, nas duas primeiras versões do DSM, tinha-se uma divisão de transtornos orgânicos e não orgânicos, com uma forte influência psicanalítica nessas versões. Muitos transtornos de bases não orgânicas eram passíveis de tratamentos não farmacológicos, uma vez que não tinham então uma base biológica. As duas primeiras edições do DSM, lançadas em 1953 e 1968, respectivamente, eram basicamente um glossário de categorias diagnósticas e suas descrições clínicas dos transtornos mentais (Araújo & Lotufo Neto, 2014). Eram pouco mais de 100 transtornos descritos nas duas edições e seus descritores sofriam forte influência da psicanálise, sendo divididos em transtornos orgânicos e não -orgânicos, pouco mudando uma em relação à outra.

A partir então da publicação da terceira versão do DSM, em que fica claro o rompimento com a psicanálise, a noção de um transtorno não orgânico é retirada, abrindo espaço para a total biologização da psiquiatria moderna. Dessa forma, “transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como qualquer outra doença, isto é, medicamento” (Russo & Venâncio, 2006, p. 469). Continuam os autores que essa evolução no modo de pensar a classificação diagnóstica, e também o aumento de categorias diagnósticas de 180 no primeiro manual, para mais de 350 em sua quarta versão ocorrem com a produção de novos medicamentos.

Fica claro que, ao se adotar um sistema classificatório com bases biológicas e um modelo positivista de ciência que a psiquiatria assumiu a partir de então, os processos medicalizantes ganham um alicerce muito sólido para se reproduzir na sociedade. As novas classificações contribuem com o surgimento de cada vez mais transtornos, com critérios cada vez mais elásticos acompanhando a produção e o consumo de cada vez mais medicamentos, terreno fértil para estratégias da indústria farmacêutica.

A indústria farmacêutica e a estratégia biopolítica: breves considerações

Com a produção de saberes sobre o corpo a partir do séc. XVIII por meio das tecnologias disciplinares, exercendo um poder sobre a vida – o que Foucault chamou de biopoder –, esse corpo passa a ser visto como prioritariamente biológico, um corpo como máquina, que deve ser útil e dócil.

As produções poder-saber, constituídas historicamente, passam a modificar-se a partir do século XIX, com uma nova configuração social, principalmente pelo crescimento populacional das cidades “recém industrializadas”. Essas mudanças dizem respeito principalmente a uma “mudança de foco”, uma complementação do poder disciplinar que passa a ser exercido não somente sobre o corpo individual, mas sobre a vida populacional, o corpo-espécie.

Os novos moldes de organização populacional fazem surgir a necessidade de um controle de dados quantitativos, estatísticos, incidência de doenças e epidemias, prevenção de acidentes, e, conforme aponta Foucault (1978), aos poucos o homem ocidental passa a vivenciar um novo modo de vida, em que o campo biológico se refletirá no político. O desenvolvimento desse novo saber e uma quantificação das populações avaliam sua condição de vida na coletividade, reprodução, longevidade, natalidade, habitação, migração, dando uma maior dimensão para o Estado, acerca das condições de sua população (Both, 2008). Nesse momento, a normalidade é associada ao conceito de saúde, e têm-se aqui as estatísticas populacionais como ferramenta da norma, a variação biológica negativa em dados pode ser associada à patologia e, inevitavelmente, devem sofrer intervenções médicas (Caponi, 2009).

O conceito de normal carrega, consigo, uma duplicidade, de um lado, refere-se a uma média estatística, e, de outro, mostra-se valorativo, aquilo que é considerado desejável, como algo deve ser

(Nordenfeld, 2000 citado por Caponi, 2009). Dessa forma, abre-se um campo de saber que poderá dizer à população o que se deve fazer, em termos de cuidado com a saúde e com o corpo, para adequar-se a essa norma, a essa normalidade.

