

4

A medicalização e a patologização da vida na escola

Se nas sociedades da disciplina, até meados do século XVIII, as tecnologias da vigilância, do exame, do treinamento e a docilização dos corpos tomados em sua individualidade se conjugaram com o dispositivo da aliança família-escola para controlar as multiplicidades, constituindo, como vimos, a “primeira tomada de poder sobre o corpo”; se nas sociedades regidas pela biopolítica e pelo biopoder, desde o final do século XVIII, nas quais a norma veio substituir a lei, o controle da multiplicidade dos corpos vai se aplicar sobre as populações como massa global; a patologização e a medicalização do mal-estar na escola seriam, então, na atualidade, expressões de práticas da sociedade de controle sobre crianças e jovens?

As crianças e os jovens “inquietos”, “hiperativos”, “desatentos”, “impulsivos”, “desafiadores”; os professores “deprimidos”, “esgotados”, “demissionários de sua função”; as famílias com seus referenciais abalados pelas mudanças que vêm ocorrendo em sua estrutura; enfim, esse conjunto de situações que hoje se apresentam como expressões do mal-estar, estariam sendo alvos de tecnologias de controle?

Com o propósito de iniciarmos uma primeira aproximação com o contexto em que crianças e jovens são medicalizadas e têm seu comportamento patologizado nas instituições escolares apresentamos a seguir, o relato de uma situação, em que nos encontrávamos como observadores, numa palestra oferecida por um psiquiatra e neurologista a um grupo de professores de uma escola.

Esta escola, tal como a que abre o primeiro capítulo, também se localiza no Rio de Janeiro. Só que agora não estamos em 1840, mas em 2006. E não no espaço da ficção, mas na realidade social concreta.

A palestra foi proferida por um psiquiatra e neurologista carioca, a um grupo de professores de ensino fundamental e médio, numa escola pública, sobre a patologia denominada *transtorno do déficit de atenção com hiperatividade*, que é o objeto de sua pesquisa. Constatamos um alto grau de aceitação acrítica pelos ouvintes do enfoque adaptativo e biologizante conferido ao assunto pelo referido pesquisador. E igualmente o quão perigoso pode se tornar para as crianças e jovens “diagnosticados” correta ou incorretamente, como portadores dessa

“doença”, a medicalização de questões que extrapolam o âmbito deste enfoque reducionista, que a psiquiatria biológica produz.

Embora se tratasse, neste caso, de um profissional com boa formação e com um discurso bem fundamentado no que diz respeito ao tema de sua palestra, as marcas da psiquiatria biológica, hegemônica desde os anos 1980, na universidade, na mídia e em ascensão crescente nos meios escolares, ficaram patentes. Acrescente-se a isto, um deliberado achincalhamento da psicanálise como recurso terapêutico (como se existisse uma única psicanálise, harmônica e sem linhas conflitantes), assim como a desvalorização de outras formas de terapêuticas disponíveis para a “doença” em questão. Indiretamente, a pontaria também se voltou para a psiquiatria dissidente da hegemônica, mascarando em todas estas estratégias discursivas, as relações de força que, quando tornadas visíveis, podem lançar luz sobre as relações entre saber e poder e a produção de verdades.

Estamos aqui diante do que Michel Foucault identificou como uma prática de normalização. Este conceito abarca os poderes e os mecanismos de vigilância presentes em diferentes instituições (psiquiátricas, psicológicas, pedagógicas, etc.). A criação de padrões de normalidade e o emprego das conseqüentes categorias psicopatológicas constituem um arsenal de dispositivos de normalização que têm como função administrar a existência das pessoas seja no nível das populações, seja no nível da existência individual. (Voltaremos a este tema mais adiante).

Vejamos, então, alguma das afirmações do palestrante. Nosso objetivo não é tomá-lo em si como alvo de nossa crítica, porém considerar sua atuação como um exemplar da tendência que vem dominando a administração da vida subjetiva de crianças e jovens na escola e que também atua na integração, segundo este viés medicalizante, entre a escola e a família, fechando, assim, uma espécie de cerco: uma rede, onde divergências acabam convergindo para um certo consenso, orquestrado pelo discurso competente da neurologia e da psiquiatria biológica.¹⁰

Voltando, então, à apresentação do que observamos, o palestrante tinha como objetivo expor os resultados de seus estudos, pesquisas e procedimentos clínicos no campo do *transtorno do déficit de atenção com hiperatividade* em

¹⁰Discutiremos mais adiante, ainda neste capítulo, a sustentação que a biologia pode dar à psiquiatria.

diferentes estratos etários, o que foi realizado segundo as normas acadêmicas e científicas tradicionais: apresentação de estudos estatísticos baseados em coletas de dados realizadas por diferentes pesquisadores em diversas populações, utilização de referências bibliográficas atualizadas, apresentação de sua prática clínico-teórica, etc.¹¹

Relataremos, a seguir, alguns trechos desta palestra como questões que foram apresentadas ora como ilustração para alguma afirmação teórica sobre o *transtorno do déficit de atenção com hiperatividade* (TDA/H), ora como comentário anedótico sobre questões paralelas ao tema, na exposição deste palestrante.

Definido como doença dimensional em oposição às doenças categóricas (AIDS, diabetes, etc.), foi afirmado que o TDA/H não tem cura, ainda que a medicação possa ser suspensa em alguns casos, e que somente a própria experiência da suspensão, acompanhada e observada em seus efeitos, pode produzir uma decisão conclusiva.

Dentre as questões que destacamos da apresentação do palestrante, enfatizaremos a rede que se estabelece entre as diferentes instâncias da escola (professores, psicopedagogos, psicólogos, etc), os familiares da criança ou do jovem diagnosticados como possuidores do transtorno e os profissionais que atuam paralelamente ao psiquiatra (psicoterapeutas, psicopedagogos, fonoaudiólogos, etc.). Sem dúvida, todos estes atuam, em menor ou maior grau, regidos pelo papel dominante do psiquiatra, nesta conjugação de papéis. Em vez de a criança ser ouvida, extrai-se dela, por meio de dispositivos disciplinares e de controle, pedagógicos, psicológicos e médico-psiquiátricos, um saber que vai contribuir para a constituição de um poder-saber sobre ela.

Em nenhum momento a fala das crianças e dos jovens foi citada, de modo que esta pudesse emergir em sua legitimidade, tornando, desse modo, possível apontar ou tornar visíveis as inconsistências nos discursos que sobre eles são projetados e através dos quais são mais falados do que falam.

¹¹Não estamos negando a importância dos conhecimentos produzidos e desenvolvidos pela biologia, pela genética, pela neurobiologia etc. para a diminuição do sofrimento ou para a cura de doenças que geram sofrimento e diminuem a potência da vida. Igualmente, não estamos sugerindo que não existem pessoas doentes ou que as doenças reais não existem. O que visamos enfatizar é como o discurso científico, especialmente no viés do naturalismo cientificista, apresenta-se como norma e forma de controle e como estes operam na questão das relações de poder e na questão da resistência ao poder.

Em casos citados pelo palestrante podemos observar a hegemonia do discurso da psiquiatria biológica como neste: certa vez, uma profissional da escola em que a cliente do palestrante estuda ligou-lhe solicitando que aumentasse a dose de medicação para a menina, pois a partir das onze horas da manhã ela “voltava a ser irrequieta”.

No relato de mais um caso, o palestrante contou que uma psicopedagoga ligou para lhe dizer que estava enfrentando o seguinte dilema: o palestrante havia dito aos familiares de um cliente e aluno da escola, onde esta psicopedagoga trabalhava, que o jovem não poderia fazer exames escritos por causa de um quadro de dislexia. E a mãe do aluno estava brigando com a direção da escola pela concessão desse direito a seu filho, impossível de ser concedido, segundo a direção. A psicopedagoga, segundo o palestrante, ficou ansiosa e ligou para este, pois “não sabia o que fazer”.

O palestrante acrescentou ainda a seguinte informação: há “sintomas” que podem ser confundidos com o TDA/H, como por exemplo, o *transtorno desafiador de oposição*. Salta aos olhos o teor ideológico dessa categoria e o quanto ela também parece estar servindo às práticas de controle

Estaríamos, assim, sujeitos ao enfoque central e centralizador da psiquiatria biológica para a consideração do sofrimento que aparece na escola? Seria este um aspecto da sociedade de controle? Estaríamos assistindo à continuidade da psiquiatrização da infância que se estabeleceu, como mostra Foucault (2006), já no século XX? A psiquiatria biológica, hegemônica atualmente, estaria se apoiando na escola, ambas instâncias de práticas disciplinares e de controle, para constituir uma rede de saber-poder? O crescente diagnóstico de transtornos de déficit de atenção, com ou sem hiperatividade, assim como outras “doenças” que emergem no ambiente escolar seriam a continuidade do movimento de constituição do saber e das práticas psiquiátricas voltadas para a infância? Estas práticas disciplinares e de controle estariam, na contemporaneidade, mais diversificadas pela criação e inserção de novas tecnologias de poder, cada vez mais sofisticadas, no tecido social, especialmente na escola?

4.1 A constituição do poder psiquiátrico

Ao analisar a constituição do poder psiquiátrico, Foucault (2006) aponta para uma prática de poder que ele situa no nascente espaço asilar, para onde os loucos são remetidos. Esta prática é conduzida pelo médico e seus auxiliares (o corpo de vigilantes, serventes, etc., que compõem a maquinaria asilar) como uma batalha a ser travada contra as forças que a loucura põe em circulação, forças que ela desencadeia.

Enquanto até o final do século XVIII a loucura foi concebida como expressão do erro ou do engano, como desvio da razão produzido pelos sentidos, em oposição à crença verdadeira que, salvaguardada pelo discernimento médico servia como parâmetro para sua definição (Foucault, 2008b), a partir destas novas relações de poder que Foucault apresenta e desenvolve em sua obra *O Poder Psiquiátrico* (2006) teremos o seguinte quadro: o médico, auxiliado por vigilantes e serventes, vai atuar sobre as forças físicas (o louco furioso), as forças das paixões sem limite (a mania sem delírio), as forças que abalam as ideias e as tornam incoerentes (a mania) e a força que se aplica a uma ideia particular e que se inscreve obstinadamente no comportamento (a melancolia, a monomania). Assim, a cura da loucura vai decorrer de táticas do médico e do asilo, que objetivarão ajustar-se à caracterização, à localização e ao domínio destas forças e do seu desenvolvimento aplicando-lhes certos dispositivos (FOUCAULT, 2006, p. 3-11).

O doente deveria, nesta perspectiva, ser subjugado e domado, expedientes propostos para esta terapêutica. Ela deve ser realizada como ortopedia moral que tem na figura física do médico e seus auxiliares um fator fundamental. As qualidades físicas do corpo do médico representam a dissimetria das forças que, na batalha a ser travada, são a condição da operação de cura. É nas obras produzidas por psiquiatras, no início do século XVIII, que Foucault colhe a descrição de como deve ser o corpo do médico para a eficácia desta terapêutica asilar. No *Traité du delire, applique à la morale et à la législation*, de 1817, escrito por F. E. Fodéré, aparece a seguinte descrição, de acordo com Foucault :

“Um belo físico, isto é, um físico nobre e másculo, talvez seja, em geral, uma das primeiras condições para ter sucesso na nossa profissão; ele é indispensável em contato com os loucos, para se impor. Cabelos

castanhos ou branqueados, membros e um peito que anunciam força e saúde, traços salientes, uma voz forte e expressiva: são essas as formas que produzem em geral um grande efeito sobre indivíduos que se creem acima de todos os outros”.

(Foucault, 2006, p.6)

Mas não é somente o médico que deve ser dotado de força física e moral. Os vigilantes e os serventes compõem junto com aquele a rede de poder que vai se estender no asilo. Os vigilantes serão o olhar não científico através do qual o olhar científico do psiquiatra vai se aplicar sobre os doentes. Na mesma obra de Fodéré, lemos com Foucault a descrição de como devem ser:

“Há que exigir num vigilante de insensatos uma estatura de corpo bem proporcionada, músculos cheios de força e vigor, uma postura altiva e intrépida, se for o caso, uma voz cujo tom seja fulminante, quando necessário; além disso, ele deve ser de uma probidade severa, ter costumes puros, uma firmeza compatível com formas doces e persuasivas [...] e uma docilidade absoluta às ordens do médico”.

(Foucault, 2006, p.7)

Além do médico e do vigilante há outros intermediários nessa rede de poder, dentre os quais Foucault destaca os serventes. Também submetidos ao poder que percorre o asilo desde o poder médico até seu último nível, que eles ocupam, estes últimos estão tanto a serviço dos vigilantes quanto dos doentes. Sua função de servir aos doentes é, na verdade, um simulacro, pois, embora pareçam estar lhes obedecendo, estão, na verdade, observando seu comportamento. Os serventes os manipulam e são depositários de um tipo de saber contidos em sua observação, cujo relato deverá ser feito aos vigilantes, que por sua vez o transmitirão ao médico. Os serventes, além de possuírem as mesmas qualidades de força física e compleição dos vigilantes, devem ser inteligentes. E quando receberem dos doentes ordens que não podem ser cumpridas, embora mantendo o doente na crença de que estão a seu serviço, devem convencê-los do contrário, justificando esta sua atitude com a autoridade anônima do regulamento ou apontando a vontade singular do médico (Foucault, 2006, p.7-8).

Neste modo de o poder operar sobre a loucura Foucault aponta as nascentes formas disciplinares do poder microfísico, que vão constituir o modo de funcionar de instituições como o exército, o hospital e a escola, como mostramos no primeiro capítulo, e que se aplicam no corpo.

Neste momento da constituição da psiquiatria, no primeiro terço do século XIX, convivem uma força física e uma força imaterial que conjugadas alicerçam a prática terapêutica que descrevemos. Compreendemos, com Foucault, que este é o momento em que esta prática assume uma forma protodisciplinar, protopanóptica que vai se desenvolver como tecnologia disciplinar presente e constitutiva de várias instituições sociais que produzirão o indivíduo com seu corpo dócil e útil.

Porém é de uma cena mais complexa, descrita no *Tratado médico-filosófico* de Pinel, do início do século XIX, que Foucault extrai as formas de proceder desta terapêutica que a psiquiatria inaugura. Trata-se, como consta no tratado, de um jovem que acreditava que sua salvação estaria assegurada se seu comportamento imitasse as abstinências dos anacoretas, rejeitando todos os prazeres do corpo e a alimentação. Ante o recrudescimento de sua recusa a se alimentar e apresentando-se certo dia à porta de sua cela de modo a assustar os serventes, estes últimos,

“armados com fortes correntes, que agitam ruidosamente, põem uma sopa junto do alienado a dão-lhe a ordem mais clara de tomá-la durante a noite, se não quiser sofrer os mais cruéis tratamentos; retiram-se e deixam-no no mais penoso estado de flutuação, entre a ideia da punição que o ameaça e a perspectiva apavorante dos tormentos da outra vida. Após um combate interior de várias horas, a primeira ideia prevalece e ele se determina a ingerir sua alimentação. Submetem-no depois disso a um regime destinado a restaurá-lo; o sono e as forças retornam gradativamente, assim como o uso da razão, e ele escapa desse modo a uma morte certa. Foi durante a sua convalescença que ele me confessou suas agitações cruéis e suas perplexidades durante aquela noite de sua provação”.

(Foucault, 2006, p.13-14)

Este tratamento que opera pelo enfrentamento e pela subjugação das forças exercidos pelo vigilante e pelos serventes, como representantes do médico, contém uma morfologia geral que Foucault distingue da forma como a medicina clínica da mesma época vinha se constituindo. Esta última buscava se inscrever no domínio de um discurso científico fundando-se no modelo de produção de verdade segundo o paradigma da observação e da objetividade. Segundo Foucault, embora a psiquiatria esteja, neste primeiro terço do século XIX, vinculando-se à medicina, já que são médicos em ambientes com estatuto médico que compõem o quadro asilar, sua forma de operar não se inscreve no movimento de cientificação que caracteriza a medicina da época. Dentre as formas de operação terapêutica

que a psiquiatria deste período realiza, Foucault destaca: 1) a ausência de um trabalho diagnóstico ou nosográfico fundado no reconhecimento das causas da loucura, como um discurso de verdade (ao contrário da medicina da época); 2) a intervenção da psiquiatria não se dá por meio da aplicação de um medicamento para sanar um processo ou comportamento patológico, mas por meio de um embate entre dois pólos: o médico e seus representantes (o vigilante, o servente), por um lado, e o doente, por outro; 3) este embate é uma relação de força que suscita um conflito entre a ideia fixa que o doente manifesta e o medo de ser punido pelas ameaças proferidas pelos serventes e cujo desfecho é a vitória da ideia (expressa no exemplo acima na ordem para tomar a sopa) e da vontade do médico sobre a vontade do doente; 4) a produção de uma verdade pelo doente, quando este reconhece o erro de sua crença para alcançar a salvação e confessa ao médico os tormentos pelos quais passou neste processo de cura; 5) o processo de cura se produz no momento da confissão que, por sua vez, reconstitui um saber médico que, desse modo, produz uma verdade (Foucault, 2006, p. 14-15).

Esta ordem que caracteriza o cenário do asilo propiciará a constituição de um saber-psi apoiado nesta distribuição regulada dos corpos, dos gestos, dos comportamentos, dos discursos. Este saber, nesta etapa de sua constituição, desenvolverá a par daquela distribuição regulada um esquema perceptivo que só é possível no interior deste contexto de regulação do corpo, do comportamento, dos discursos.

Outro aspecto deste cenário, os procedimentos de cura do louco são mais uma questão de ordem e de força do que de saber codificado e de cura apoiado numa experiência clínica ou numa terapêutica. A cura não resulta de conhecimento de causas da doença, mas do domínio de forças. Num primeiro momento, são as forças físicas que devem ser dominadas, para, numa segunda etapa deste dispositivo, instaurar-se o tratamento moral. Este último constitui-se como um combate no âmbito das ideias, em que o castigo deverá eliminar o delírio. Estando o louco assim submetido, física e moralmente, pode emergir a verdade.

Foucault vai, ainda, afirmar que a prática psiquiátrica que se funda na manipulação dos doentes que são administrados por estas relações de poder protodisciplinar representam a queda do poder soberano e a ascensão deste poder anônimo: o poder disciplinar. Neste sentido, cita um texto de Pinel contido no

Tratado médico-filosófico, que circulou na França no início do século XIX. Trata-se do tratamento do rei Jorge III, da Inglaterra, que se deu no final do século XVIII. Neste texto, Foucault aponta para a destituição do poder soberano na experiência do tratamento que é dispensado a este rei para que lhe seja curada a loucura. Neste relato, a cura do rei se realiza sob a forma de uma terapêutica que, destituindo-o de seu poder soberano, instaura o poder anônimo disciplinar. O relato da cura deste soberano constitui-se na formulação do gesto fundacional da psiquiatria.