Pela análise de Machado e Lessa (2012), pode-se identificar a participação massiva da indústria farmacêutica em todo esse processo. A relação da farmacologia com a racionalidade biomédica traz na medicalização a solução para os impasses nos aspectos sociais e subjetivos. Faz-se necessário um diálogo de forma ética no campo da saúde na sociedade contemporânea (Machado & Lessa, 2012).

Com a mudança no pensamento psiquiátrico e as novas categorizações diagnósticas, como apontado anteriormente, a indústria farmacêutica amplia sua participação como um campo de saber, pautada em estratégias biopolíticas no âmbito do controle populacional. Aliadas à psiquiatria moderna, que toma para si o saber de antecipar uma anomalia, ou anormalidade, no sentido de prevenção estratégica, passam a caracterizar-se como defensoras da ordem social (Caponi, 2009).

É uma estratégia de poder que cerceia a população, tendenciando-a a uma imediata solução para seus sofrimentos, a fim de encaixar-se em um padrão de normalidade. É reduzir ao biológico, o campo ético e político, todo o aspecto de condição humana, relações sociais e vinculativas, levando-os a um determinismo maniqueísta de normal e anormal, limitando a margem da atuação ética e política da população (Caponi, 2012).

A busca por satisfação, felicidade, por um corpo saudável e perfeito, aliada a uma necessidade instituída de prevenir-se de um sofrimento, transforma essa conduta em uma lógica de consumo. O sujeito que se instaura nessa lógica sente-se pertencente e incluído e, que, sem isso, estará terminantemente fora de uma ordem social, será considerado, excluído, à margem da sociedade em que vive (Rodrigues, 2003).

Não obstante, essa lógica de consumo, imposta pela indústria farmacêutica em relação aos fármacos, passa cada vez mais a apontar para a eterna busca de uma normalidade definida em determinados padrões que, inserida no consumo, é “impossível” de ser alcançada. Dessa forma, muito além de trazer à normalidade aquelas pessoas que estão fora dos padrões de saúde, o saber médico com a indústria farmacêutica operam no sentido de que a felicidade ou a normalidade só serão alcançáveis com o uso de medicamentos, como apontado anteriormente por Machado e Lessa (2012).

A indústria farmacêutica consegue estabelecer-se como uma produtora do saber-poder médico, principalmente após a nova forma de pensar os transtornos psiquiátricos a partir da terceira edição do DSM. Usando de um mecanismo articulador da biopolítica – e isso não diz respeito somente ao DSM –, a distinção entre normal e patológico, aponta para um problema “inerente a toda e qualquer classificação psiquiátrica: a elasticidade dos critérios diagnósticos e as fronteiras difusas e imprecisas existente entre o normal e o patológico” (Caponi, 2012, p. 115).

Em maio de 2013 ocorreu a publicação da quinta edição do DSM, em que a elasticidade era muito maior que a edição anterior. Com a certeza de que a chave é prevenir os transtornos mentais, identificando comportamentos de “risco”, o DSM cria demasiadas patologias leves e de duvidosa identificação, adicionando-as às já existentes.

A problemática do risco e a ambição pela detecção precoce de indivíduos com a probabilidade de vir a padecer de uma patologia psiquiátrica que pode ser prevenida antes que se cronifique são alguns dos grandes tópicos que acompanharam a psiquiatria moderna ao longo da sua história. Esse princípio tem levado a um processo maciço de medicalização da infância que se inicia com o nascimento da psiquiatria moderna e permanece até hoje (Caponi, 2012, p. 118).

Com essa porta aberta, a indústria farmacêutica tratará de elevar o medicamento a um patamar de produto a ser consumido, usando de artifícios, muitas vezes eticamente questionáveis, para balizar a eficácia de seu produto. Assim, o interesse comercial rege o saber médico na contemporaneidade (Camargo Jr., 2010).

Para isso, cabe ressaltar a mídia como um braço da indústria que tem os medicamentos como uma resolutividade imediata para “padrões desviantes” da população. As propagandas não visam somente falar das características de um medicamento, mas vender uma ideia de restauração do

equilíbrio, prevenção de improdutividade e garantia de reintegração social, um agente constitucional do sujeito (Rodrigues, 2003).

Cabe salientar aqui o faturamento anual da indústria farmacêutica que, segundo o portal de ciência e tecnologia do portal da União, aponta números na casa dos R\$ 28 bilhões anuais, isso quando considerados o mercado nacional e todos os medicamentos. O faturamento dessa indústria, em se tratando de psicofármacos, segue como um grande segredo, visto que não existem dados disponíveis acerca dessas informações (Portal da União, s.d).

O funcionamento encaixa-se dentro de uma lógica de mercado, uma produção de saber no intuito de uma classificação da população, tendo o medicamento como o único elemento que pode dar conta de toda a complexidade da existência humana. O sofrimento reduzido a termos neuroquímicos nos distancia de nossa subjetividade, fazendo com que nos identifiquemos com diagnósticos pré-estabelecidos e justifiquemos incapacidades e fracassos (Rodrigues, 2003), deixando obscuros “nossa capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas individuais, os vínculos sociais” (Caponi, 2012, p. 119).

Pode-se dizer que em determinados casos o uso de medicamentos traz alguns benefícios à população, entretanto, esses medicamentos não podem servir para retirar do indivíduo suas experiências de constituição de subjetividade que é formada por conflitos, histórias e narrativas que vão muito além de processos biológicos. Esse processo deve ser também levado em conta ao se pensar a infância visto que cada vez mais esta é alvo de patologizações.

Um olhar sobre a infância medicalizada

Pensando-se o conceito de infância a partir de Ariés (1981), no que diz respeito principalmente a sua construção a partir do sec. XVII, pode-se dizer que um dos principais processos de sua subjetivação da infância se dá na escola, em um artifício de pedagogização, o que se pode constatar até os dias atuais. A escola como instituição é, assim como outras instituições totais, como diz Foucault (1983), um espaço de produção do saber em que vigora o dispositivo disciplinar. Para Moraes (2012), a família também tem um papel muito importante como uma ferramenta de poder disciplinador, principalmente pela vigilância sobre a criança e seus comportamentos e gestos, bem como o saber sobre a sexualidade.

Em relação à escola, o ensino na modernidade se dá por um processo de vigilância, que é parte de todas as relações existentes no espaço escolar, delimitando condutas que levam a uma padronização. O processo educativo teria por objetivos a construção para uma prática da subjetividade e da liberdade, porém o que se vê em muitos casos é a constituição de sujeitos incapazes de “romper” com determinadas estratégias de poder.

Dessa forma, o processo educativo se dá por um mecanismo de simples transmissão do conhecimento, em que o objetivo para o sujeito é meramente concluir todo o processo, sem que haja uma construção subjetiva. Para que isso ocorra, é necessário o confinamento dos corpos na instituição para o exercício do poder disciplinar.

Esse confinamento, desafiado já desde o séc. XV pelas “impertinências e perambulações” da criança pré-escolar, já gerava uma prática pedagógica de correção desse tipo de comportamento (Carrijo, 2007). Continua a autora que a narrativa de Ariés mostra a impaciência do adulto com a criança na modernidade, sendo que diversos estudos da época mostram que uma criança que escapa aos valores da razão “agride o princípio de liberdade do adulto... e se mostra difícil à ação educacional estritamente verbal” (Carrijo, 2007, p. 3).

Para Bercheire (2001), antes do século XIX a infância tem suas concepções geradas nas doutrinas pedagógicas e no início do século XX passa a ser pretendida pela psicologia e psiquiatria, apontando para um discurso medicalizante dos processos de aprendizagem e do desenvolvimento da criança. O saber médico tratará de desordens que possam tirar dessa criança a sua possibilidade de ser um adulto pleno, de modo que possa ser preparada sem entraves para o adestramento do seu corpo pelos dispositivos de poder. Isso abre um terreno fértil à produção do saber psiquiátrico sobre a infância de modo que sua subjetivação seja reduzida ao campo biológico.