Em síntese, a descrição que Philippe Pinel faz do tratamento dispensado ao rei Jorge III, pelo alienista sir Francis Willis, no final do século XVIII, é a seguinte. Tendo entrado em mania, o monarca terá sua cura dirigida pelo médico. Afastado do “aparelho da realeza” que assim se desvanece, e afastado de sua família e de tudo que o rodeia, o monarca é isolado e encerrado sozinho em um quarto de um palácio distante dos seus arredores familiares. O quarto tem suas paredes forradas com colchões para que não se fira, mas que também o isolam do mundo da realeza e do mundo em geral. O médico lhe declara que doravante deve ser dócil e submisso, pois foi destituído de sua soberania. Dois de seus antigos pajens, cuja compleição física é hercúlea, são encarregados de lhe prestar os serviços que sua condição de doente exige, porém devem também convencer o monarca de que este lhes deve obediência, evidenciando para o rei sua inferioridade física frente à força física dos pajens. Prosseguindo o relato, Pinel diz que:

“Um dia, o alienado, em seu feroso delírio, recebe duramente seu ex-médico que o vem visitar, e o cobre de dejetos e imundices. Um dos pajens entra imediatamente no quarto sem dizer nada, agarra pela cintura o delirante, também reduzido a um estado de sujeira repugnante, derruba-o numa pilha de colchões, despe-o, limpa-o com uma esponja, troca suas roupas e, olhando para ele com altivez, afasta-o logo em seguida e volta para o seu lugar. Lições assim, repetidas a intervalos durante alguns meses e secundadas por outros meios de tratamento, produziram uma cura sólida e sem recaída”.

(Pinel, Ph., *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la Manie*, apud Foucault, 2006, p.26)

Assim, o médico opera a destituição do poder deste soberano, colocando-o sob isolamento em relação ao mundo exterior, encerrando seu corpo num espaço onde sua realeza não pode mais ser objeto de contemplação por parte de seus

súditos. O rei perde o poder não para um outro soberano, mas o perde para um poder anônimo repartido entre diferentes pessoas, mudo, que se exerce por um regulamento não formulado: o poder da disciplina.

O poder disciplinar, que destitui o poder soberano, é um poder que “funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, se exerce” (FOUCAULT, 2006, P.28).

Nesta análise, Foucault procura mostrar que para se compreender o modo como a psiquiatria se constituiu é necessário extrair dessa “cenas psiquiátricas” os jogos de verdade e do poder que antecedem sua organização institucional. É portanto nesta batalha contra as forças da loucura, nesta construção de uma microfísica do poder psiquiátrico que pode-se encontrar os elementos de compreensão para uma história da psiquiatria, em cujo desenvolvimento as práticas disciplinares vão ocupar um lugar proeminente e instaurador de seus elementos nucleares.

Estas “cenas psiquiátricas” ou “cenas de cura”, especialmente a de cura do rei Jorge III da Inglaterra, estão na base do desenvolvimento e da transformação dos campos do conhecimento psi. A condição histórica da formação dos saberes psi são os dispositivos disciplinares. Seus desdobramentos podem ser compreendidos segundo uma tipologia cronológica:

“a) as cenas da protopsiquiatria (final do século XVIII e as primeiras décadas do século XIX); b) as cenas de “tratamento moral” (1840 – 1870); c) as cenas de cura com a descoberta da hipnose e a análise da histeria; d) as cenas psicanalíticas; e) as cenas da antipsiquiatria.” (Castro, 2009, p.351)

4.1.1 A produção de desviantes da norma

Assim como apontamos para a constituição da criança-aluno e da Pedagogia como resultantes do funcionamento do poder disciplinar, do mesmo modo, a criação da criança inassimilável ao sistema educacional, da criança que terá seu comportamento e suas dificuldades no ambiente escolar medicalizados e patologizados como um dos aspectos da psiquiatrização da sociedade, tem também sua origem na disciplinarização que caracteriza este mecanismo de controle social.

Ao deslocar o poder soberano de sua centralidade, o poder disciplinar realiza uma “apropriação exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo” (Foucault, 2006, p. 59). Esta apropriação, este controle contínuo do corpo, ocorre sob vigilância constante de alguém. Esta vigilância visa conduzir o corpo ao hábito, de modo que este substitua e desloque a vigilância para uma condição virtual. A vigilância é introjetada e torna-se uma disposição do sujeito. A gênese deste hábito situa-se neste ponto de invisibilidade que vai disseminar a disciplina fazendo funcionar a maquinaria disciplinar fundada nos exercícios progressivos, graduais, detalhados ao longo de um tempo também hierarquizado. Portanto, este poder, ao mesmo tempo que busca se tornar invisível e auto-regulado para melhor exercer sua eficácia, está sempre dirigindo sua aplicação para um estado terminal de adaptação ótima à disciplina.

O poder disciplinar se caracteriza, ainda, pela busca da onivisibilidade sobre a escala hierarquizada de sua maquinaria. Para que o corpo individualizado possa estar sujeito ao controle disciplinar cada vez mais estrito vão se construir registros escritos sobre tudo o que possa se tornar conhecimento codificado sobre o corpo: seus comportamentos, discursos etc. A escrita garante o alcance global e contínuo do poder disciplinar. Foucault afirma que a partir dos séculos XVII – XVIII encontra-se uma crescente produção de registros, de codificações sobre os corpos e os comportamentos, seja no exército, seja nas escolas e nos centros de aprendizagem, no sistema policial ou judiciário. Estes registros vão compor um conjunto de informações sobre os indivíduos de modo que esta visibilidade que o sistema disciplinar produz sobre os corpos possa assegurar o funcionamento de sua maquinaria. A hierarquia em que este sistema opera vai ter nessa escrita sobre o corpo a condição para o controle cada vez maior do processo disciplinar e também para a possibilidade de intervir no sentido de conter as virtualidades que possam se tornar realidades. Na medida em que esta escrita sobre o corpo ganha densidade e profundidade, esta intervenção pode ser prévia, antes mesmo de alguma manifestação de desvio, por meio, então, de procedimentos que se tornam cada vez mais usuais: a vigilância e a prática de recompensas e punições (p. 61-64). Este é o caráter panóptico do poder disciplinar (p. 65).

O dispositivo disciplinar é isotópico. Seus elementos constituem um quadro hierárquico unitário que os subordina num superordenamento (Foucault,

2006, p. 65). Os deslocamentos são neste dispositivo o efeito de um movimento regulado pelo exame, pelo concurso¹².

A isotopia prescrita nos diferentes sistemas disciplinares faz com que se possa passar de um sistema para outro. A isotopia articula a escola, o exército, o hospital, a fábrica, de modo que, como apontou Deleuze, podemos transitar de uma para outra destas instituições disciplinares, interminavelmente (Deleuze, 1992, p. 219 – 222). A isotopia também implica a produção do inclassificável, do resíduo, do desvio como excesso que não consegue ser absorvido pelo sistema de vigilância e de distribuição de forças que a disciplinarização opera.

Na clara formulação de Foucault, é nas margens do poder disciplinar que surgem seus resíduos:

“é a partir do momento em que há disciplina escolar que vocês veem aparecer algo como o débil mental. O irreduzível à disciplina escolar só pode existir em relação a essa disciplina; aquele que não aprende a ler e a escrever só pode aparecer como problema, como limite, a partir do momento em que a escola segue o esquema disciplinar. Do mesmo modo, quando é que apareceu essa categoria que chamamos de delinquentes? Os delinquentes são infratores – é verdade que toda lei tem como correlato a existência de infratores que violam a lei –, mas o delinqüente como grupo inassimilável, como grupo irreduzível, só pode aparecer a partir do momento em que existe uma disciplina policial em relação à qual ele emerge. Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas numa sociedade”

(FOUCAULT, 2006, p. 67)

Estes resíduos do poder disciplinar, como resultantes necessários de seu funcionamento, vão produzir, numa progressão ao infinito, uma série de sistemas disciplinares suplementares destinados à “recuperação” dos desviantes da norma. O poder disciplinar separa e isola certo número de indivíduos que resistem à disciplinarização para neles aplicar tecnologias disciplinares que se desdobram à medida em que de cada grupo destacado pode surgir um novo grupo que resiste àquela disciplina específica. Os sistemas disciplinares funcionam no sentido de restabelecer a regra disciplinar. Assim, dentre as crianças e jovens isolam-se na escola grupos com tal ou tal “dificuldade”, que por sua vez podem apresentar outras “dificuldades”, para os quais se criará um novo dispositivo para o restabelecimento da regra disciplinar e para sua inclusão na norma.

¹² Apresentamos esta questão mais detalhadamente no capítulo *Escola e sociedade disciplinar*.

Diferentemente do poder soberano, no poder disciplinar há uma tendência para a individualização do indivíduo na base da cadeia hierárquica. Aquele que dirige uma instituição ou um processo disciplinar ocupa uma função que, como função, pode ser exercida por qualquer um, que, por sua vez, também está sujeito à disciplinarização. A individualização do poder disciplinar age na base, ou seja, produz sujeitos sujeitados aplicando sua força na produção de um corpo cujos gesto, força, discurso, expressão serão modelados no sentido da constituição de um indivíduo ajustado pelas técnicas disciplinares.

A estratégia de ação do poder disciplinar consiste numa mecânica de produção de individualidades que

“ajusta a função-sujeito à singularidade somática por intermédio de um sistema de vigilância-escrita ou por um sistema de panoptismo pangráfico que projeta atrás da singularidade somática, como seu prolongamento ou como seu começo, um núcleo de virtualidades, uma psique, e que estabelece além disso a norma como princípio de divisão e a normalização como prescrição universal para todos esses indivíduos assim constituídos”.

(Foucault, 2006, p.69)

Assim este filósofo francês afirma que há uma produção subjetiva de indivíduos pelos dispositivos disciplinares. A vigilância constante e a escrita contínua enquadram os corpos e instauram uma norma que vai administrá-los. Este indivíduos, corpos sujeitados, resultam da ação do poder político sobre ele, que o subjetiva do modo disciplinar. E é este o tipo de subjetivação que vai permitir, com o desenvolvimento da escrita sobre o corpo, sobre o sujeito sujeitado, a emergência e a constituição das ciências humanas.

O indivíduo que a teoria filosófico-jurídica constitui como decorrência do desenvolvimento da economia capitalista e da reivindicação do poder político pelos burgueses na Europa moderna, desde Thomas Hobbes até a Revolução Francesa, tem na tecnologia disciplinar a outra face deste processo de produção da subjetividade na modernidade, que conforma o corpo às necessidades do desenvolvimento das forças produtivas. O sistema de vigilância e os procedimentos de normalização, aliados aos discursos das ciências que têm o homem por objeto, compõem um conjunto de dispositivos que tentarão naturalizar o que é resultado de uma relação de forças cuja hegemonia vai caber às forças disciplinares.

4.1.2 Psiquiatrizar a família e alcançar a infância

Em *História da Loucura*, Foucault (2008 b) afirmou que a família teria servido de modelo para a instituição asilar. No entanto, em *O Poder psiquiátrico* (Foucault, 2006), ele vai retificar esta afirmação: a relação entre família e psiquiatria ocorre no final do século XIX e representa o momento em que o discurso psiquiátrico vai se tornar o discurso verdadeiro sobre a família.

A relação entre a instituição asilar e a família não se constitui sem fraturas e, por isso, é uma relação que sofreu transformações.

No período compreendido entre o final do século XVIII e as primeiras décadas do século XIX, o indivíduo considerado louco era interditado, ou seja, perdia seus direitos civis, a pedido da família. Este pedido era validado por um procedimento judiciário. A partir da lei de 1838, no entanto, e por força deste dispositivo legal, a família será destituída de seus direitos sobre o parente louco. Assim, enquanto antes da lei de 1838 o poder judiciário interditava a pedido dos e tendo obrigatoriamente que levar em conta os familiares, a partir deste dispositivo legal a intervenção será, como peça fundamental, um modo de captura, de apropriação do corpo do louco, em que esta decisão estará circunscrita a um poder técnico-administrativo ou médico estatal. O acoplamento do saber e do poder médico com o poder administrativo (autoridades locais) e judiciário será o novo lugar de onde se produzirá o discurso que decide sobre a internação, em detrimento do poder da família (Foucault, 2006, p. 118 – 120).

Ao deslocar o poder da família sobre a decisão do internamento, a lei de 1838 passa a considerar o louco como fonte de perigo social e também de risco para seu círculo pessoal. A destituição do poder da família neste âmbito médico-legal sobre seus membros ocorre também no âmbito da pedagogia, como mostramos no capítulo intitulado *Escola e sociedade disciplinar* desta tese. Estes movimentos de entrada do poder médico-estatal e pedagógico no sistema amplo da família vão permitir que as práticas de saber-poder daquelas tecnologias disciplinares contribuam para isolar a família curta, nuclear, ao mesmo tempo em que enfraquecem seu poder sobre seus membros.

Em decorrência, o meio familiar será considerado incompatível com a ação terapêutica, portanto o indivíduo precisa ser isolado. Seja no internamento, seja nas práticas da pedagogia, a família deve confiar nas decisões e procedimentos que

tanto o médico quanto a escola tomam sobre seus filhos. A família é, assim, seja do ponto de vista psiquiátrico, seja pedagógico, compreendida como um ambiente causador ou facilitador de comportamentos inadequados.

Entretanto, enquanto na constituição da pedagogia, especialmente no seu viés lassalista, apresentado no capítulo *Escola e sociedade disciplinar*, a família deve ceder seu direito ao corpo da criança à escola porque não possui as qualidades necessárias para proceder sua educação, sendo, assim, concebido como ambiente negativo, na constituição da psiquiatria, a partir dos anos 1850 – 1860, o asilo vai buscar se organizar como um meio análogo ao familiar. Uma vez que neste momento inicia-se a formulação da ideia de que o louco é uma criança, sua cura pode ser intensificada se alguns elementos do seu universo familiar, mas não a família, puderem compor o ambiente asilar (Foucault, 2006, p.135)

O modelo familiar nuclear burguês será alçado à condição de padrão que deverá ser atingido como objetivo em vários tipos de ação disciplinar e de controle. É assim que, além da equiparação dos loucos às crianças, eles são também assimilados aos delinquentes e aos povos colonizados. Estes três personagens: delinquentes (resíduos da sociedade), povos colonizados (resíduos da história), loucos (resíduos da humanidade em geral) fazem parte do conjunto de indivíduos cuja conversão, submissão pode ser realizada caso se lhes proponha um tratamento que se referencie no modelo familiar. A família aparece, então, como “o remédio comum ao fato de ser selvagem, delinquente ou louco” (Foucault, 2006, p.136).

Desse modo, algumas instituições e práticas de dominação vão tentar reconstituir o modelo familiar como estratégia de domínio humanitário.

Estas relações entre família e psiquiatria são complexas e diferenciadas. Foucault chama atenção para o fato de que os indivíduos loucos, que não são úteis ao aparelho de produção e provenientes de famílias abastadas se tornarão nova fonte de lucro. Esta estratégia é revestida de uma promessa. Afasta-se o louco de sua família para devolvê-lo a ela curado, porque assimilado à imagem dela e reconduzido ao seu sistema interno de poder. O poder psiquiátrico confere aqui um lucro material em troca da refamiliarização. Segue-se, portanto, a necessidade de que as casas de saúde se ajustem igualmente ao modelo familiar.

A contrapartida desta tecnologia de poder tem na família o agente que vai ocupar a função de designar os que não se submetem à disciplinarização, os que

escapam à norma. Ou seja, à familiarização do meio terapêutico corresponderá a disciplinarização da família (*idem*, p.143).

Foucault aponta neste processo de constituição dos modelos familiares a substituição da soberania da família fundada na ordem hierárquica dos nascimentos que caracteriza o poder familiar pré-disciplinar, pela família disciplinarizada que exercerá a função psicológica de designar os indivíduos que, dentro do seu universo, portam alguma anormalidade.

A partir de meados do século XIX, concomitante com a familiarização dos sistemas disciplinares, a família cria e reproduz em seu interior, sem contudo abandonar de todo a hierarquia de viés soberano mais que disciplinar, práticas disciplinares e personagens como os pais de alunos, os deveres de casa, o controle das anomalias, a militarização dos hábitos, o controle da sexualidade. Ao desempenhar estes papéis a soberania familiar passa a ser parasitada pelo poder disciplinar, que recolhe, no caso das famílias abastadas, o benefício econômico em troca do funcionamento de uma maquinaria disciplinar que vai operar uma ortopedia subjetiva que reconduzirá os desviantes para a norma, da qual a família se tornou o baluarte.

Trata-se, então, do deslocamento dos aparelhos e tecnologias de controle psiquiátrico para dentro da família. O olhar familiar vai se tornar o olhar psicopatológico, psicológico, vigilante do comportamento e da sexualidade e, especialmente, o olhar psicologizante da criança.

Desse modo, a infância vai se tornar o centro e o alvo da intervenção da psiquiatria.

4.1.3 A psiquiatrização da infância

Foucault apresenta em sua obra *Os anormais* (2001), especialmente na última aula deste curso que ele ministrou no Collège de France em 1975, o modo como a infância foi psiquiatrizada. Esta psiquiatrização da infância se dá em meio a uma mudança de funcionamento da psiquiatria em que, como vimos, foi antes da segunda metade do século XIX marcada pela prática dos alienistas. Este filósofo indica, então, que há a partir da segunda metade do século XIX uma descontinuidade na constituição das práticas psiquiátricas, que vão se constituir sob novas formas de delinear a anormalidade, apropriando-se da infância como

um referencial para avaliar a conduta de um indivíduo adulto como psiquiatrizável. Este movimento é um dos aspectos da emergência do poder de normalização associado ao conceito de anormalidade, como pólos em torno dos quais a psiquiatria vai produzir seus discursos e suas práticas de controle social.

Desde o fim do século XVIII até meados do século XX, a psiquiatria não se concebe como um ramo específico da medicina geral, mas antes como uma prática de poder-saber voltada para a proteção social contra os perigos oferecidos por tudo o que pudesse caber na rubrica de doença mental. Este seu caráter a inscreve no campo da higiene pública como “higiene do corpo social inteiro” (Foucault, 2001, p. 148).