Tudo o que escapa a essas normas será transformado em doença, a aprendizagem e o comportamento infantil são tidos como abstrativos que independem do sujeito. A vigilância sobre o cumprimento das normas que garantirão a saúde e o aprendizado de forma saudável possibilita a “criação” da doença do não aprender (Moysés, 2008).

Essa prática é legitimada por diversas áreas do saber que não dialogam com o contexto social e histórico do sujeito. Sua subjetivação é deixada de lado e essa vigilância de caráter disciplinador dos processos medicalizantes toma a forma de cuidado que busca promover a capacidade de atenção e limitar os excessos da criança (Carrijo, 2007).

Os novos tipos de saberes produzidos a partir de então, como neurociências, neuropsicologia e neuropediatria/psiquiatria, dão forças a estratégias de poder que têm o cérebro – o biológico – como o centro de todas as “mazelas” e sofrimentos do homem. Dispositivos que visam produzir já na criança, com a validação dos discursos médico-psicológicos pela pedagogia, um sentimento de não pertencimento, improdutividade e anormalidade, em um movimento de culpabilização do indivíduo (Guarido, 2007).

Isso vem desde o final do séc. XIX e começo do séc. XX, com a medicina tratando de delimitar os espaços escolares, posturas e formas de se fabricar o corpo infantil, com a “descoberta” de doenças que impedem o aprendizado, como a cegueira verbal congênita, lesão cerebral mínima, idiotia, entre outras, que classificarão as crianças principalmente como inaptas, ou com cérebros disfuncionais que refletirão na não aprendizagem (Moysés, 2008). Ainda de acordo com a autora,

Ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar, a medicina passa a atuar sobre esse ambiente segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem adequada, estende-se para o não-aprender. Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, médicas, cria as entidades nosológicas das *doenças do não-aprender-na-escola* e para elas propõe solução. Antecipando-se, prevê que os problemas irão ocorrer e se coloca como portadora das soluções (Moysés, 2008, p. 11, grifos da autora).

A escola não consegue sustentar seu modelo disciplinar somente pela pedagogização, necessita da interferência de outros mecanismos de poder normatizadores, estratégias biopolíticas como a medicalização, para cumprir seu papel como instituição, para isso o discurso psiquiátrico aparece como um “salvador” da instituição escolar.

Isso se reflete nos inúmeros transtornos da aprendizagem e outros especificamente voltados à produção subjetiva na infância, presentes no a-teórico (como este mesmo se propõe) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em suas quatro edições e que aumentam a cada nova edição. Além de um grande número de novos descritores, velhos transtornos vêm ganhando novas roupagens e limites mais elásticos para sua identificação, sem falar em um determinismo numeral acerca de indicadores. O TDAH, como se verá a seguir, é um exemplo desse processo, os critérios do manual para esse transtorno são tão repetitivos e amplos que, mesmo que uma criança escape de um, é facilmente enquadrada em outros.

TDAH e sua construção na escola, na psiquiatria moderna e na indústria farmacêutica

O Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade tem sua construção iniciada na década de 1950. É praticamente uma nova roupagem da Disfunção Cerebral Mínima, seus sintomas são organizados em três grupos: desatenção, hiperatividade e impulsividade (Moraes, 2012). Tornou-se muito conhecido na década de 1960 principalmente pela publicidade que recebeu e pelo controverso tratamento com metilfenidato (Ritalina), um psicotrópico da categoria das anfetaminas (Moraes, 2012), com um processo diagnóstico até hoje deveras controverso.

Seus descritores diagnósticos refletem principalmente no âmbito escolar, em que a criança passa, ou deveria passar, segundo as estratégias normatizadoras da modernidade, e perpassa pelo campo da aprendizagem, ou da não -aprendizagem como diz Moysés (2008). Isso acarreta, principalmente, na individualização dos “problemas” apresentados, um forte discurso que aponta para uma

incapacidade inata e biológica da criança de desfrutar de uma vida escolar e, conseqüentemente, de uma aprendizagem saudável, é a individualização no corpo.

Uma criança que se mostre agitada no ambiente escolar, aos olhos do educador, desinteressada, encaixa-se no cotidiano escolar de fazer um encaminhamento dessa criança a serviços especializados, com um diagnóstico prévio de TDAH dado pelo professor, que é incentivado pelo discurso médico e pela sociedade a essa prática (Sanches, 2010).

O diagnóstico do TDAH é controverso como apontam diversos estudos como os de Moysés (2008, 2011), Collares e Moysés (2007), Sanches (2010), Caponi (2009, 2012), Guarido (2007) entre outros, como órgãos nacionais ANVISA, CFP, e etc., principalmente por levar em consideração os preceitos apontados pelo DSM que enquadram alguns comportamentos em determinados descritores que levam em consideração fatores biológicos, por meio de um sistema com tendência a biologizar o sofrimento humano. Outra controvérsia existente é em relação ao tratamento dispensado ao TDAH, o qual é predominantemente medicamentoso, levando em consideração apenas a taxa de dispensa dopaminérgica no indivíduo.

Soma-se a isso uma gama de interpretações equivocadas de inúmeros estudos científicos que visam dar uma base biológica ao TDAH, à dislexia e a outros transtornos de aprendizagem na infância. Um estudo de Gonon, Bezard e Boraud (2011) acerca dos equívocos de interpretações desses estudos e de como isso se reflete na mídia mostra que existe uma premissa de se supervalorizar resultados que favorecem uma base biológica nos próprios artigos em revistas especializadas e que isso reflete na mídia em geral de forma muito maior. Cria-se, a partir daí, um saber que legitima o discurso médico psiquiátrico acerca da necessidade de um tratamento medicamentoso.

Isso posto, o impacto de interpretações equivocadas faz surgir na sociedade certa esperança de cura, já que uma dificuldade de aprendizagem, posta como uma doença tratável, alivia os corações dos pais e tira a responsabilidade da escola na formação do sujeito, culpabilizando-o. A produção de um fracasso escolar deixa de ter um caráter multifacetado e passa a ter um único sentido biológico.

A crescente incursão do saber médico na escolarização fez multiplicar os diagnósticos de transtornos relacionados à aprendizagem. Dados mais recentes do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), datados de 2013, apontam um crescimento de 75% no consumo de metilfenidato (Ritalina) entre os anos de 2009 e 2011 entre crianças de seis a 16 anos. Em 2011 foram comercializadas 1.212.850 caixas do medicamento, já em 2009, 557.588 caixas. Se se considerar a comparação entre 2001 e 2011, esse crescimento passa de 1.600% (Correia Filho & Oliveira, 2011). Esses dados colocam o Brasil como o segundo maior consumidor de medicamento no mundo, ficando atrás somente dos EUA.

A coordenadora do SNGPC, Márcia Gonçalves, afirma que o controle pode ajudar a identificar casos de abuso de prescrição e consumo do medicamento e chama a atenção para o fato de que esse consumo cai consideravelmente durante o período de férias escolares e até mesmo finais de semanas, e que uma das recomendações da administração do medicamento é a diminuição da dosagem nesses períodos (ANVISA, 2013).

O estudo de Moysés (2008) aponta que o metilfenidato, fabricado pelos laboratórios Norvatis e Janssen-Cilag sob os nomes Ritalina e Concerta, respectivamente, ainda não foi exaustivamente testado e que há muitas controvérsias quanto a sua função e eficácia no organismo. A própria bula aponta que sua ação ainda não foi completamente elucidada e muito além descreve inúmeras reações adversas como insônia, cefaleia, psicoses, pensamentos suicidas que pedem a imediata interrupção do tratamento. Por se tratar de anfetamina, pode causar dependência, segundo os laboratórios (Ritalina, 2013).