Para que a psiquiatria pudesse existir como saber médico ela realizou duas codificações simultâneas: por um lado, patologizou a loucura para constituí-la como doença (as práticas disciplinares asilares desempenharam aí um papel importante), e, por outro, passou a concebê-la como signo de perigo para a sociedade. Trata-se de um processo de ajustamento recíproco destas duas codificações cujo desfecho será a compreensão de loucura como doença e perigo social. Este movimento terá como consequência a codificação do perigo social como doença no interior da psiquiatria (Foucault, 2001, p. 148-150). É então que deixa-se de considerar como núcleo essencial da loucura o delírio e passa-se para a consideração da loucura como um núcleo perigoso que pode estar presente em todos os indivíduos e que oferecem um perigo potencial à sociedade¹³. Portanto, é na medida em que pode recortar um certo perigo social, que pode percebê-lo por meio de um conhecimento médico, que a psiquiatria poderá justificar sua intervenção como tecnologia de poder fundada na ciência da higiênica pública.

Esta forma do poder psiquiátrico está presente desde o início de sua constituição histórica: codificar e associar loucura e crime, ou seja, focalizar a loucura criminal. Em decorrência, este poder vai estender retroativamente sua atenção para a detecção dos sinais que podem pressagiar a irrupção de um comportamento criminoso. Pois se há crimes em que a causa não é o delírio, cujo motivo não é evidente, sem razão inteligível pelo aparelho judicial, cabe ao saber psiquiátrico reconhecê-los e prevê-los, evitando, assim, que os signos imperceptíveis de uma loucura diagnosticável possam eclodir. Desse modo, a

¹³ O conto de Machado de Assis, *O alienista*, é exemplar no viés irônico em que esta concepção da loucura é apresentada na prática do médico Simão Bacamarte.

psiquiatria vai se valer de todo um conjunto de análises e observações que as práticas disciplinares produziram nos asilos para constituir um saber-poder médico que, complementar ao aparelho penal, vai poder detectar a virtualidade de um crime, a virtualidade da anormalidade presente num sinal.

4.1.4

A mudança no funcionamento da psiquiatria

Foucault compara dois casos que são submetidos à avaliação da engrenagem médico-judicial para deles extrair a nova relação entre a psiquiatria e os indivíduos e as novas formas de avaliar as condutas que escapam à norma. Para isto, ele vai comparar dois casos: o de Henriette Cornier e o de Charles Jouy.

No caso de Henriette Cornier, a criada que degolou o filho de uma vizinha em 1826, os exames psiquiátricos iniciais concluem que ela não possui nenhum sinal manifesto de loucura. Trata-se, portanto, de um crime sem razão, sem motivo. Não há como explicar a causa do ato desta criada. No entanto, seu advogado de defesa propõe um terceiro exame com outro psiquiatra que vai propor uma compreensão retrospectiva para este caso. Esta compreensão traz à cena as vicissitudes e as dificuldades da vida pregressa da acusada. Ocorre uma batalha discursiva entre acusadores e defensores da qual Foucault extrai o elemento que vai emergir como fonte de compreensão do crime de Henriette. Já que não se pode atribuir-lhe a condição de louca, pois ela manteve sua consciência moral no momento do crime ¹⁴, este será explicado como tendo origem em algo que não é o sujeito consciente e que é, desse modo, estranho ao modo de conceber a loucura como erro, ilusão, delírio. Emerge, assim, a noção de instinto e o ato instintivo substituirá o ato sem razão.

O instinto vai se tornar o grande tema da psiquiatria do século XIX e sua conceituação vai permitir que ele se constitua como um vetor importante para a anormalidade. As considerações sobre uma economia ou mecânica patológica dos instintos, sobre a anormalidade de certos instintos, sobre as possibilidades de criação de tecnologias corretivas para os instintos anormais vão ter, então, livre curso.

¹⁴ Não nos deteremos aqui na descrição mais pormenorizada do crime, para o que remetemos para a obra de Foucault, *O anormais*, especialmente a aula de 5 de fevereiro de 1975 (Foucault, 2001, p. 137-171).

Portanto, o caso Henriette Cornier faz emergir uma nova compreensão do patológico como resultado seja de um processo cronológico, seja da ação das forças instintivas irresistíveis e violentas.

O caso de Charles Jouy vai permitir a Foucault apresentar como se dá a apropriação da infância pela psiquiatria.

Em síntese, o caso Charles Jouy é o seguinte. Jouy é uma espécie de idiota da aldeia. Não possui origens, é filho natural, não tem pouso fixo, foi rejeitado pela escola. Embora inserido no contexto social da aldeia, ele funciona ali como trabalhador mal pago que exerce as funções mais baixas. Ele é acusado de ter praticado jogos sexuais com uma menina da aldeia e, em outra ocasião, de tê-la submetido ao que poderia ser considerado um estupro, não fosse o fato de Jouy ter dado à menina alguns trocados com os quais ela comprou amêndoas tostadas. Somente dias depois deste último acontecimento é que a mãe da menina concluiu que algo havia se passado ao examinar a roupa da filha (Foucault, 2001, p. 372-373).

O caso Charles-Joseph Jouy, em comparação com o anterior, apresenta diferenças que marcam um avanço do poder psiquiátrico sobre a infância. Enquanto no caso Cornier há uma explicação que inscreve o patológico nas vicissitudes de sua história de vida e nas anomalias do instinto, fazendo com que sua doença seja decorrente e intrínseca a este último, no caso Jouy sua biografia também é considerada, mas para extrair outro tipo de saber.

Há que assinalar que o modo como a psiquiatrização dos jogos sexuais e do ato sexual, objetos da intervenção médico-judicial no caso Jouy, se dá, põe em cena forças como a família que o denuncia, as autoridades administrativas e políticas, além do aparelho médico-judicial. Trata-se, portanto, de um pedido de psiquiatrização que se desdobra em instâncias de controle múltiplas: os atores desta cena pedem, todos, que a menina seja enviada a uma casa de correção e que Jouy vá para o tribunal ou para o asilo psiquiátrico.

Outro aspecto que diferencia este caso é o modo como o comportamento de Jouy será psiquiatrizado. Para demonstrar que se trata de alguém psiquiatrizável vai-se investigar que sinais físicos, que características físicas este homem possui que estariam fora da norma. Após medições de partes do seu corpo, estes resultados vão se integrar a uma constelação de dados que se refere a um estado congênito, a um certo tipo de constituição que não é causa da doença,

mas que é consequência. Ou seja, há um estado em Jouy que é ao mesmo tempo responsável por seu aspecto físico e por sua conduta, ambos aberrantes. Tem-se aqui a passagem da “psiquiatria dos processos patológicos, que são instauradores de descontinuidades” para “uma psiquiatria do estado permanente, um estado permanente que garante um estatuto definitivo aberrante” (FOUCAULT, 2001, p. 380).

Enquanto no caso Cornier, a loucura é causada pela proliferação do dinamismo excessivo do instinto, produzindo ausência de cálculo de crime, no caso Jouy o núcleo do estado aberrante é uma falta que produz uma insuficiência e uma interrupção do desenvolvimento. Assim, não se trata de um excesso de instinto, mas de uma desregulagem ou inibição de instâncias superiores que teriam por função coordenar, integrar, controlar as instâncias inferiores. As instâncias inferiores não são a causa da patologia, sua causa é o desequilíbrio funcional do conjunto. Assim, as instâncias instintivas funcionariam como devem funcionar, porém a inibição de controle torna aquele funcionamento anormal. Não há uma doença, uma anormalidade do instinto, mas um desequilíbrio funcional que se expressa como falta. Neste viés, o patológico é vinculado à infância, pois ele é pensado como um atraso no desenvolvimento normal do indivíduo.

Esta concepção do patológico vinculado à infância vai, segundo Foucault, contribuir para a formação do princípio de generalização da psiquiatria.

Jouy é, então, o exemplo do imbecil como a expressão de um estado de falta, em decorrência da inibição das instâncias superiores que, assim, dão livre curso, normal, às inferiores e, que, por esta razão interrompem seu desenvolvimento, ou seja, este quadro o caracteriza como alguém que teria tido, pelo menos em parte, seu desenvolvimento estacionado na infância. Esta infantilidade de Jouy será estendida tanto ao seu modo de agir moral, quanto à sua sexualidade. Seu comportamento, tal como consta do relatório médico-legal de Bonnet e Bulard, os psiquiatras que o examinaram (Foucault, 2001, p. 383), é comparado ao das crianças. Sua sexualidade se expressa, ainda segundo estes médicos, no modo infantil usual, mas por ele não possuir o desenvolvimento necessário normal das instâncias que poderiam assegurar o freio dos excessos instintivos, esta expressão é aberrante.

Toda esta maquinaria que o poder psiquiátrico aciona vai definir “uma nova posição da criança em relação à prática psiquiátrica. Trata-se de pôr em continuidade, ou antes, de pôr em imobilidade a vida em torno da infância. E é isso, essa imobilização da vida, da conduta, dos desempenhos em torno da infância, é isso que vai permitir fundamentalmente a psiquiatrização”.

(Foucault, 2001, p. 383-284)

O que pode trazer compreensão a este estado de falta com seus sinais aberrantes é a consideração da continuidade entre a infância e a idade adulta. A infância passa, assim, a tornar-se um elemento fundamental neste novo funcionamento da psiquiatria. Jouy é psiquiatrizado porque há identidade entre o que ele foi quando criança e o que ele é agora, aos quarenta anos. Assim, nesta constelação de forças internas, constituintes da história da psiquiatria, ocorre a emergência da infância, como uma fase do desenvolvimento com certo comportamento característico.

4.1.5

A infância como princípio de generalização da psiquiatria

A introdução da infância como ponto de referência central e constante na psiquiatria perduraria até hoje, segundo Foucault (2001, p. 387). Constituída historicamente, a infância tornou-se alvo do poder psiquiátrico para a efetuação de generalização deste último.

A generalização da psiquiatria vai se dar por meio da consideração da infância como o referencial, a moldura, para analisar os comportamentos psiquiatrizáveis. Uma conduta será psiquiatrizável se comportar algum vestígio de infantilidade (como no caso Jouy). Em decorrência deste princípio, as condutas infantis serão alvo de investigação psiquiátrica na medida em que poderão já apresentar as condições para a interrupção do desenvolvimento normal. E também a dos adultos, na medida em que nelas existam traços de infantilidade. Assim, nesta nova psiquiatria a presença de um elemento infantil no comportamento de um indivíduo será suficiente para inscrevê-lo no campo psiquiátrico.

Esta generalização também vai realizar a integração do prazer, do instinto e da imbecilidade. Em Jouy, encontramos a compreensão do prazer como expressão de forças instintivas cuja disfunção proporcionada pela inibição de instâncias superiores produz um comportamento imbecil porque inadequado a um

adulto, marcado pela infantilidade. O prazer de Jouy não se opõe às forças instintivas, mas se expressa como atraso, como retardo.

Além do traço de infantilidade no adulto e da integração prazer-instinto-atraso, Foucault apresenta mais duas maneiras pela qual a problematização da infância permitiu a generalização da psiquiatria. Então veremos se estabelecer a correlação da psiquiatria com a neurologia do desenvolvimento, e com a biologia dos indivíduos e das espécies. Esta correlação fornecerá à psiquiatria uma moldura científica para que esta funcione como saber médico.

O último e mais importante fator que permite a generalização da psiquiatria em sua referência focal à infância é que esta vai se constituir num objeto de estudo que traduz

“certo estado que vai ser caracterizado como estado de desequilíbrio, isto é, um estado no qual os elementos vêm funcionar num modo que, sem ser patológico, sem ser portador de morbidez, nem por isso é um modo normal. A emergência de um instinto que não é em si doentio, que é em si sadio, mas que é anormal ver surgir aqui, agora, tão cedo ou tão tarde, e com tão pouco controle; o aparecimento de tal tipo de conduta que, em si, não é patológica, mas que, no interior da constelação em que figura, não deveria normalmente aparecer – é tudo isso que vai ser agora o sistema de referência, o domínio de objetos em todo caso, que a psiquiatria vai tentar policiar”.

(Foucault, 2001, p. 391)

Este estado é o estado de anomalia que aparece em contraste com o desenvolvimento normal de certas estruturas. Completa-se, assim, a generalização da psiquiatria. Ao tomar as condutas e as estruturas infantis como alvo e objeto de investigação, ela se tornou uma ciência dos comportamentos normais e anormais.

Essa generalização produz duas consequências, conforme Foucault. A primeira é o interesse cada vez maior da psiquiatria pela sexualidade na infância, pois é aí que será possível sua universalização.

A segunda é o que Foucault denomina de “segredo da psiquiatria moderna” (Foucault, 2001, p.392). Esta psiquiatria que se desenvolve entre os anos 1850-1870 afasta-se da medicina dos alienados e põe de lado o delírio, a alienação mental, a referência à verdade e principalmente a noção de doença. Seu foco passa, então, a ser as anomalias do comportamento, que será referido a um desenvolvimento normativo.

O que ocorre nesta passagem da psiquiatria dos alienistas para a psiquiatria que se desenvolve na segunda metade do século XIX, é então o abandono da patologização da loucura, estratégia que teria garantido à psiquiatria sua posição “ao lado e no interior da medicina”, para, ainda evidentemente preservando seu estatuto médico-científico, aplicar seu poder ao que deixa de ser doença para ser anomalia.

Assim, a psiquiatria moderna se mantém dentro dos limites do saber científico médico, porém se constitui numa tecnologia de saber-poder cujos objetos de controle foram despatologizados, em paralelo a este foco na infância, estratégia que permitiu sua generalização (*idem*, p.393-394). Em decorrência disto, no final do século XIX, esta psiquiatria vai produzir uma nova nosografia que se constitui não mais como a organização e a descrição dos sintomas de uma doença, mas como a descrição de condutas aberrantes ou desviantes que vão compor longas dinastias de síndromes de anomalias específicas e reconhecíveis: a agorafobia, a claustrofobia, a cleptomania, a inversão sexual, o masoquismo. Estas síndromes são configurações parciais e estáveis de um estado geral de anomalia (*idem*, p. 395-396).

Esta nova nosografia vai ainda reinscrever o delírio (considerado o núcleo da doença mental na configuração da psiquiatria dos inícios do século XIX) nas estratégias de medicalização do anormal unindo os efeitos daquele aos jogos do instinto e do prazer. Este retorno do delírio é a reinserção do anormal no patológico colocando o delírio como sujeito aos jogos do instinto e do sexual.

Finalmente, a noção de estado como fundo permanente que produz a anormalidade vai ser introduzida por volta dos anos 1860-1870, por Falret. O estado é “a base anormal a partir da qual as doenças se tornam possíveis”. Ele consiste “numa espécie de déficit geral das instâncias de coordenação do indivíduo”. Ele se apresenta como “distúrbio geral no jogo das excitações e das inibições; liberação descontínua e imprevisível do que deveria ser inibido (...)” (FOUCAULT, 2001, p. 397-398).

A necessidade de explicar o fundo do qual emerge o estado de anormalidade, fez a psiquiatria recorrer ao tema da hereditariedade. O fundo do qual o estado de anomalia emerge é corpo dos pais, dos ancestrais, da família, enfim, o corpo da hereditariedade (*idem*, p. 398-399).

Esta “metassomatização” como fundamento da anomalia tem a vantagem, como tecnologia do poder psiquiátrico, de atribuir os desvios da norma a causas de

natureza muito diferentes. A presença de uma doença, de um desvio de conduta, de uma doença mental em alguém pode produzir em seus descendentes outras doenças, ou desvios de conduta ou comportamento delinquente etc. Isto permite estabelecer uma variedade de redes hereditárias maleáveis quanto a suas características.

Ainda neste modelo bastante flexível de causalidade hereditária assistir-se-á à reintegração da análise das aberrações do instinto sexual na tecnologia do casamento saudável ou nocivo, útil e apropriado para certos fins, numa estratégia de moralização de uma etiologia rica de exemplares os mais diversos, produtos de um corpo ancestral de anomalias as mais diversas e fantásticas.

Esta via de constituição do saber-poder psiquiátrico vai desembocar na grande teoria da degeneração, que será a “peça teórica maior da medicalização do anormal” (Foucault, 2001, p. 400-401). Foucault confere importância à constituição do degenerado, como membro desta árvore da hereditariedade e portador de um estado de anomalia, porque é esta personagem que possibilitou uma grande recuperação do poder psiquiátrico. Como ele afirma, “a partir do momento em que a psiquiatria adquire a possibilidade de referir qualquer desvio, anomalia, retardo, a um estado de degeneração, vê-se que ela passa a ter uma possibilidade de ingerência indefinida nos comportamentos humanos” (Foucault, 2001, p. 401- 402).

Neste sentido, a psiquiatria vai assumir a função de proteção da ordem social contra os perigos que os portadores das anomalias, que estão no estado anormal, oferecem. A psiquiatria torna-se, então, “a ciência da proteção biológica da espécie”, tomando, desse modo, o lugar da justiça nessa função de defesa contra os perigos que minariam o social por dentro.

Enfim, estas noções de degeneração vão contribuir para a emergência de um racismo contra os indivíduos portadores de um estado de anomalia que poderá ser transmitido aos seus descendentes de formas e com consequências imprevisíveis. É um racismo interno que visa identificar dentro de um grupo aqueles que portam em si mesmos um perigo. Foucault considera que este tipo de racismo estaria na origem dos racismos próprios do século XX, dentre os quais o nazismo seria emblemático (Foucault, 2001, p. 403).

4.2 A psiquiatria biológica

A psiquiatria biológica emerge na década de 1970, nos Estados Unidos, e a partir de 1980 torna-se hegemônica neste e em outros países, como decorrência de uma reorganização de relações de forças dentro do campo da psiquiatria.

Dentre os fatores que contribuíram para a constituição desta tendência na psiquiatria há os da ordem dos avanços biotecnológicos. Estes possibilitaram a criação de técnicas de produção de imagens cerebrais por meio da tomografia computadorizada, de ressonância magnética e da tomografia por emissão de pósitrons. Tais procedimentos de mapeamento da atividade elétrica cerebral permitem melhor visualização das estruturas cerebrais como também o estudo dinâmico das funções e do metabolismo cerebrais.

Outros fatores são o desenvolvimento de pesquisas no campo da bioquímica, que tem permitido investigações sobre os diversos neurotransmissores cerebrais; e, ainda, os avanços da psicofarmacologia, que têm possibilitado o desenvolvimento de novos medicamentos para diversas perturbações (Aguiar, 2004, p. 20).

A tendência biológica na psiquiatria também constitui uma reação ao afastamento da psiquiatria em relação ao modelo médico. Este afastamento é característico do período compreendido entre os anos 1950 e 1970 quando, tanto nos Estados Unidos quanto em outros países, ocorreu uma desmedicalização nas práticas psiquiátricas. Essa desmedicalização correspondeu a um período de liderança da psiquiatria psicanalítica, até 1980, quando os psicotrópicos eram utilizados como potencializadores da psicoterapia, sendo esta considerada o tratamento principal (Aguiar, 2004, p. 14-20).

Assim, a psiquiatria biológica levanta a bandeira da remedicalização da psiquiatria erigindo como seu pressuposto central a concepção do cérebro como órgão da mente, por um lado, e, por outro, “a afirmação dos métodos e do vocabulário médico como os únicos legítimos na investigação e descrição dos transtornos mentais (...)”. Estas práticas visaram afastá-la dos discursos expressos na linguagem psicológica ou psicossocial que caracterizou as décadas anteriores à sua emergência. (Aguiar, 2004, p. 20).

O conjunto de princípios defendidos por Gerald Klerman, segundo Aguiar, “um dos psiquiatras americanos mais influentes no final do século XX”, sintetiza

esta transição para a hegemonia da psiquiatria biológica. Segundo o psiquiatra americano:

1. A psiquiatria é um ramo da medicina.
2. A prática psiquiátrica deve ser fundada sobre um saber científico proveniente de estudos empíricos rigorosos (e não sobre interpretações impressionistas).
3. Existe um limite entre o normal e o patológico. Esse limite deve ser traçado de modo pertinente.
4. As doenças mentais existem. Não se trata de um mito. Trata-se antes de transtornos múltiplos que de um fenômeno unitário. A tarefa da psiquiatria científica e das outras especialidades médicas é pesquisar suas etiologias, seus diagnósticos e seus tratamentos.
5. A psiquiatria deve tratar de pessoas que necessitem de cuidados médicos por doenças mentais e dar uma prioridade menor àqueles que procuram ajuda para problemas existenciais e a busca da felicidade.
6. A pesquisa e o ensino devem de maneira explícita enfatizar o diagnóstico e a classificação.
7. Os critérios diagnósticos devem ser classificados e validados.
8. Os departamentos de psiquiatria nas escolas de medicina devem ensinar esses critérios, e não os depreciar, como é freqüente o caso.
9. Os esforços de pesquisa para melhorar a confiabilidade e a validade do diagnóstico e das classificações devem utilizar técnicas modernas de pesquisa quantitativa.
10. A pesquisa em psiquiatria deve utilizar métodos científicos modernos, especialmente aqueles vindos da biologia.

(Klerman, *apud* Aguiar, 2004, p. 21-22).

Houve, portanto, nesta transformação de referenciais da psiquiatria uma ênfase no modo como a medicina em geral opera, e assim a psiquiatria passou a: fundar-se num saber científico extraído da pesquisa empírica; reafirmar o limite entre a normalidade e a doença, buscando investigar as etiologias, os diagnósticos e os tratamentos para as doenças mentais; formar psiquiatras com ênfase na capacidade de diagnosticar e classificar as doenças mentais, segundo critérios diagnósticos classificados e validados; priorizar dentre os métodos científicos modernos aqueles que provêm da biologia.

Instalou-se, portanto, um movimento de remodelização da psiquiatria, que foi se tornando cada vez mais forte, e que caracteriza as práticas atuais da psiquiatria. Embora este movimento não chegue a promover o abandono das abordagens psicoterápicas, suas conseqüências após sua disseminação na formação de psiquiatras, apontam para o emprego da medicação e do controle farmacológico dos sintomas em detrimento da relação terapêutica. As psicoterapias e as intervenções psicossociais passam, então, a obedecer aos

mesmos parâmetros que regem a psiquiatria biológica: o vocabulário biológico e a metodologia médica. Assim, nesta perspectiva, deu-se uma “desvalorização do encontro terapêutico, que aparece com o efeito de uma concepção objetivista da clínica e da força dos interesses econômicos dos financiadores de saúde” (Aguiar, 204, p. 21-25). Há, portanto, uma reorganização das forças no campo da psiquiatria, onde desde sua origem houve uma tensão entre diferentes modelos teóricos. De um modo geral, podem-se apontar, apesar de uma pluralidade de perspectivas, dois modelos: o que caracteriza uma tendência para a psiquiatria a se tornar uma especialidade médica (nos moldes que apresentamos acima), e o que busca construir a psiquiatria como uma “medicina especial, voltada para o entendimento das causas psíquicas e sociais das perturbações mentais” (Aguiar, 2004, p.24). O recuo deste último modelo corresponde, como veremos a seguir, ao avanço da classificação que as diferentes edições do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) vêm desenvolvendo.

A primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-I) foi elaborada pela American Psychiatric Association (APA) e data de 1952. Conforme Aguiar, sua característica principal é “a noção de reação, originária da psicobiologia de Adolf Meyer”. Esta noção corresponde à compreensão da doença mental como “uma reação a problemas da vida e situações difíceis encontradas pelos indivíduos”. Encontra-se, nesta edição, a influência tanto da psicanálise como se pode constatar pelo uso frequente de termos como mecanismos de defesa, neurose e conflito neurótico (AGUIAR, 2004, p. 27), quanto da psiquiatria à dinâmica (Roudinesco, 2000, p. 57)¹⁵.

Em 1968 surge o DSM-II. Embora apresente diferenças em relação ao primeiro, “mantém a idéia básica de que os transtornos mentais são a expressão simbólica de realidades psicológicas (ou psicossociais)”, mas “abandona a noção de reação e a concepção biopsicossocial dos transtornos mentais, enfatizando mais

¹⁵ Segundo Roudinesco, a psiquiatria dinâmica é oriunda da medicina. Ela “privilegia a psicogênese (causalidade psíquica) em relação à organogênese (causalidade orgânica), mas sem excluir esta última, e se apóia em quatro grandes modelos de explicação da psique humana: um modelo no sógráfico nascido da psiquiatria, que permite ao mesmo tempo uma classificação universal das doenças e uma definição da clínica em termos da norma e da patologia; um modelo psicoterapêutico herdado dos antigos curandeiros, que presume uma eficácia terapêutica ligada a um poder de sugestão; um modelo filosófico ou fenomenológico que permite captar a significação do distúrbio psíquico ou mental a partir da vivência existencial (consciente e inconsciente) do sujeito; e um modelo cultural que propõe descobrir na diversidade das mentalidades, das sociedades e das religiões uma explicação antropológica do homem baseada no contexto social ou na diferença”.

os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico”. Considera as perturbações mentais em relação com os diferentes níveis de desorganização psicológica do indivíduo. Há, no DSM-II uma influência da psicanálise.

Após a Segunda Guerra Mundial, a psicanálise ocupava posição de destaque nas instituições acadêmicas americanas e sua influência alcançava hospitais e associações psiquiátricas de peso. Isso deveu-se ao fato de que as técnicas psicanalíticas utilizadas por psiquiatras no Exército para o tratamento dos soldados durante a Segunda Guerra Mundial produziam bons resultados, chamando atenção para sua eficiência no caso de neuroses traumáticas. Também contribuiu para a difusão das teorias psicanalíticas, neste contexto americano, a emigração de psicanalistas da Europa para os Estados Unidos. Assim, esta psiquiatria psicodinâmica, de orientação psicanalítica, dava mais importância à compreensão do “sentido dos sintomas e sua relação com o desenvolvimento da história psicológica dos pacientes” colocando em segundo plano o valor do diagnóstico; e conduzia à desmedicalização do campo da psiquiatria, afastando esta última do modelo médico de investigação e tratamento dos transtornos mentais. (Aguiar, 2004, p. 32-34).

A psiquiatria psicanalítica alcançou grande inserção na sociedade americana e sua ampla definição dos transtornos mentais permitia que ela tivesse uma abrangência em diferentes políticas sociais, desde a educação das crianças até a vida nas empresas. Esse crescimento foi, no entanto, alvo da crítica do movimento da antipsiquiatria. Esta apontava para a fluidez e as imprecisões na delimitação dos conceitos de saúde e doença mental, tornando, assim, fácil criticar a arbitrariedade de diagnósticos psiquiátricos com base nestes parâmetros conceituais e chegando mesmo a acusar a psiquiatria de contribuir para as práticas de controle social, especialmente no caso dos desviantes em relação à norma.

A resposta dos psiquiatras a este contexto onde várias forças tentavam se impor vai se concretizar no DSM-III, um novo instrumento de classificação de diagnósticos.

Segundo Aguiar, o DSM-III, enquanto instrumento diagnóstico padronizado, vai permitir que a psiquiatria reforce a tendência medicalizante, por um lado, e que ela possa, por outro, integrar-se à medicina científica como especialidade médica.

A própria medicina, por sua vez, também passava por transformações. Resumidamente, desde o sistema hipocrático, com os quatro tipos de humores, uma longa trajetória caracteriza as práticas da medicina, até, quando no final do século XIX, pode-se conceber remédios específicos para doenças específicas. Bichat, em 1800, por exemplo, propôs “que os distúrbios patológicos causadores de uma doença poderiam até afetar apenas uma parte de um órgão, e não necessariamente o órgão como um todo. Esses achados patológicos constituíam uma grande ruptura com o passado e apontavam para um novo modelo de compreensão das doenças, compreensão que viria a se firmar hegemonicamente a partir da emergência da bacteriologia no final do século XIX” (Aguiar, 2004, p. 51). É com a bacteriologia que aparece o modelo de doença específica.

Conceber a doença como específica porque causada por uma bactéria específica motivou a pesquisa de produção de remédios para os tratamentos específicos. Esta indústria farmacêutica vai ter um crescimento muito grande no século XX; primeiro com a elaboração dos antibióticos sintéticos entre as duas guerras, e depois durante os anos 1950 em que além de outros antibióticos, surgiram os diuréticos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e psicotrópicos.

Dessa forma, a medicina sofria o impulso dos novos medicamentos enquanto crescia, cada vez mais, a importância da indústria farmacêutica. A reivindicação dos psiquiatras para um retorno mais intenso à medicalização e para sua integração nas práticas da medicina científica vai se dar neste contexto. E, segundo Aguiar, é o DSM-III, em sua configuração, que vai permitir que a psiquiatria possa se integrar à medicina, que, como mencionamos muito resumidamente, também passava por transformações¹⁶.

Dentre as transformações que vão marcar a medicina ocidental e que terão também impacto na tendência à remedicalização na psiquiatria destaca-se o dispositivo técnico que vai delimitar que práticas terapêuticas podem ser incorporadas à medicina científica. Este dispositivo é o que conjuga “os critérios rigorosos de um estudo controlado e a comparação com o placebo (...)”, ou que se denomina de *estudos controlados com placebo*. Estes estudos permitem que a medicina científica possa instituir uma clara demarcação de modo a provar que um efeito de sugestão não possui a mesma eficácia dos tratamentos da medicina

¹⁶ Para maiores esclarecimentos sobre este tema, que não desenvolveremos aqui, confira Aguiar, *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e medicalização da existência*, op. cit..

moderna, que, desse modo garante sua cientificidade como campo de investigação das doenças (Aguiar, 2004, p. 59-60).

É assim que o DSM-III como instrumento diagnóstico padronizado vai permitir que a psiquiatria se integre à medicina, pois este instrumento se constitui como condição para os estudos controlados. Para que estes funcionem adequadamente, “cientificamente”, é necessário que os pacientes que serão objeto destes estudos possam ser recrutados dentro de certos parâmetros. Os parâmetros da homogeneidade dos grupos de pacientes e da sua representatividade dentro de uma população a ser tratada fornecerão o status científico àqueles estudos. Realizados nestes moldes, os pacientes são agrupados tendo como referência os diagnósticos. Desse modo, assim como a medicina somática abstrai a singularidade de cada sujeito para inseri-lo em entidades nosológicas universais, num plano que transcende sua experiência viva individual, o DSM permitiu aos psiquiatras americanos operarem a passagem da consideração do sofrimento subjetivo na história de cada sujeito para a consideração de cada sujeito como um elemento que se assemelha a outros, como exemplares de uma categoria abstrata e universal que reúne os sintomas semelhantes de vários destes sujeitos na rubrica de “caso”, produzindo a universalização dos transtornos psiquiátricos, que serão alvos da medicação.

É importante realçar que estamos num contexto em que várias forças buscam composições para conquistarem seu domínio neste campo em que a psiquiatria biológica se constitui. Neste caso o mercado dos medicamentos é uma das forças que vão contribuir para a medicalização do social.

Aguiar ressalta a importância da constituição desta tendência biológica na psiquiatria americana em virtude de ela ter se tornado hegemônica no resto do mundo¹⁷. O órgão de regulamentação de medicamentos nos EUA, a FDA (Federal Drug Administration) estabeleceu desde 1962 o critério dos estudos controlados com placebo como pilar para a prática médica e a produção de medicamentos. Este critério, como vimos, pressupõe a padronização dos diagnósticos e isto levou ao fortalecimento do DSM-III. Por sua vez, as empresas farmacêuticas

¹⁷ É através justamente de uma globalização dos princípios enunciados no DSM que a psiquiatria americana vai se impor ao resto do planeta. Como afirma Roudinesco, aqueles princípios “foram tomados como fonte autorizada de um extremo a outro do planeta a partir do momento em que foram adotados pela Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) [World Psychiatric Association], fundada por Henry Ey em 1950, e, mais tarde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)”. (Roudinesco, 2000, p. 50).

internacionais tenderam a registrar seus medicamentos no mercado americano, fazendo com que outros países terminassem por adotar os critérios diagnósticos do DSM-III.

Na década dos 1960, as pesquisas ainda eram realizadas por pesquisadores individuais que recortavam dentro da população do hospital em que trabalhavam seu campo para aplicação de estudos sobre medicamentos. Esta situação foi substituída, atualmente, por um modelo em que os estudos realizados com medicamentos são multicêntricos e frequentemente multinacionais. Este modelo objetivou ampliar o número de pacientes estudados e forçou os pesquisadores de vários locais do mundo a adotarem uma terminologia comum. Como a terminologia que todos adotam é aquela constituída no DSM-III, este instrumento diagnóstico terminou por estabelecer a hegemonia americana na psiquiatria mundial (Aguiar, 2004, p.62).

4.2.1

O medicamento como mercadoria e o médico como transmissor

A venda de medicamentos depende, em tese, de sua prescrição por um médico e da fixação de seu preço por medidas administrativas estatais, de modo que eles escapem aos atravessamentos da lei da oferta e da procura que regula a economia de mercado. Isto se deve ao fato de que o medicamento é uma mercadoria que se socializa por meio da intervenção técnica do médico que o prescreve, pois é uma mercadoria que implica em riscos para seu consumidor, se usada de forma inadequada. É neste aspecto que o medicamento difere de outras mercadorias. O valor de troca que estas últimas assumem depende do poder de compra num mercado livre, como é o caso dos mercados no capitalismo em geral.

É assim que o médico se constitui como um intermediário na circulação econômica do medicamento, pois é sua prescrição que faz o consumidor do medicamento chegar até ele, não importando se o paciente o adquire mediante seus recursos financeiros ou se recebe de algum programa estatal.

Nesta cadeia produtiva do medicamento como mercadoria, o médico, por sua vez, torna-se um elo importante e alvo, dentre outras estratégias, da persuasão dos representantes dos laboratórios farmacêuticos que precisam “vender” sua mercadoria para o médico, antes que este possa prescrevê-la a seus pacientes.

Estes representantes dos laboratórios representam para os médicos fonte de conhecimento sobre os medicamentos, cujo material de divulgação apóia-se na relação entre indicações e diagnósticos. Se o médico se “convencer” sobre a validade da relação entre o diagnóstico e o tratamento o medicamento terá se transformado em mercadoria, no ato da prescrição para o paciente.

Este convencimento tem uma base científica no estudo do placebo, o estudo clínico controlado. Neste estudo é produzido um documento que estabelece indicações e contra-indicações, ou seja, um documento que define os grupos dentro de uma população a quem se deve administrar os medicamentos.

Portanto quando o médico escolhe um medicamento após seu encontro com um paciente, este seu ato está determinado pelos parâmetros definidos pelos resultados positivos produzidos pelo estudo controlado. Como este estabelece relações entre o diagnóstico e o tratamento, também positivas, a escolha do medicamento se dá como resultante de um raciocínio que procura identificar no sujeito diante do médico as características que os sujeitos utilizados no estudo controlado apresentaram. Dá-se, desse modo, um deslizamento do *paciente-sujeito* para o *paciente-caso*.

Convertido em *caso*, este sujeito torna-se sujeito assujeitado, submetido ao discurso técnico do médico que detém um saber, como especialista. Saber que se materializa em um discurso de autoridade científica, que sempre se apresenta como o discurso que sabe mais sobre aquele sujeito, agora considerado na perspectiva de um paciente-caso. Discurso prescritivo, quase imperativo, que não admite negociação (Aguar 2004, p. 65-70).

Toda essa cadeia que o medicamento passou a percorrer desde o isolamento do seu princípio ativo pelos pesquisadores, passando pelos estudos com placebo, sua produção industrial, sua publicidade, a adesão do médico, até chegar ao consumidor, o paciente, produziu uma alteração decisiva no exercício da medicina e, conseqüentemente, no exercício da psiquiatria, desde a segunda metade do século XX.

Especialmente na clínica psiquiátrica o que ocorre é a passagem da ênfase na relação terapêutica como foco principal do tratamento, como se dava na psiquiatria psicanalítica, para a ênfase na adesão do paciente às promessas da farmacologia. Se no início do século XIX houve na medicina uma mudança em sua forma de compreender a doença, concebida como podendo estar limitada a

uma parte de um órgão, num corpo cada vez mais visível em seu interior, a partir dos anos 50 do último século é a ação dos fármacos que torna o lugar da relação médico/paciente. Em última análise, é a indústria farmacêutica que, deslocando a tradição da “arte de curar” instaura a racionalidade técnica dos medicamentos que torna o médico seu mero representante (Aguiar, 2004, p. 71).

4.2.2

A psiquiatrização da vida na sociedade de controle

Conforme Aguiar (2004), a medicina moderna tem na possibilidade de identificar o marcador biológico de uma determinada doença o fundamento para a produção do diagnóstico ideal. O marcador biológico é a expressão que traduz a determinação causal biológica de uma doença. A identificação de um germe causador de uma doença infecciosa, por exemplo, é o paradigma que permite o diagnóstico ideal, pois ele delimita dentro de um conjunto de sintomas semelhantes, relativos a outras doenças, aquilo que é a causa específica da doença infecciosa que acomete um determinado paciente.

Ao mesmo tempo em que as tecnologias que permitem diagnósticos mais precisos vêm transformando a prática médica e o conceito de doença, a relação médico-paciente também vem passando por uma transformação. É cada vez mais comum, na maioria dos casos, que os especialistas médicos deem mais atenção aos resultados dos exames que os atuais instrumentos técnicos permitem (como os sofisticados equipamentos da medicina nuclear magnética), do que ao relato de seus pacientes. Esta transformação representa a passagem da medicina que se baseava na consideração da narrativa de um sujeito para a medicina que procura ver objetivamente a doença. Este novo modo de proceder é possível em razão dessa crescente instrumentalização técnica da medicina que se dá a partir do século XIX, com a descoberta dos germes produtores das doenças infecciosas e depois com o desenvolvimento da tecnologia médica.

Apoiando-se, então, na busca do marcador biológico para poder se aproximar sempre mais do diagnóstico ideal, a narrativa do paciente foi-se tornando dispensável para o estabelecimento do diagnóstico. Aguiar cita como exemplo a detecção da presença dos anticorpos anti-HIV em um sujeito. Uma vez identificada a presença desse marcador biológico o diagnóstico pode ser produzido sem a narrativa do paciente e sem a avaliação subjetiva do médico.

Neste caso, a estabilidade, a especificidade e a objetividade deste marcador biológico, que sempre será encontrado apenas nos pacientes acometidos por esta doença, configuram as condições para a produção de um bom instrumento diagnóstico. (AGUIAR, 2004, p.73-75).

O problema que isto traz quando a psiquiatria procura se aproximar da medicina moderna, é que com a primeira este modelo não funciona perfeitamente. Como afirma Aguiar, em psiquiatria

“Não há marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental, nem no nível de uma determinação causal, e tampouco no de uma correlação entre marcadores biológicos. Não há sinal biológico que seja específico de determinado transtorno mental, o que impossibilita o diagnóstico por exames complementares” (Aguiar, 2004, p. 75).

A construção do DSM-III buscou contornar a característica de o diagnóstico psiquiátrico depender da avaliação subjetiva do médico e do encontro com o paciente, dotando-o de um caráter descritivo e “ateórico”. Como não há marcador biológico para os transtornos mentais, foi necessário buscar objetividade e precisão para os diagnósticos psiquiátricos em referenciais fundados em “critérios objetivos e facilmente observáveis, que pudessem ser utilizados por clínicos e pesquisadores com diferentes orientações” com vista à padronização dos diagnósticos (Aguiar, 2004, p. 76).

É assim que o DSM-IV foi produzido por profissionais tanto médicos quanto clínicos, psicólogos e outros profissionais da saúde, mental ou não. E para isso ele utiliza uma linguagem acessível a todos estes profissionais, descrevendo os sintomas de modo objetivo e na sua manifestação observável por qualquer pessoa, embora esteja expresso em sua introdução que os critérios diagnósticos não devem ser usados mecanicamente (Aguiar, 2004, p. 77).

A inexistência de marcadores biológicos para os transtornos mentais acarreta que todo diagnóstico psiquiátrico a partir do DSM-III se baseia na padronização de síndromes. As síndromes são conjuntos de sinais e sintomas conhecidos, que podem ser comuns a várias doenças. No caso da prática médica o objetivo é chegar ao diagnóstico da doença, lançando mão de todos os recursos tecnológicos que possam revelar o marcador biológico. O médico parte, então, da observação de uma síndrome para chegar à delimitação de uma doença determinada, que o marcador biológico identificado possibilitará.

Ora, este, como vimos, não é o caso da psiquiatria. Esta produz diagnósticos *sindrômicos* e não diagnósticos *nosológicos*. Em virtude de ser *sindrômico*, o diagnóstico psiquiátrico se caracteriza por alguma indeterminação e “é, nesse sentido, sempre um nome que designa determinado agrupamento de sintomas, não se podendo falar em doenças, como nas outras áreas da medicina” (AGUIAR, 2004, p. 79).

A questão mais grave, contudo, não é a existência do DSM, porém a utilização dos diagnósticos *sindrômicos* nele presentes como se fossem diagnósticos de doenças, embora, como mostra Aguiar, o próprio DSM aponte para a impropriedade deste procedimento por parte dos que o utilizam como instrumento diagnóstico.

O risco, portanto, de se definir o conjunto de sinais e sintomas como uma patologia é que este raciocínio conduz a deslocar o tratamento do sujeito para os sinais e os sintomas. Como afirma este psiquiatra brasileiro

“A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em sinal de doença, e não de sua relação com as singularidades do sujeito. Ganham assim maior importância as modalidades de tratamento que atuam diretamente na abolição ou redução dos sintomas que caracterizam a síndrome, em geral medicamentos” (Aguiar, 2004, p. 81).

O que se configura, portanto, é uma *psiquiatrização* da vida na sociedade. A expansão de diagnósticos psiquiátricos resulta de, pelo menos, três fatores e de suas conexões. O primeiro é, como já mencionamos, o fato de que a ausência do marcador biológico conduz à dificuldade de delimitação entre “normalidade” e “patologia”, fazendo com que os limites entre estas dependam da narrativa do paciente para o médico. Em decorrência deste primeiro fator, temos como segundo, o caráter de indeterminação que foi impresso no DSM-IV, contribuindo, por essa razão, para que diferentes formas e graus de sofrimento psíquico possam ser enfeixados sob um determinado diagnóstico psiquiátrico como que à disposição, em virtude mesma daquela indeterminação. E como terceiro, a ação da indústria farmacêutica, que, aproveitando brechas deixadas pelos fatores anteriormente apresentados, termina por articular doenças e respectivos medicamentos. O discurso produzido pelas estratégias de marketing daquela indústria, além de tornar o médico transmissor de sua mercadoria (os medicamentos), influencia na inculcação da atitude medicalizante que passa a ser

adotada pelo sujeito alvo da propaganda. Este discurso tenta associar afetos e comportamentos diferentes da norma estabelecida a “doenças” para as quais um médico deve ser procurado. Assim, se uma criança está com comportamento agitado na escola, ela provavelmente tem um transtorno de atenção com hiperatividade; se é tímida, pode ter fobia social; e assim por diante num processo de patologização da vida.

Este discurso é, muitas das vezes, resultante de um aprendizado, por parte da população, sobre estas “doenças”, segundo os moldes como elas são divulgadas pela mídia impressa e televisiva, de modo que, “informado” sobre o possível significado de seus sintomas, o sujeito se apresenta ao médico com uma proposta de diagnóstico.

De acordo com Aguiar (2003), a psiquiatria biológica é contemporânea da sociedade mundial de controle. Neste caso, as técnicas que o poder psiquiátrico tende a assumir não se inserem mais no modelo coercitivo, mais característico das sociedades disciplinares, mas, sim, no modelo que produz subjetividades em uma escala mundial. O saber psiquiátrico se dissemina pelo tecido social seja pela ação e pelos interesses da indústria farmacêutica, seja pela simplificação que caracteriza sua divulgação pela mídia.

4.3

A medicalização e a patologização da infância e da adolescência na escola

Segundo Collares & Moysés (1994, p. 25; 1996, p. 28),

“o termo medicalização refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo da medicina as causas e soluções para problemas dessa natureza”.

A concepção de ciência médica que está na base das práticas de medicalização, é, segundo estas autoras, uma concepção do processo saúde-doença que desvia o foco da inserção social do indivíduo (sua determinação no coletivo) para a particularidade de cada pessoa. Ao fazer este desvio, tenta-se apagar as marcas de singularidade subjetiva de cada indivíduo, introduzindo-o numa categoria mais geral, em que ele é compreendido como parte de um conjunto de indivíduos. Ele se torna qualquer um de um certo universo de indivíduos. A medicalização operaria, então uma dessubjetivação que, ao

enfraquecer a singularidade do sujeito, o torna objeto de práticas de disciplinarização e de controle, despotencializando suas virtualidades. O indivíduo concreto termina por se constituir, num processo empobrecedor de subjetivação, numa identidade fixa, catalogada nos manuais estatísticos de doenças, suscetível de receber, com menor ou nenhuma resistência, as investidas das práticas disciplinares e de controle.

O processo de medicalização de várias instâncias do social encontraria sua justificativa “científica” na biologização dos conflitos sociais. Ao operar com este reducionismo biológico, as características individuais, consideradas como particularidades imobilizadas no tempo e no espaço, passariam a um plano de compreensão privilegiado, em detrimento de outras dimensões da experiência de vida de cada sujeito.

Assim concebidas, as características individuais assumem a condição de referencial explicativo dominante. Esta tendência está presente no campo da educação, quando se torna o mecanismo preponderante de compreensão da razão dos altos índices de fracasso escolar, por exemplo. Via de regra, esta forma de compreensão da questão direciona e faz recair nas próprias crianças e jovens a “causa dos problemas” que estes trazem para a escola, desresponsabilizando esta última e as políticas educacionais, especialmente as políticas públicas, pelo resultado negativo em seu processo de escolarização. (Collares & Moysés, 1996, p. 27).

As autoras chamam, ainda, atenção para o fato de que o termo medicalização designa tanto a prática dos “profissionais médicos, que atuam na rede pública de saúde, quanto a dos profissionais que atuam em consultórios particulares e, principalmente, nas faculdades”, quando esta prática se submete ao paradigma biologizante de compreensão do processo saúde-doença. Porém, o surgimento e a ampliação de campos de conhecimento e seus respectivos profissionais (psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos) regidos pelo mesmo paradigma biologizante levou à patologização do que escapa à norma dentro da escola. Portanto, seria mais correto substituir o termo medicalização pelo conceito de patologização, para nomear esta prática. (Collares & Moysés, 1996, p. 28).

4.3.1 Práticas de patologização da infância e da adolescência na escola

Como vimos, o surgimento da infância, ou do sentimento de infância, é paralelo ao desenvolvimento da escola moderna e da nuclearização da família burguesa. Estas três instâncias: surgimento do sentimento de infância, desenvolvimento da escola moderna e nuclearização da família burguesa, remetem umas às outras.

Enquanto a escola medieval recruta seus estudantes para lhes proporcionar um saber eclesiástico ou mercantil, a escola moderna tem na formação da criança sua razão de existência. Em verdade, embora o termo “escola” seja aplicado a estas duas modalidades de prática, seus modos de funcionamento diferem bastante. Na escola moderna tem-se, por exemplo, a disciplina, sobre a qual a pedagogia se estrutura, e o corpo infantil, ambos como descontinuidades significativas em relação à escola medieval.

Os processos de escolarização da modernidade, que têm em Rousseau e Comenius seus pilares, são um tipo de elaboração discursiva que conjuga a criança e o aluno, objetos epistemológicos diferentes, num amálgama em que o conceito de infância será delineado pela pedagogia. A infância, ao ser afastada do comércio dos adultos e delimitada como uma etapa diferente do desenvolvimento humano será constituída como corpo infantil que necessita da criação e da organização de instâncias que cuidem da aprendizagem de tecnologias e saberes que, nesta partilha, passarão a ser considerados como necessários ao seu desenvolvimento e coerentes com sua natureza infantil.

Surge, assim, o escolar e todo um conjunto de práticas e discursos que vão normatizar o espaço e o tempo escolares. E, ainda, ocorre uma torção na historicidade da infância, na medida em que seus aspectos biológicos e psicológicos irão se conjugar com sua historicidade convergindo para a naturalização da infância, como Narodowski mostrou ao ler o Emílio na chave que apresentamos no capítulo *Escola e sociedade disciplinar*. Assim, segundo este autor, a pedagogia se constituiu como operação normatizante, na passagem do pequeno adulto para o infante, acompanhando a criação da infância moderna.

Retomemos, então, brevemente o movimento que ocorre na pedagogização da infância para que possamos avançar no tema deste capítulo: sua medicalização e patologização. A disciplina escolar é a expressão mais visível da pedagogização

do corpo da criança. Essa disciplina teve, como apresentamos no citado capítulo, aspectos diferentes. Em Comenius, o responsável pela disciplina é o mestre, que será mais eficiente na medida em que aplicar corretamente o método. Em La Salle, ao contrário, recairá sobre a criança a responsabilidade de se manter no lugar assumindo a conduta que lhe corresponde: ela será culpada por sua indisciplina e caberá à pedagogia construir um aparato teórico para as medidas corretivas ou excludentes, como castigo. Há, assim, um deslocamento da ênfase na vigilância para a tática do castigo. Castigo que será imposto à aceitação pela família do castigado, pois faz parte do dispositivo lassalista de aliança escola-família que “os pais não ouçam as queixas dos filhos contra o professor”, pois “se [seus filhos] não houvessem cometido qualquer falta não teriam sido castigados e se [os pais] não querem que sejam castigados, não devem enviá-los à escola”, como consta da obra *Conduite*, de La Salle, citada por Narodowski (2001, p. 118).

Como vimos, também no capítulo *Escola e sociedade disciplinar*, a pedagogia lassalista constrói uma analítica rigorosa para a montagem da tipologia dos “maus alunos”. Mas o que funda esta tipologia normalizante e normalizadora da infância é a própria pedagogia tingida por aspectos morais. Os corretivos para os desvios se restringem aos limites do âmbito escolar. Os males da infância constituiriam vícios morais ou uma vontade débil. Outra é a situação que encontramos atualmente. Os vícios morais, a vontade débil, por parte dos alunos, e a má aplicação do “método correto” por parte dos professores, vem dando lugar à medicalização e à patologização do que vai mal na escola e uma nova aliança parece se formar entre escola e família, agora, com a presença de outros membros nesta aliança, nesta rede: o psicólogo, o psicanalista, o psiquiatra, o psicopedagogo e tantos outros.

O crescimento e a ampliação destas práticas de patologização do que escapa à norma extrapolou os limites iniciais da atuação dos profissionais médicos e, como estamos apresentando neste capítulo, vem se constituindo num dos pontos da trama de uma rede. Esta rede abarca vários aspectos da vida das crianças e dos jovens. A interseção dos sistemas de saúde e de educação é o *locus* onde o sofrimento psíquico de crianças e jovens vem sendo encarado sob uma perspectiva que se vale de contribuições complementares que convergem para a medicalização desta questão. Por um lado, certos modos de se pensar e fazer ciência e, por outro lado, certas práticas clínicas e pedagógicas se articulam e

compõem um certo dispositivo que atua como uma rede. Estamos nos referindo ao sofrimento psíquico que se dá nas relações intersubjetivas, nos grupos e entre os grupos. E mais especificamente, no âmbito de uma forma de captura de processos de subjetivação de crianças e jovens que se apresenta, então, como uma rede tecida com os fios da psiquiatria biológica (que tem nas promessas da biologia seu fundamento), da pedagogia (que tem na colonização de saberes da psicologia e das “ciências da educação” suas ferramentas), das intervenções clínicas (seja de uma psicanálise com objetivos de adaptação do sujeito, seja de outras práticas “terapêuticas” da mesma ordem) e, finalmente, da família (como instituição na qual se inscreve a responsabilidade pelas crianças e jovens até a idade de sua emancipação legal). Partimos do pressuposto de que esta trama constitui um meio no qual os sujeitos envolvidos em situação de sofrimento psíquico têm, geralmente, sua voz desconsiderada. Certamente, este cenário é muito complexo e variado, quão variada e complexa é a sociedade em que ele ocorre.

Outros fios componentes dessa rede também poderiam ser lembrados, como os que são tecidos pelo mercado de bens de consumo “voltados” para a infância e para a juventude, como, por exemplo, a pedagogia cultural, que se assenta e se estrutura por dinâmicas de interesse comercial se impondo à vida privada das crianças e dos jovens (Steinberg & Kincheloe, 2001).¹⁸ Porém interessa-nos destacar nesta rede o que vem ocorrendo mais diretamente nas relações intersubjetivas que se dão na instituição escolar, produtoras de sofrimento psíquico.

Sabe-se que os processos de subjetivação de crianças e jovens têm na escola um de seus pilares e que tais processos encontram-se hoje atravessados por saberes psicológicos e médicos que estão preocupados com a classificação e o controle do comportamento cognitivo e sócio-afetivo.

A pesquisa de Collares & Moysés (1996) insere-se numa linha teórico-metodológica que, desde os anos 1980, no Brasil, busca compreender as razões do fracasso escolar das crianças matriculadas na escola pública. Estas autoras buscam desmistificar, por meio de uma análise qualitativa e quantitativa, os referenciais que são utilizados por educadores para diagnosticar este resultado negativo na fase de alfabetização das crianças.

¹⁸ Estes autores tratam do papel da indústria do entretenimento nos processos de subjetivação de crianças e jovens.

Nesta pesquisa, elas mostram como estes diagnósticos que empregam termos da medicina (“aneurisma”, “mancha no cérebro”, “disritmia” etc.) e que são usados pelos educadores, acabam servindo a propósitos de estigmatização destas crianças, cujas “dificuldades de aprendizagem” são, então, transformadas em “doenças”. A explicação para o fracasso escolar isenta, assim, a escola de sua responsabilidade e a transfere para as próprias crianças e suas “deficiências”: alimentares, cognitivas, familiares, sócio-culturais etc, que lhes são atribuídas.

As crianças acabam por introjetar o “diagnóstico” que os educadores insistem em lhes atribuir (1996, p. 16). Estes diagnósticos de caráter preditivo fazem parte de um contexto em que alguns procedimentos de quadriculamento das crianças e dos jovens na escola segundo critérios fundados no discurso médico, terminariam por induzir a um resultado negativo. Por exemplo, no caso de se compor turmas de alunos com o mesmo perfil de dificuldades (reais ou imaginadas por quem os seleciona), onde aqueles que são considerados previamente mal-sucedidos no início do ano letivo, terminam por corroborar a previsão negativa, como resultante de uma “profecia auto-realizadora” (Patto, *apud* Collares & Moysés, 1996, p. 42).¹⁹

Estudos realizados por estas autoras, com crianças da cidade de Campinas, no estado de São Paulo, entre 1988 e 1990, mostraram como o saber-poder expresso na medicalização da vida na escola tornou-se uma forma discursiva presente nas várias instâncias em que as crianças-alunas estavam inscritas. Como este discurso se alastrou, ultrapassando o campo estritamente médico, atingindo outras especialidades profissionais, passando da medicalização para a patologização das dificuldades escolares.

Apoiados, então, nestes estudos (Collares, 2001; Collares & Moysés, 1996) faremos uma apresentação de algumas práticas, facilmente encontradas no dia-a-dia escolar, que constituem tecnologias de poder produtoras de saber sobre crianças e jovens. Consideramos que as pesquisas destas autoras nos fornecem um quadro bastante claro da medicalização e da patologização de crianças e jovens, especialmente na escola. Como ambas afirmam:

“Existem crianças com necessidades especiais. Entretanto, o universo de crianças normais que são transformadas em doentes, por uma visão de mundo medicalizada, da sociedade em geral e da instituição

¹⁹ Profecia auto realizadora é a confirmação de uma previsão.

escolar, em particular, é tão grande que tem nos impedido de identificar e atender adequadamente as crianças que realmente precisam de uma atenção especializada, seja em termos educacionais, seja em termos de saúde.

O processo de patologização é duplamente perverso: rotula de doentes crianças normais e, por outro lado, ocupa com tal intensidade os espaços de discursos, propostas, atendimentos e até de preocupações, que desaloja desses espaços aquelas crianças que deveriam ser os seus legítimos ocupantes. Expropriadas de seu lugar, permanecem à margem das ações concretas das políticas públicas”

(Collares & Moysés, 1996, p. 7).

Esta patologização e medicalização têm alcançado, como veremos mais adiante, uma proporção inédita. Como no caso dos diagnósticos de dislexia e de transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade que são aplicados a crianças e jovens cujo comportamento na escola expressa um desvio em relação ao que se aconselha ou se toma como norma.

A pesquisa realizada por Moysés (2001) objetivou investigar “as conseqüências para a criança ao ser responsabilizada por não aprender na escola” e “como reage a criança de quem se diz não aprender na escola por ser doente” (Moysés, 2001, p. 29).

Antes de apresentarmos alguns resultados desta pesquisa é importante ressaltar que Maria Aparecida Moysés é pediatra e professora titular de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e coordenadora do laboratório de Estudos em Aprendizagem e Desenvolvimento do Centro de Investigações em Pediatria (CIPED), da mesma instituição. Trata-se, portanto, de uma médica que fala de dentro do campo da Medicina, porém produzindo um discurso crítico tanto do ponto de vista da constituição histórica deste campo de saber-poder, quanto de suas práticas atuais na sociedade brasileira. É assim que ela afirma:

“A consulta médica pretende ser, na atualidade, um dos principais elementos para a identificação de crianças que não conseguirão aprender-na-escola. É, costumeiramente, a partir da consulta que as crianças se tornam reféns de seu fracasso, reféns de uma doença que as torna incapazes.

A análise das possibilidades e limitações da consulta médica, de sua (in)capacidade de realizar a tarefa que lhes é imputada, inscreve-se no terreno da discussão dos determinantes do não-aprender-na-escola. O campo de pesquisas educacionais recentes, em vasta literatura, tem demonstrado, quase à exaustão, que o fracasso escolar é o resultado previsível das políticas educacionais, produzido no cotidiano da própria instituição escolar. Entretanto, as áreas da saúde, medicina, psicologia, fonoaudiologia etc. permanecem impermeáveis a esses conhecimentos, continuando a atuar como se as crianças não aprendessem em decorrência de doenças e defeitos inerentes a elas. (...)”

(Moysés, 2001, p. 58-59)

Esta pediatra entrevistou, nesta pesquisa diretoras de escola e 40 professoras da primeira série do ensino fundamental em 1988, além de 19 profissionais da rede de saúde (médicos, psicólogos e fonoaudiólogos).

Em outra pesquisa desta autora, esta em colaboração com Collares (Collares & Moysés, 1996), foram analisadas as concepções de profissionais tanto da área da educação, quanto da área de saúde, sobre a escola, processo ensino-aprendizagem, fracasso escolar, papel dos profissionais e das instituições de educação e saúde etc.

Embora a nossa pesquisa não trate do fracasso escolar, destacaremos nestas duas pesquisas algumas conclusões das autoras sobre as práticas de saber-poder na escola.

Vejamos, então, o que concluíram estas autoras. Dentre as causas apontadas para o fracasso escolar das crianças, tanto os profissionais da educação, quanto os da saúde isentam a instituição escolar da responsabilidade sobre este resultado do processo de ensino-aprendizagem. As causas são centradas nas crianças e todos os profissionais tomaram como referência problemas biológicos para as dificuldades de aprendizagem. Assim, os problemas de saúde foram apontados como a principal justificativa, merecendo destaque as referências à desnutrição, carência referida por todos os entrevistados, e as disfunções neurológicas, estas referidas por 92,5% das professoras e por 100% dos médicos, psicólogos e fonoaudiólogos (Moysés, 2001, p. 30).

Moysés constatou, ainda nesta sua pesquisa, uma identidade de opiniões dos profissionais da educação e da saúde fundadas em ideias genéricas, sem embasamento científico, refletindo preconceitos estabelecidos sobre as crianças e as causas de suas dificuldades com a aprendizagem na escola. A autora apresenta falas de uma professora, de um psicólogo, de um médico e de uma fonoaudióloga, para mostrar esta indiferenciação dos diagnósticos e se pergunta: como identificar a fala de cada um deles? Eis os exemplos recolhidos por ela:

“Hiperativa é a criança com problema neurológico. Não pára, nada a satisfaz, distraídas, dispersas, incomodam...”

“Dislexia é uma doença neurológica, que se caracteriza pela grande dificuldade em aprender a ler e escrever.”

“As crianças não conhecem, não discriminam, não têm seqüência de idéias, não têm coordenação motora”.

“A hiperatividade é uma doença neurológica que dificulta a aprendizagem.”

Em mais um exemplo desta indistinção, Moysés apresenta as falas de um médico, de uma nutricionista e de uma professora:

“A má alimentação é a causa do fracasso escolar, porque a desnutrição afeta o cérebro.”

“As consequências da desnutrição, como é de se esperar, são desastrosas para o futuro escolar, já que este tem sua capacidade mental lesada.”

“Uma criança desnutrida já nasce com sequelas, com pouco potencial, não recuperando condições necessárias a um melhor desenvolvimento de aprendizagem.”

(Moysés, *idem*, p.30).

As falas destes profissionais revelam a preocupante indistinção dos diagnósticos, vazados numa linguagem que reflete “preconceitos e formas de pensamento cristalizadas, e não conhecimentos científicos, como seria lícito supor” (Moysés, 2001, p. 31). Também revelam um pensamento aprisionado na hegemonia das categorias de classificação de “dificuldades” dos alunos, que se ancora no cientificismo, embora em seu uso distorcido.

4.3.2

O tirocínio preditivo

Moysés (2001) e Moysés e Collares (1996) destacam nos discursos das professoras entrevistadas uma forma discursiva que as autoras denominam de tirocínio diagnóstico.

O “tirocínio” diagnóstico consiste em identificar já de saída, nos primeiros contatos do professor com os alunos, no início do ano letivo, aqueles que serão bem sucedidos no processo de ensino-aprendizagem. Este procedimento de avaliação do futuro da vida escolar dos alunos tem como fundamento, embora não explicitado, o conceito de características inatas para a boa aprendizagem e cumpre a função de selecionar previamente dentre o conjunto dos estudantes os que serão ou não aprovados e promovidos (Collares & Moysés 1996, p. 44).

Este “tirocínio” serve às práticas de composição de turmas homogêneas, em que os alunos apresentariam um mesmo perfil, com o objetivo de “facilitar” o trabalho docente. No discurso dos professores podem ser detectados critérios diagnósticos que se baseiam em classificações nosológicas, que reaparecem nos

diagnósticos produzidos por profissionais da saúde, para os quais a criança “com problemas” será encaminhada pela instituição escolar.

A pesquisa destas autoras constatou que a “capacidade preditiva” dos professores exerce considerável influência no desempenho das crianças. (*Idem*, p. 56-59). Desse modo, as causas das dificuldades ou deficiências dos alunos estariam neles mesmos. Estas causas ora são atribuídas ao que é da ordem do biológico (desnutrição, distúrbios neurológicos, deficiência mental, doenças orgânicas), ora ao que é de natureza “psicológica” (imaturidade emocional, motivação, isolamento social etc.). Há, segundo as autoras citadas, uma preponderância da atribuição de causas biológicas às “dificuldades” de aprendizagem apresentadas pelos alunos.

Estas práticas constituem o que M. H. Patto denomina “profecia auto-realizadora”, em que os “diagnósticos” previamente afirmados pelos professores acabam se tornando previsões confirmadas (Patto, 1990, p. 214, apud Collares & Moysés, *op.cit.*, p. 42).

Em um país com alta concentração de renda nas mãos de uma pequena parcela da população e com outra grande parcela vivendo em condições muito precárias não há necessidade de um pensamento muito elaborado para se concluir que o desempenho escolar de crianças e jovens está diretamente relacionado ao nível socioeconômico de suas famílias. Esta constatação é o resultado não apenas do que pesquisas que já vêm sendo realizadas há muito tempo nos mostram, como também de um contexto que perdura na realidade educacional do país e que é facilmente percebido: as diferenças que marcam os estratos sociais aos quais cada criança pertence marcam e têm um papel importante na determinação, em geral, de seu futuro.

Entretanto, o que estamos enfatizando nesta análise são as contribuições e o aval de outras instâncias da sociedade para a manutenção, a preservação das desigualdades sociais. E neste caso, os discursos e as práticas que predominam na escola desempenham essa função.

Assim, para se pensar como a psicanálise pode voltar-se para a escola, ou o que pode a psicanálise numa escola, é necessário proceder à cartografia desta instituição, de modo que seus estratos possam ser explicitados, com o objetivo de compreender as linhas de força que a constituem.

Como bem mostra Michel Foucault, o poder produz verdade e é uma relação de forças. O objeto das forças são as outras forças. A relação de poder é uma relação de forças. O objeto das forças são as outras forças, ou seja, as forças agem sobre ações que são possíveis. Assim, uma lista de variáveis que exprimem relações de força ou relações de poder poderia ser: “incitar, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar, tornar mais ou menos provável (...)” (Deleuze, 2005, p. 78-79). Portanto, o poder é produtivo, como já mostramos nos capítulos anteriores.

Além disso, o poder se define como poder de afetar outras forças e de ser afetado por outras forças. Diz Deleuze que “incitar, suscitar, produzir... constituem “afetos ativos” e “ser incitado, suscitado, determinado a produzir...” são “afetos reativos”. Mas, estes afetos reativos não são passividade, mas sim o, “irredutível interlocutor”, ou seja, nesta relação de forças, a força afetada não deixa de ter capacidade de resistência (Idem, p. 79).

Assim, poderíamos perguntar como têm resistido estas crianças e jovens na escola que se tornam objetos de discursos e práticas de saber-poder que transformam as multiplicidades em estratos para homogeneizá-las, fazê-las convergir para uma outra categoria que tenta fixar, normatizar o que escaparia à norma.

Segundo Collares & Moysés (1996, p. 72) “o pensamento dominante na escola e na sociedade sobre as relações entre problemas de saúde e aprendizagem continua sendo o mesmo dos primórdios da constituição da Medicina como ciência moderna”. A puericultura desempenhou, neste caso, um papel importante. Esta última se constituiu no final do século XIX, tendo seu ponto de aplicação na família nuclear burguesa e como objetivo diminuir a influência dos agentes causadores de doenças nas crianças. Considerava a ignorância da população pobre sobre os cuidados que deveria dispensar aos seus filhos como sendo a causa das doenças. A ação inicial da puericultura, realizada por senhoras burguesas, recebeu o reforço científico das descobertas de Pasteur que, por sua vez reforçou o estatuto científico da Medicina e sua crescente expansão normalizadora.

Ao tomar a ignorância como causa da proliferação das doenças na população pobre e centrando suas preocupações na criança, o papel normalizador da Medicina foi ao encontro da constituição da puericultura e ambas construíram um tipo de raciocínio circular: “para ter saúde é preciso ter conhecimentos e para

aprender é preciso ser sadio”. Este raciocínio possui um reverso, a saber: “a causa da doença é a ignorância e a causa de não aprender é a doença” (Collares & Moysés, 1996, p. 74).

Desse modo, a questão da medicalização dos “problemas” que surgem no cotidiano das escolas tem ali uma primeira configuração. Assim, inicia-se, segundo estas autoras, a construção de um discurso e de uma prática que vão deslocar para a área de saúde a chave da solução para os “problemas” escolares. Problemas estes cujas determinações concretas, como as condições materiais de existência da população pobre, por exemplo, serão camufladas pelos discursos medicalizantes que conduzem à patologização dos primeiros.

Em sua pesquisa, Collares e Moysés (1996, p. 85) demonstram como as professoras que formulam diagnósticos sobre os seus alunos o fazem segundo uma opinião que elas sustentam em sua “experiência” ou no senso comum (*idem*, p. 80-86), por um lado, e como, por outro, os profissionais de saúde, ao receberem as crianças encaminhadas pela escola, repetem os mesmos diagnósticos, com os mesmos desvios que localizam as causas na esfera do biológico e devolvem à criança a responsabilidade por suas dificuldades (*idem*, p. 87-89). Ou seja, há uma circularidade dos diagnósticos que, assumindo uma aparência mais ou menos próxima do referencial científico, sem contudo utilizarem-no em sua densidade, ficam aprisionados num pensamento empobrecedor para os próprios profissionais. De acordo com este pensamento, não seria necessário problematizar, pois basta executar procedimentos rotineiros.

Há, ainda, um outro agente que vem desempenhando um papel não menos importante dentro do conjunto das práticas discursivas voltadas para o convencimento dos professores sobre os conceitos de normal e patológico, de saúde e de doença; trata-se das publicações voltadas para os professores, assim como das diferentes mídias e as notícias que vinculam de maneira a reforçar as práticas da patologização e medicalização dos comportamentos de crianças e de jovens. Como por exemplo em matérias publicadas na revista Nova Escola, de ampla circulação entre os profissionais do magistério. Numa, publicada em junho de 2003, intitulada “Conhecendo como o cérebro guarda informações você vai ajudar os alunos a fixar os conteúdos estudados em classe”, argumentos extraídos da neuropsiquiatria conduzem à conclusão, com base em argumento de autoridade expresso na citação de um profissional desta especialidade, que as dificuldades

nos processos de memorização de conteúdos nos processos de ensino e aprendizagem resultam de falhas dos mecanismos cerebrais. Outra, publicada em 2004, intitulada “Adolescentes: entender a cabeça deles como chave para obter um bom aprendizado”, reafirma as teses biológicas que compreendem a “indisciplina” e a “rebeldia” dos jovens acrescentando ao já batido argumento da “explosão hormonal” que ocorre nesta fase da vida o argumento da plasticidade das conexões neuronais que ocorrem no cérebro também nesta fase, mas colocando a causalidade “de tudo que pode parecer estranho no comportamento dos adolescentes” em explicações neurológicas, como a chave para os “problemas” na escola (Guarido, 2010, p. 28).

Além disto, informações contidas em sites sobre TDAH e outras patologias estariam difundindo os critérios para detectar seus sintomas, banalizando a proposta presente no DSM-IV (*idem*, 2010, p. 33)

Apenas a título de menção, a seguir, apresentaremos alguns dos argumentos que sustentam a patologização dos “problemas escolares”, destacando os fatores, apontados por Collares e Moysés (1996):

1- a atribuição do baixo rendimento escolar à desnutrição, como reflexo do tema da relação entre a desnutrição e o sistema nervoso central, questões muito estudadas na área médica, nas décadas de 1950 a 1970;

2- a aplicação do conceito de “disfunção neurológica” a padrões de comportamento e/ou de aprendizagem que destoam da norma estabelecida. As “disfunções neurológicas” incluem o déficit de atenção, a disfunção cerebral mínima, a hiperatividade, os distúrbios de aprendizagem, a dislexia etc.

As autoras mencionadas apontam uma circularidade entre estes diagnósticos, em que um remeteria ao outro, se reforçando mutuamente. Conforme suas pesquisas, a maioria dos diagnósticos tem como referência de normalidade um determinado padrão de comportamento aceito como normal. Elas apontam que o diagnóstico “distúrbio de aprendizagem” refere-se a uma condição biológica de um indivíduo. Esta condição prejudicaria ou impediria a aprendizagem em alguma área específica e seria consequência de uma “disfunção neurológica”. Segundo estas autoras, por outro lado, só se pode atribuir o diagnóstico de “distúrbio de aprendizagem” se houver a suspeita de uma “disfunção neurológica”. Elas constataram que o diagnóstico de “distúrbio de

aprendizagem” conceitualmente também se constituiria em um critério suficiente para o diagnóstico de “disfunção cerebral mínima” (*Idem*, p. 104).

3- os preconceitos presentes nos diagnósticos sem base científica séria, atribuídos às crianças e aos jovens, alimentam “um promissor mercado de trabalho para várias profissões e a proliferação de clínicas para tratamento de “distúrbios” e “dificuldades de aprendizagem” (*Idem*, p. 108).

4- a atribuição do insucesso escolar a “problemas emocionais”. Nesta categoria, “problemas emocionais”, não cabem os problemas reais que a criança ou o jovem podem estar enfrentando e, por isso, impedindo o fluxo de suas vidas. Esta categoria quando usada de modo frouxo na escola, em verdade, pretende deslocar as reais dificuldades com a aprendizagem para fora do espaço escolar.

5- a disseminação simplificada de certos conceitos da Psicologia do Desenvolvimento, da Neurologia e da Psiquiatria, assim como o peso de suas idéias, que, quando usados de maneira errônea, produzem preconceitos e discriminações na avaliação de crianças e jovens.

6- a existência de exames que se pretendem neutros e aplicáveis a qualquer sujeito, supostamente avaliando um quesito puramente biológico, como o Exame Neurológico Evolutivo, que se propõe a mensurar a maturidade neurológica, quantificando-a como algo equivalente à “Idade da Maturidade Neurológica”. Este exame é bastante semelhante aos testes de quociente de inteligência (QI), cuja credibilidade atualmente é bastante questionada.

4.3.3

O transtorno de déficit de atenção como expressão da medicalização da infância

De acordo com Escudeiro (2001), nas duas últimas décadas do século XX, assistiu-se a um crescimento da atribuição a crianças do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDA/H), sendo os Estados Unidos da América (EUA) o país líder neste procedimento, com um milhão e meio de crianças assim diagnosticadas e tratadas com metilfenidato, em 1996.

Dados mais precisos apresentados por Escudeiro (2001) informam que, por exemplo, ainda nos EUA, em 1995, meio milhão de crianças entre 3 e 6 anos haviam recebido prescrição do medicamento Ritalina (nome comercial do metilfenidato), de acordo com investigação da Associação Psiquiátrica norte-

americana. Este quadro progrediu no sentido da ampliação da medicalização do TDA/H, alcançando uma taxa de dois milhões de prescrições daquele medicamento por ano, que traduz o equivalente a quatro crianças recebendo a prescrição por minuto (Daw, 2001, *apud* Escudeiro, 2001). A expansão alarmante do volume de prescrições chegou a levar as Associações Psiquiátricas daquela nação e a Academia Norte-Americana de Psiquiatria Infantil e de Adolescentes a apontarem a possível falta de rigor nestes diagnósticos, muitos deles baseados em questionários dos sintomas e em depoimentos queixosos de pais e professores.

No Brasil, ainda conforme Escudeiro (2001) este quadro de expansão da atribuição de diagnósticos de TDA/H também vem se ampliando de tal modo que geraram a produção de vários programas de “esclarecimento” de pais e professores sobre os sintomas e o tratamento da hiperatividade, considerada como uma doença orgânica. Para a sua “cura” estes programas têm indicado os psicoestimulantes Ritalina e Concerta. Por trás das pesquisas realizadas por aqueles programas estão algumas indústrias farmacêuticas, como a Jansen-Cilag, Elli Lilly, Novartis e Glaxo Smith Kline, responsáveis pela comercialização dos já citados Ritalina e Concerta, e ainda de Straterra e Dexedrina, que financiam as atividades dos pesquisadores ligados a tais programas. Trata-se, portanto, da expansão de um lucrativo mercado para as indústrias farmacêuticas.

Uma matéria, publicada no jornal *A Folha de S. Paulo*, em 16 de janeiro de 2006, intitulada “País vive febre da droga da obediência”, afirma que as vendas de medicamentos para o TDA/H cresceram mundialmente em 940% em quatro anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Defesa de Usuários de Medicamentos, que reproduz informações da publicação suíça IMS-PMB (Pharmaceutical Marketing Brasil), as vendas destes medicamentos pularam de 71 mil caixas em 2000, para 739 mil, em 2004. Ainda segundo a matéria citada, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão de fiscalização do governo brasileiro, confirma que do ano 2003 para 2004 houve um crescimento de 51% nas vendas das “drogas de obediência”.

Estes dados numéricos são interpretados de maneira diferente pelos profissionais de saúde. Assim, enquanto para o psiquiatra Paulo Mattos, da UFRJ, “o crescimento das vendas ocorreu porque os diagnósticos aumentaram”, em decorrência de pais e professores estarem “mais informados” e, por isso, procurarem mais a ajuda de profissionais, para a pediatra e professora da

UNICAMP, Maria Aparecida Moysés e também para a pediatra do Departamento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria, Laís Valadares, estaria ocorrendo excesso de diagnósticos de TDA/H e de medicalização de um comportamento infantil que pode expressar tanto a dificuldade por parte dos pais e professores em “colocar limites” para seus filhos e alunos, quanto um deslocamento de questões educacionais para o âmbito da saúde, transformando-as em problemas médicos, para alívio dos pais e professores, em detrimento de seus filhos e alunos, de acordo com os depoimentos destes profissionais na citada matéria de jornal.

Estaríamos diante de uma epidemia de comportamentos considerados incapacitantes para a adequação de crianças e de jovens na escola? Esta questão reflete uma contradição que acabou se tornando obscurecida pelas estratégias de saber-poder e de controle que vem conduzindo pais e professores a “aceitar” que seus filhos e alunos sejam medicados porque estariam doentes por um desvio em relação à norma. A contradição se traduz no fato de que as doenças que têm causa biológica ocorrem numa proporção que vai de uma pessoa doente para cem mil até um milhão de pessoas saudáveis. Se os dados falam de um número de crianças da ordem de dois milhões de consumidores do metilfenidrato em 2001, como afirmamos acima, o que seria o transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade?

Na Argentina, psicólogos, professores, pediatras, psiquiatras, neurologistas e psicopedagogos têm discutido a patologização da infância. Desde 2007, realiza-se neste país um encontro que congrega estes profissionais para discutir este fenômeno, pois também constataram o crescimento do consumo de psicofármacos receitados a crianças inquietas e desatentas nas salas de aula. Estes profissionais reuniram-se em 2007 no I Simpósio Internacional “Niños desatentos y hiperactivos” e em 2009 no II Simpósio Internacional sobre “patologización de la infancia: niños o síndromes”. Ambos resultaram da constatação da generalização do uso do DSM-IV por psicólogos e pediatras, assim como por professores, que passaram a aplicar os termos contidos neste instrumento diagnóstico às crianças. Esta conduta adotada por estes profissionais pode ser compreendida como resultado da adesão da psiquiatria norte-americana, que se tornou hegemônica desde os anos 1970/1980, ao modelo biológico, também adotado pela medicina. Acrescente-se a estes fatores a banalização do uso de medicamentos psiquiátricos,

iniciada com o Prozac nos anos 1980, e chegamos à prescrição de psicofármacos para as crianças (Janin, 2009).

Sendo a escola um dos lugares de inserção social de crianças e tendo esta instituição se tornado um fator determinante para a qualificação dos sujeitos que vão disputar vagas num mercado de trabalho cada vez mais exíguo, exige-se das crianças e dos jovens um bom rendimento escolar, uma performance eficiente, para os quais os medicamentos que lhes são administrados poderiam contribuir. Teríamos, então, crianças e jovens que não “funcionam bem” na escola e que, corretamente diagnosticados, poderiam ter seu “comportamento inadequado” medicalizado, desde que para esta disfunção se encontre uma patologia correspondente.

Neste viés de compreensão do fracasso escolar e da resistência das crianças e dos jovens à escola que lhes é oferecida, há um campo bastante espaçoso para o crescimento da indústria farmacêutica, como já apresentamos. Os dois simpósios mencionados foram realizados de modo a iniciar uma ofensiva a estas formas de controle da vida de crianças e jovens.

A Organização das Nações Unidas (ONU) regula as quotas de importação de metilfenidato por cada país. Na Argentina esta quota é de 60 quilogramas por ano. O metilfenidato é um princípio ativo indicado somente para o tratamento do TDA/H. Houve o seguinte crescimento da sua importação pelos laboratórios na Argentina: em 2003, foram importados 23,7 kg; em 2004, 40,4 kg; em 2005, 49,5 kg; em 2007, 82 kg, segundo dados da agência argentina de controle de medicamentos (ANMAT).

No já citado I Simpósio Internacional sobre crianças desatentas e hiperativas, realizado em Buenos Aires, no ano de 2007, foram revelados alguns dados inquietantes que confirmam o desenvolvimento da medicalização e da patologização da infância.

No II Simpósio Internacional sobre a medicalização e a patologização da infância, também ocorrido na cidade de Buenos Aires, em 2009, dados preocupantes foram denunciados, confirmando a disseminação destes expedientes para controlar o comportamento das crianças. Neste segundo evento, destacamos as declarações de alguns profissionais (www.spetroautistico.net/add7.pdf, acessado em 03/06/2010).

Para o pediatra Mario Ignacio Brotsky²⁰

“provavelmente existem alguns casos [de TDA/H], mas o problema é que sob este diagnóstico foram etiquetados e estão sendo medicadas indiscriminadamente com um psicofármaco perigoso, muitas crianças que não prestam atenção e são inquietas em sala de aula”

Para Rosa Silver²¹, os sintomas de desatenção e hiperatividade referem-se a diferentes problemáticas, como atestam as pesquisas realizadas na *Universidad Nacional de San Luis*, sob a direção da psicanalista Alejandra Taborda e na *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales*, em Buenos Aires por ela mesma.

Nestas pesquisas, nas quais foram avaliadas crianças na faixa etária dos 5 aos 12 anos, diagnosticadas como portadoras do TDA/H e com prescrição de uso do metilfenidato, concluiu-se que as crianças apresentavam conflitos psíquicos completamente diferentes, havendo em comum entre elas apenas o traço de não prestarem atenção durante as aulas e possuírem “movimentos e respostas impulsivas”. Recebidas em seu consultório, a psicanalista Beatriz Janin declarou sobre elas o seguinte: “muitas permaneceram sentadas cinquenta minutos, outras brincaram, outras não conseguiram emitir nem uma palavra, mas todas tinham o mesmo diagnóstico. Todo o problema de aprendizagem e/ou conduta acaba etiquetado sem que as crianças sejam ouvidas” (*Idem*, www.spetroautistico.net/add7.pdf).

Ao ouvi-las, Beatriz Janin encontrou, então, o seguinte quadro: algumas estavam vivendo um processo de luto, outras haviam passado por situações traumáticas de abandono na sua primeira infância, ou presenciado situações de violência doméstica. Além disso, Beatriz Janin acrescentou que “estas crianças não prestam atenção por que seu interesse está voltado para outras coisas. Agora muitas crianças estão sendo medicadas por serem desafiantes. Também há crianças que buscam estimular uma mãe depressiva com sua hiperatividade” (*Idem*, www.spetroautistico.net.add7.pdf).

²⁰ Professor do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da *Universidad de Buenos Aires*, na Argentina.

²¹ Psicóloga, professora do curso de especialização em Psicanálise com crianças da *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales*, em Buenos Aires, na Argentina.

A situação apontada por Beatriz Janin também foi confirmada por depoimentos de outros pesquisadores presentes neste Simpósio, como Gisela Untoiglich e Alicia Stolkiner, ambas da *Universidad de Buenos Aires*.

O uso do metilfenidato por crianças por tempo prolongado foi denunciado pelo psiquiatra e psicanalista argentino Juan Vasen como responsável pelo desencadeamento de surtos psicóticos na adolescência, pelo desenvolvimento da obesidade e da depressão. Este medicamento é considerado como um estimulante de ação similar às anfetaminas e devido a sua potencialidade de produzir adição é uma medicação controlada.

Todos estes fatos levaram Juan Vasen a afirmar: “curiosa epidemia esta de TDA/H, que em vez de seguir a lógica das enfermidades parece seguir a [lógica] da oferta e da procura, a [lógica] do mercado. Pois tendo-se encontrado um suposto remédio e estando ele ao alcance de cada vez mais pessoas, em vez de diminuir sua incidência, ocorre um aumento do TDA/H” (*Idem*, www.spetroautistico.net/add7.pdf). Trata-se do crescimento do mercado da doença. Nesta perspectiva, não interessa à indústria farmacêutica, concebida como empresa, encontrar a solução para uma doença se esta se torna um mercado em expansão. Do mesmo modo que, nesta mentalidade empresarial, certas doenças não encontram solução porque as pessoas por elas acometidas não poderiam constituir um mercado.

Embora o *Ministerio de la Salud de la Nación*, órgão governamental argentino, sugira o uso do metilfenidato e da atomoxetina, há no país um movimento de resistência e de crítica a estas recomendações oficiais. Um grupo, formado pelos neuropediatras Leon Benasayag e Jaime Tallis e pelas psicanalistas Silvia Bleichmar e Beatriz Janin, posicionou-se em 2007, alertando sobre o crescimento do diagnóstico do TDA/H e sobre a prescrição indiscriminada de psicofármacos para o seu tratamento. Contrariando o citado órgão governamental da saúde, o *Ministerio de la Educación*, órgão ministerial argentino adotou posicionamento crítico e estaria imprimindo e distribuindo um livro para informar os docentes sobre o tema, com conteúdo resultante das pesquisas realizadas pela psicanalista Beatriz Janin.

Até onde podemos ter acesso a informações sobre a resistência que alguns profissionais vêm opondo às investidas da patologização e da medicalização de crianças e jovens, cremos que é na Argentina que ela tem sido mais frequente e

organizada. Neste país nosso vizinho, psicanalistas, psiquiatras, pediatras e educadores têm realizado ações no sentido de produzir um contra-discurso que se opõe às práticas discursivas da patologização e da medicalização das condutas desviantes da norma, em crianças e jovens.

Não à toa, é entre os psicanalistas, embora não somente, que este movimento de reação às estratégias de controle do biopoder tem tomado forma. Isto se deve, dentre outros fatores, ao fato de que o dispositivo psicanalítico põe em circulação uma forma de produção de conhecimento diferente daquela dominante em nossa sociedade. A preeminência da relação sujeito cognoscente-objeto de conhecimento na modernidade expressa uma relação de poder em que o outro se objetiva por meio do olhar científico que produz um saber sobre ele. Este saber terá a função de controlar a subjetividade deste outro, contribuindo para sua produção.

Diferentemente deste modelo, o dispositivo psicanalítico instaura, seja na relação dual analista-analisando, seja na relação com um grupo, um método clínico rigoroso que funciona com base na associação livre. O saber que aí se produz resulta da circulação da pulsão no exercício da fala e da escuta. Este saber desconstrói a relação sujeito-objeto no seu viés moderno, acima indicado. Embora estabeleça outra relação de poder – não poderíamos escapar a isto, como nos revelou M. Foucault –, o poder que caracteriza o dispositivo analítico é um poder-potência que opera “nos próprios processos de subjetivação, produção que impõe ao analista a tarefa permanente e interminável de colocar em análise suas próprias implicações” (Santa Cruz, 2006, p.110).

Neste tipo de prática, a transferência permite pensar o sintoma. É na sua condição paradoxal que a transferência se torna potência e pode liberar a potência aprisionada. O sintoma é o que, entendido neste viés, tanto expressa o sofrimento como resultado da limitação, da coagulação dos fluxos da vida, quanto contém as forças propulsoras da potência de transformação e de criação. A psicanálise se propõe a instaurar este processo de modo a permitir que o sintoma que é colocado a falar libere as forças pulsionais aprisionadas, de modo que estas possam criar outras ligações e constituir novas territorialidades, num desenvolvimento processual.

Ora, é neste sentido que a psiquiatria biológica vai de encontro à psicanálise. Ao tentar reduzir os sintomas a transtornos classificáveis, que se tornam objeto de medicalização, as práticas terapêuticas que operam neste viés, sejam as psiquiátricas, sejam as outras que possuem o radical psi (como bem apontou

Foucault em *Vigiar e Punir*), configuram estratégias que tomam a forma do controle ao criar novas formas de enclausuramento, de encerramento do sujeito. Estas novas formas de controle, que não dispensam as formas do poder disciplinar de produção de subjetividades, objetivam aprisionar os sujeitos em uma identidade.

A medicalização e a patologização de crianças e jovens têm na escola, como mostramos, um de seus *loci* privilegiados de atuação. Esta situação parece exemplificar uma das formas de controle que a psiquiatria biológica e os ecos de seu discurso presentes em outras modalidades terapêuticas, inclusive certos modos de pensar e praticar as clínicas psi, vêm impondo como estratégia neste campo de forças.

A psicanálise disputou poder durante o século XX com a psiquiatria e a neurobiologia. E hoje encontra-se sob a mira de argumentos que provêm de diferentes adversários: as neurociências, o cognitivismo, a genética, etc. Estas ciências buscam compreender e prometer “soluções” para uma série de questões que, vistas sob o ângulo mais ou menos privilegiado constituído pela biologia, deixariam de “afligir” a humanidade. O desenvolvimento e o alcance da psicofarmacologia está na base deste cenário em que as possibilidades dos medicamentos constituiriam uma “ideologia medicamentosa” (Roudinesco, 2000, p.24)²², cujo poder é cada vez mais crescente no sentido de evitar a interiorização, pelo sujeito, sobre sua angústia. O medicamento calaria a compreensão da causalidade psíquica que produz um sintoma. Além de ser receitado tanto para os que precisam quanto para o que não precisariam dele.

Quanto a este último aspecto, matéria publicada recentemente num jornal de ampla circulação na cidade do Rio de Janeiro²³ sobre o excesso de prescrição de medicamentos apresenta os seguintes dados: 30% do orçamento dos laboratórios da indústria farmacêutica são destinados à publicidade, segundo depoimento da médica Thaís Helena A.J. Queluz, titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual Paulista. Este é um dos fatores que têm contribuído para uma lógica perversa de comercialização de fármacos fazendo com que, no Brasil, sua prescrição indiscriminada, sem levar em conta critérios apoiados em avaliação mais atenciosa da queixa apresentada pelo paciente, e sem tomar por referência a

²² Esta questão é desenvolvida por Elisabeth e Roudinesco em seu livro *Por que a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000, para o qual remetemos o leitor, especialmente em sua primeira parte, intitulada “A sociedade depressiva”, p. 13-52.

²³ MARINHO, Antonio. “Receitas que matam”. In: *Jornal O Globo*, Caderno Ciência, seção Saúde, p. 51, 27 de fevereiro de 2011.

literatura especializada, tenha se tornado a causa de 30,7% das intoxicações e de 19,7% dos óbitos, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil.

Ainda nesta matéria jornalística, afirma-se que existe uma disciplina no currículo das cerca de 170 faculdades de medicina no Brasil, denominada URM, Uso Racional de Medicamentos, embora poucas destas instituições responsáveis pela formação de médicos exijam que seus alunos se matriculem naquela disciplina.

Outra matéria publicada em outra edição do mesmo jornal ²⁴ traz as seguintes informações: de 2006 a 2010 a venda do clonazepam cresceu 41,9% no Brasil. Dentre os benzodiazepínicos prescritos e/ou adquiridos pela população, alguns conhecidos em virtude de seu uso ter-se popularizado, como Valium, Lorax, Olcadil, Lexotan e Frontal, atualmente o Rivotril ocupa lugar de destaque. Rivotril é o nome de marca do princípio ativo clonazepam.²⁵ Depoimento do psiquiatra brasileiro Ronaldo Laranjeira, professor de psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, afirma que o clonazepam pode causar dependência e proporcionar riscos de acidentes em virtude de seus efeitos sedativos, se for usado sem critérios e sem cuidados por parte de quem o prescreve. Na mesma matéria, a psiquiatra Ana Cecília Pelta Roselli Marques, pesquisadora do Instituto Nacional de Tecnologia e Ciência nas Políticas sobre Álcool e Drogas alerta para o risco de o uso do clonazepam num período de três a seis meses pode causar tolerância e a conseqüente necessidade de se aumentar sua dose para manter o efeito inicialmente atingido.

No entendimento destes psiquiatras, o uso indiscriminado de medicação pela população, seja pela automedicação, seja pela prescrição realizada pelas mídias conduz à diminuição da capacidade das pessoas desenvolverem recursos psíquicos para encontrar solução para seus problemas.

²⁴ MARINHO e NOGUEIRA, Antonio e Viviane. “Consumo de calmantes cresce 40% no Brasil”. In: Jornal O Globo, Caderno Ciência/ Saúde, p40, 13 de fevereiro de 2011.

²⁵ Colaboram ainda para o sucesso do Rivotril seu baixo preço e sua promoção não ética realizada pelas farmácias e pela indústria farmacêutica, como afirma a matéria.

Estes psiquiatras citados nestas matérias estão apontando para o excesso do consumo de medicamentos que estaria na base da tendência de psiquiatrização da sociedade. Segundo o psiquiatra brasileiro Jorge Alberto Costa e Silva²⁶, que já foi presidente da Associação Mundial de Psiquiatria e diretor da divisão de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), estaria ocorrendo um crescimento de diagnósticos psiquiátricos no meio social articulado com interesses da indústria farmacêutica. Este psiquiatra confirma a tese de que

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. Se o sujeito é tímido e você forçar um pouquinho, ele pode ser enquadrado na categoria de fobia social. Se ele tem mania, leva um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. Hoje em dia, se um indivíduo não tomar cuidado e passar desavisado pela porta de um psiquiatra pode entrar numa categoria dessas e sair de lá com um diagnóstico e um tratamento na mão. (...) Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes.

(Costa e Silva, J.A, *apud* Aguiar, *opus. cit.*, 2004.)

Em que pesem as posições assumidas por estes psiquiatras brasileiros, o pensamento atualmente hegemônico neste campo é aquele que tem sido pautado pela biologia, pelas neurociências e pela genética. Desse modo, como vimos ao longo deste capítulo, tem havido uma crescente e poderosa hegemonia do discurso da neurologia e da psiquiatria biológica sobre outras formas de conhecimento voltadas para o que, de maneira ampla, se denomina o campo da saúde. Esta hegemonia tem pautado a ação de psicólogos, psicopedagogos, pediatras, fonoaudiólogos e até mesmo alguns psicanalistas, que têm se voltado para o estudo das neurociências, tendo surgido recentemente o ramo da neuropsicanálise.

Assim, parece que, embora haja muitas nuances nesse quadro complexo emoldurado pela medicalização e pela patologização dos afetos e dos

²⁶ Médico do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, membro do Centro de NeuroPsicoTerapia em associação com AEDEP Institute, sediado em Nova Iorque, EUA. A sigla AEDP significa Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy. O Centro de NeuroPsicoTerapia (NPT), segundo um folder de divulgação de um curso para formação de terapeutas explica que a “NPT evoluiu das psicoterapias psicodinâmicas breves e hoje faz parte das psicoterapias contemporâneas de regulação do afeto. É um modelo experiencial, afetivo-relacional que, sustentado pelo engajamento emocional do terapeuta, tem por foco a experiência somática, emocional e cognitiva das emoções traumáticas. A atividade terapêutica da NPT tem como propósito liberar o potencial regenerador, transformador e curativo inato ao funcionamento do organismo da pessoa” (www.neuropsicoterapia.com.br).

comportamentos nas sociedades globalizadas da atualidade, a tônica destes procedimentos e estratégias que se apóiam na disciplinarização para desenvolver e fortalecer práticas de controle incide sobre concepções biologizantes da vida.

Estamos assistindo a uma luta de forças em que a farmacologia objetiva realizar o projeto de cientistas que creem na causalidade orgânica como a chave para a compreensão e a solução dos diferentes sintomas psíquicos, tornando os profissionais do campo da saúde importantes coadjuvantes deste movimento.

4.3.4

Um mundo de adultos depressivos e crianças com déficit de atenção, hiperatividade, dislexia, etc.

Como bem mostram Aguiar (2004, p.94-114) e Roudinesco (2000, p. 13-42) haveria hoje uma “epidemia” de depressão como manifestação dominante do sofrimento psíquico.

Aguiar busca compreender essa suposta epidemia distanciando-se tanto da abordagem sociológica, que consiste em considerar o aumento da depressão como decorrência de uma sociedade desumana, competitiva ao extremo, dominada pela tecnologia, quanto da abordagem organicista, que compreende o aumento dos casos de depressão como resultante da constituição de uma psiquiatria finalmente científica. Assim constituída, a psiquiatria poderia diagnosticar casos que sempre teriam existido por uma predisposição biológica, porém antes invisível para aquela psiquiatria então desprovida dos recursos tecnológicos e diagnósticos mais precisos. O defeito da compreensão sociológica é o de enfatizar certa desumanização da sociedade atual em detrimento da compreensão do fenômeno da depressão. A perspectiva organicista, por sua vez, tem o inconveniente de naturalizar a depressão que, nesse viés interpretativo, é tornada como uma doença, como realidade objetiva e natural.

Acompanhando as análises de Philippe Pignarre²⁷ sobre o medicamento, Aguiar afirma que para compreender o crescimento dos diagnósticos de depressão nas sociedades atuais

“é preciso analisar minuciosamente as relações que se estabelecem entre socialização do discurso médico no capitalismo contemporâneo e os efeitos produzidos pelo DSM no funcionamento da clínica psiquiátrica.”
(Aguiar, 2004, p.96)

Como já apontamos anteriormente, na relação produtor-comprador do medicamento psiquiátrico o médico é um intermediário que funciona como “comprador do conceito do medicamento” (*idem*, p.97) em seu contato com o representante do laboratório. O comprador final recebe do médico a prescrição, que resulta, por sua vez, do convencimento que este último experimenta quanto às indicações e características do medicamento veiculadas pelo representante. O final dessa lógica que rege este tipo de mercadoria é a aquisição desta por seu comprador final: o paciente.

De acordo com Aguiar, existem os medicamentos OTC (*over the counter*), que podem ser comprados livremente, sem necessidade de prescrição médica, não estando sua venda sujeita à nenhuma regulamentação, como qualquer outra mercadoria no mercado capitalista. Neste caso, o laboratório produtor do medicamento se vale de campanhas publicitárias dirigidas ao seu consumidor, como podemos constatar nos meios de comunicação impressos e audiovisuais que chegam até nossas casas.

No caso dos medicamentos psiquiátricos, que, em tese, estariam submetidos a dispositivos mais rigorosos de consumo, tem havido um deslizamento para minimizar o papel do médico como transmissor do valor de uso do medicamento. Esse deslizamento ocorre, por exemplo, nas estratégias das campanhas publicitárias dos medicamentos psicotrópicos.

Aproveitando a brecha proporcionada por preocupações educativas dos organismos de saúde pública que promovem a divulgação de sintomas para serem reconhecidos e detectados pela população que, assim instruída, deverá procurar um médico para tratamento, as indústrias farmacêuticas têm financiado campanhas de esclarecimento para médicos e pacientes que, em verdade,

²⁷ Philippe Pignarre é epistemólogo e sociólogo francês, autor de obras que investigam o tema dos medicamentos modernos.

funcionam nos moldes de campanhas publicitárias para o uso dos medicamentos OTC ²⁸. Na esteira deste procedimento, os meios de comunicação de massa “informam” seu público sobre vários aspectos da depressão (declaração de pacientes, comentários de psiquiatras, esclarecimentos sobre modos de detectar seus sintomas, o valor positivo do uso dos antidepressivos e de psicoterapias, etc.) contribuindo, assim, para o funcionamento da lógica da indústria farmacêutica: utilizando procedimentos para a publicidade dos medicamentos OTC, ela vende o conceito da doença, pois está proibida de fazer propaganda do medicamento psiquiátrico, dirigindo-se à população sem a intermediação do médico ²⁹. Assim, a indústria farmacêutica dribla, legalmente e sem desonestidade científica, a proibição da publicidade dos medicamentos psiquiátricos dirigindo-se à população com o objetivo explícito de informá-la sobre um tema de “saúde pública”, mas que implicitamente dissemina conhecimentos e conceitos que desempenham a função de elevar o consumo daqueles medicamentos. Trata-se, portanto, de uma estratégia que objetiva priorizar os interesses econômicos da indústria

²⁸ Aguiar informa sobre isto o seguinte: “(...) na Grã-Bretanha, as associações de psiquiatras e de clínicos gerais promoveram o Defeat Depression Campaign, de 1991 a 1995, dirigida aos clínicos gerais e ao grande público, que contribuiu com um aumento de 33% no consumo de antidepressivos. Ou ainda o National Depression Screening Day, que é uma campanha anual dos Estados Unidos, desde 1991, com o objetivo de conscientizar e recrutar novos deprimidos. Tratam-se de campanhas de sensibilização para ensinar a população a reconhecer seus sintomas e aprender os critérios para se fazer o diagnóstico”.

Quanto aos efeitos das campanhas publicitárias sobre o desejo público de saber sobre determinadas doenças, Aguiar cita o seguinte exemplo de peça publicitária veiculada nas redes de televisão brasileiras: “A propaganda mostra ninguém menos do que o Rei Pelé lembrando seus tempos de jogador de futebol e dizendo que à época existia um problema sobre o qual ninguém falava: a impotência sexual. Em seguida aparece um Maracanã lotado e o ex-jogador dizendo: ‘As pessoas não devem ter vergonha de falar sobre isso. Hoje em dia, muitos já se curaram da impotência. Converse com seu médico.’ Em momento algum é citado o nome de qualquer medicamento; mas sua existência fica implícita quando aparece a marca do laboratório farmacêutico responsável pela propaganda-campanha. A propaganda se apóia na ética da saúde lançando mão da legitimidade de um discurso científico, apontando para o encontro final do consumidor com o medicamento, sem querer mencioná-lo” (Aguiar, 2004, p. 99-100).

A mesma estratégia também é utilizada em campanhas em praças públicas na cidade do Rio de Janeiro, com o aval do poder público municipal. Oferecem-se à população folhetos explicativos que vão desde o tema “Palmada é covardia”, de autoria da Primeira Vara da Infância e Juventude (além de serem assinados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Disque-Denúncia, SOS Criança e FIA), passando por instruções sobre hábitos de higiene voltados para a manutenção da saúde das crianças em folheto patrocinado, dentre outros, pelo laboratório Schering-Plough Linha Pediátrica (na sua última página há farta informação sobre como entrar em contato com o laboratório), até informações sobre o que é Doença do Reflexo Gastroesofágico (DRGE) etc.

²⁹ D. Healy (Healy, 1997, p.215, *apud* Aguiar, 2004, p.98) afirma que vem se constituindo um movimento que tem ganhado força em alguns países, no sentido de incluir medicamentos psicotrópicos na categoria de medicamentos OTC.

farmacêutica ao mesmo tempo em que as informações científicas sobre as doenças são socializadas.

As consequências dessa difusão social do conceito da doença capacitam o paciente para que ele se autodiagnostique e já chegue ao consultório do médico com uma sugestão para o tratamento a ser prescrito para a cura da sua doença. Este diagnóstico realizado pelo próprio paciente equivale ao modo como o DSM se constituiu como instrumento: uma listagem de sintomas identificáveis que terminam por virtualizar a ação do médico.

Este mecanismo tem contribuído para a constituição de um **sentimento de estado de risco de adoecer de depressão**, que vem se generalizando. Este sentimento pressupõe que a depressão é uma doença, embora, como já mostramos, não exista um marcador biológico que constitua um sinal objetivo para que se a defina como doença. As campanhas publicitárias terminam por reforçar a ideia de que o risco de depressão é grande, mas que todos podem ficar tranquilos, pois já existiriam tratamentos adequados para esta doença. Se alguém está triste ou com apreensões decorrentes de problemas da vida cotidiana, será melhor, dentro desta óptica, procurar logo um médico para que ele prescreva um antidepressivo. E se o médico recebe um paciente com esta demanda, ele também objetivará evitar o risco do adoecimento, assumindo o tratamento como estratégia principal para a cura dos sintomas do paciente.

Nossa intenção ao abordarmos esta suposta epidemia de depressão é traçar um paralelo entre a disseminação do conceito de depressão como doença e a disseminação das doenças atribuídas às dificuldades que as crianças e jovens apresentam no ambiente escolar como expressões do biopoder e de formas de controle sobre os sujeitos. A nosso ver, um dos modos como na atualidade se exercem o poder disciplinar e o controle sobre os indivíduos e populações consiste na aplicação de tecnologias de medicalização e patologização da vida. Estas tecnologias, estimuladas pelos interesses financeiros da indústria farmacêutica, com a colaboração de cientistas e terapeutas que crêem na organogênese dos transtornos mentais e recebem desta indústria “incentivos” financeiros para o desenvolvimento e a defesa destes princípios, operam a produção de subjetividades que compõe um mundo de adultos depressivos, fóbicos, obsessivo-compulsivos etc. e de crianças com transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, dislexia etc.. Desse modo, não alongaremos esta análise da depressão, para o que remetemos o leitor para o

capítulo intitulado “Depressão” do livro de Adriano Amaral do Aguiar: *A Psiquiatria do divã*, p.102-114, citado na bibliografia.

Roudinesco (2000) considera que a depressão é a forma como o sofrimento psíquico se manifesta atualmente. O homem deprimido da atualidade buscaria vencer o vazio de seu desejo buscando encontrar sua solução em todo tipo de terapêutica que o mercado das terapias e dos psicofármacos poderia oferecer, sem que ele precisasse entrar em contato com a origem de seu mal-estar. Este homem deseja resultados rápidos e eficientes que o mantenham dentro de uma certa norma. Para isto ele se volta pra todas as promessas de cura de seu sofrimento, desde as que reivindicam o estatuto de cientificidade até aquelas que se denominam alternativas. Neste estado de crença numa ilusão de cura do mal-estar, para quê viver os conflitos se, por exemplo, a neurologia poderia solucionar os distúrbios psíquicos deles decorrentes criando medicamentos que operam sobre o funcionamento das células nervosas, neste parâmetro de compreensão do homem-máquina? De acordo com Roudinesco, a sociedade liberal depressiva, esta forma que as sociedades democráticas modernas assumiram como mostramos anteriormente, se caracteriza

“por uma valorização dos processos psicológicos de normalização, em detrimento das diferentes formas de exploração do inconsciente. Tratado como uma depressão, o conflito neurótico contemporâneo parece já não decorrer de nenhuma causalidade psíquica oriunda do inconsciente. No entanto, o inconsciente ressurgiu através do corpo, opondo uma forte resistência às disciplinas e às práticas que visam a repeli-lo.”

(Roudinesco, 2000, p.18)

No entanto, o recuo da psicanálise como terapêutica frente à Psiquiatria biológica é concomitante à sua popularização na sociedade. Porém a forma como a psicanálise está presente no meio social constitui-se num certo paradoxo. Este refluxo poderia se dever ao fato de que seu isolamento nas sociedades psicanalíticas poderia tê-la transformado numa disciplina cujo interesse estaria se concentrando cada vez mais entre os próprios psicanalistas, restringindo seu interesse a esta faixa da população. Porém, aí estaria o paradoxo, a psicanálise está presente tanto no discurso de seus praticantes quanto no das massas e das elites, além de sua presença na mídia. Estaria também, ainda segundo Roudinesco, servindo “de referência histórica para a psicologia clínica que, no entanto, veio substituí-la” (Roudinesco, 2000, p.28). O desenvolvimento da farmacologia e suas

promessas de cura também têm contribuído para seu descrédito, embora o uso de medicamentos não se oponha ao tratamento pela fala, como na constituição da psiquiatria dinâmica. A prescrição de medicamentos para a depressão, por exemplo, tornou-se também uma prática entre os médicos generalistas (Aguiar, p. 29-31). Há, portanto, uma estratégia biopolítica em curso, que dentre outras formas de ação, opera a exigência de que os sintomas psíquicos sejam atribuídos a uma causalidade orgânica. Uma estratégia de controle subjetivo do intolerável, das dificuldades inerentes ao viver, em nome de um silêncio que se impõe ao sujeito, que passa, então, a ter sua experiência subjetiva modulada pelas descobertas das neurociências, do cognitivismo e da genética³⁰.

Ora, parece-nos que esta estratégia de implantação de uma “epidemia de depressão e de outras doenças” é comparável ao que vem ocorrendo no âmbito da medicalização e da patologização das crianças e dos jovens (dos adultos também!) na escola, onde todos são vistos sob o viés do “homem comportamental reduzido a uma máquina, a uma coisa, a um neurônio, a um computador”. A este homem controlado pelos medicamentos e por variadas terapias “prometem uma espécie de nirvana, com a condição de que [ele] renuncie à sua liberdade” (ROUDINESCO, 2009, p. 222). O recuo da psicanálise pode ser constatado, por exemplo, em dois eventos ocorridos no Rio de Janeiro e outro em São Paulo, ambos voltados para a questão da medicalização na escola, embora eles partissem de pressupostos diferentes³¹.

³⁰ Uma rápida visita a livrarias e bancas de jornal espalhadas pela cidade é suficiente para se constatar a quantidade de publicações voltadas para a divulgação e a popularização das descobertas destes campos de pesquisa, em textos que, muitas vezes estão desprovidos de uma abordagem crítica. Dentre os títulos, pode-se encontrara, por exemplo, os seguintes: “Turbine seu cérebro”, “Alimentos que potencializam o cérebro”, “Como manter seu cérebro ativo” e muitos outros deste gênero.

³¹ O primeiro evento ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, e foi realizado pela Escola Professor do Sindicato dos Professores do Rio de Janeiro, nos dias 24 e 25 de outubro de 2003, no auditório Gilberto Freyre, do Palácio Gustavo Capanema. E teve uma segunda edição nos dias 7 e 8 de maio de 2004.

O terceiro evento ocorreu na cidade de São Paulo. Ele teve origem em movimento iniciado por vários profissionais e entidades representativas de psicólogos, pediatras, grupos de pesquisa de universidades, instituições de ensino e pesquisa etc., inicialmente como uma resposta ao Projeto de Lei 0086/2006 de autoria de um vereador da Câmara da Cidade de São Paulo, que propunha a contratação, pela prefeitura desta cidade, de equipes terceirizadas compostas por especialistas em diagnóstico e tratamento de dislexia. O movimento cresceu e ganhou adeptos em outras instituições e instâncias da sociedade, de diversas naturezas e ares de atuação, que passaram a fazer frente a esta tentativa de medicalização de problemas de natureza social. Com o prosseguimento de ações empreendidas por estes profissionais e instituições, no sentido sempre de fazer frente àquela tendência que visa encobrir dificuldades de cunho institucional, social e político, utilizando, para isto, a estratégia de individualizar problemas transformando-os, assim, em doenças, foi criado o Grupo de Trabalho Institucional sobre Medicalização. Este último vem realizando a divulgação de produção científica sobre processos de medicalização da sociedade, já tendo realizado o simpósio “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, no final de 2010, na cidade de São Paulo.

Neste contexto, parece-nos que a psicanálise, assim como todo o conhecimento que ela produziu e produz sobre as crianças e os jovens, tem ficado um pouco de fora deste debate sobre o tema da medicalização e patologização da vida na escola. Não podemos afirmar que esta questão não esteja sendo objeto de atenção e de pesquisa por parte de psicanalistas e de suas instituições, pois não nos foi possível verificar esta aspecto da questão nesta tese. Porém, tomando por base duas publicações recentes que resultaram de iniciativas de profissionais da área da educação e da saúde, constatamos que o conhecimento psicanalítico não aparece, pelo menos no sentido mais forte, em seu conteúdo. Como a transformação de comunicações, palestras debates etc. em publicações permite a disseminação das idéias de seus autores para um público mais amplo, analisaremos brevemente, a seguir, estas publicações que recentemente vieram à luz: um número da Revista Sinpro e um livro que resultou de ações do