Mostra-se questionável que um tratamento com um psicofármaco tão poderoso deva ser reduzido em determinados períodos como férias e finais de semana, ademais, ainda segundo a bula do medicamento, uma das contra-indicações é para pessoas agitadas. Ora, pôde-se ver que a maior parte do diagnóstico se dá por encaminhamentos escolares justamente com esse “sintoma”.

Segundo Moysés (2011), em sua entrevista para a revista Carta Capital, uma das ferramentas diagnósticas do TDAH, o SNAP IV trata-se de um questionário que tem por critério a norma social, e não a doença, e que a incidência maior em pelo menos seis das 18 questões insere o indivíduo no

diagnóstico de TDAH. Questiona a pesquisadora como, a partir de um questionário de cunho social, pode ser identificada uma doença neurológica.

É importante salientar que, dados os apontamentos, a estratégia biopolítica da indústria farmacêutica encontra grande eficiência nas relações poder-saber. Esta auxilia na divulgação de novas doenças por meio não só de mídias especializadas e em geral, mas também de financiamento de profissionais, palestras, encontros, programas e parcerias, inclusive no meio acadêmico, financiando pesquisas de seu interesse (Moraes, 2012).

Todo esse processo medicalizante, que se dá por meio de diversas estratégias de um poder normalizador, que individualiza e naturaliza as dificuldades de aprendizado, trilha um caminho que vai muito além de intervenção no corpo biológico. Monta-se um artifício de higienização e padronização tal que a naturalização desses processos começa a justificar a medicalização de crianças com dificuldades escolares, principalmente por serem de camadas mais pobres da sociedade, visto o menor aproveitamento escolar em instituições públicas de ensino fundamental e médio.

Os processos políticos e sociais em torno de tais questões são desconsiderados, pois a medicação se mostra eficaz aos olhos da população, e até mesmo de governantes, no combate à precariedade da educação. Quer dizer, o que reflete na mídia das considerações equivocadas em estudos dos transtornos de aprendizagem, como apontado anteriormente, rebate no discurso normatizador, efetivando a individualização, tirando o foco mais abrangente dos processos de constituição subjetiva e social.

Não à toa vê-se crescer o número de projetos de lei – temos aqui a norma operando para legislar sobre as doenças – nas casas legislativas das federações e da União no intuito de legitimar diagnósticos de TDAH e outros processos de não aprendizagem, por parte dos professores da rede de ensino no país, bem como cursos de capacitação para trabalhadores da área da educação aprenderem a diagnosticar esses transtornos (Sanches, 2010).

As produções dos discursos do saber-poder vão diminuindo as possibilidades de subjetivação e regem e normatizam a vida em um movimento construído historicamente. Vale, para tal, a tentativa de anulação de possíveis riscos que podem incorrer na sociedade e no sujeito, diagnosticá-lo e tratá-lo “com medicamentos que garantem pelo menos, a sua inserção normal na sociedade produtiva, cuja justificativa de controle encontra-se inscrita sob o nome de TDAH” (Moraes, 2012).

Considerações finais

O que pôde ser observado é que os processos medicalizantes fazem parte de uma estratégia de poder que delimitam o sujeito, normalizam-no. A lógica de consumo da sociedade atual faz com que o indivíduo sinta a necessidade de estabelecer-se em um lugar, em uma norma difícil de ser questionada, uma vez que este é, de certa forma, bombardeado pelos diversos saberes, atores, inclusive por si mesmo a fazer parte de um padrão e, muito além, de buscar dentro disso, eternamente, a felicidade e principalmente uma vida sem sofrimentos.

Também, no universo infantil, ocorrem uma culpabilização, uma individualização do sofrimento ou de dificuldades na aprendizagem. Com isso se exerce um movimento no sentido de não se olhar tudo que está à volta dessas produções, as condições de vida da sociedade, seus direcionamentos sociais, históricos e políticos.

Pôde-se identificar que a patologização e a biologização revelam o ideal implícito de ser social contemporâneo que a medicina e a psiquiatria contribuem em fabricar: uma caricatura de pessoas perfeitas para a sociedade capitalista: produtivas, auto-centradas e envolvidas para consumir.

Por fim, faz-se necessário ampliar o debate acerca de todo um processo construído historicamente, para que a sociedade possa sair de um estado de sobrevivência para um de vivência.

Referências

- Anvisa (2012). *Boletim de Fármacoepidemiologia do SNGPC*, ano 2, n. 2. Brasília.
- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado em 01 de setembro, de 2015, de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In O. Cirino (Org) *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. (pp. 127-144). Belo Horizonte: Autêntica.
- Both, V. (2008). *O biopoder e o discurso dos direitos humanos: um estudo a partir de Michel Foucault*. Dissertação de Mestrado em Filosofia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo Recuperado em 19 de julho, de 2015, de http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/FILOSOFIA/Dissertacoes/Valdevir_Both.pdf.
- Camargo Jr., K. R. (2010). A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. In S. Caponi S., M. Verdi, F. S. Brzozowski, & F. Hellmann (Orgs.), *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica* (pp. 36-48). Palhoça: Unisul.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, 19(2), 529-549.
- Caponi, S. (2012). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *Revista Interthesis*, 9(2), 101-122. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2012v9n2p101>.
- Carrijo, A. (2007). Da pedagogização à medicalização: a construção social da infância pela representação do "cuidado". *Palestra proferida no XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (2007). Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.), *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?* (pp 153-168). Rio de Janeiro: CRP-RJ. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://www.crpj.org.br/publicacoes/livros/direitoshumanos.pdf>.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society on the transformation of human conditions in treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Correia Filho, J. & Oliveira, C. (2011). Quem precisa de remédio? *Revista do Brasil*, 64. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/64/saude>.
- Foucault, M. (1978). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1983). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2004). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Gaudenzi, P. & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40).
- Gonon, F., Bezard, E., & Boraud, T. (2011). Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One Online Journal*, 1(24). Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0014618>.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Illich, I. (1975). *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Machado, L. V. & Lessa, P. S. (2012). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. *Psicologia & Sociedade*, 3(24), 741-743.
- Moraes, R. B. S. (2012). *“...como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizadora*. Tese de Doutorado em Administração Pública e Governo: Governo e Sociedade Civil em Contexto Subnacional, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://bibliotecadigital.fgv.br>.
- Moysés, M. A. A. (2008). A medicalização da educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. *Palestra proferida na 31ª Reunião Anual da Anped*. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20maria%20aparecida%20affonso%20moyses%20-%20participante.pdf.
- Moysés, M. A. A. (2011, 20 de fevereiro). A droga da obediência. (Entrevista a Lívia Perozim). *Revista Carta Capital*. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://www.cartacapital.com.br/carta-fundamental/a-droga-da-obediencia/>.
- Nogueira, R. P. (2003). A segunda crítica social da Saúde de Illich. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 185-190.
- Portal da União. Indústria Farmacêutica (s.d). *Portal ciência e tecnologia: tecnologia em saúde*. Recuperado de <http://www.brasil.gov.br/sobre/ciencia-e-tecnologia/tecnologia-em-saude>

- Ritalina: *Cloridato de Metilfenidato*. (2013). São Paulo: Norvatis. Bula de remédio.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-22.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487007> Acesso em 19 de julho de 2015.
- Sanches, V. N. L. (2010). *Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado em 19 de julho, de 2015, de <http://www.bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2422>.
- Toledo, R. (2008). Imaging Attention Deficit with Hyperactivity Disorder: How Visual Hermeneutics can Shed Light on an Inter-Disciplinary Controversy. *The international journal of technology, knowledge and society*, 4(1), 169-176.

Recebido em 27/07/15

Aceito em 08/12/15

Rodrigo Ramires Ferreira: Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá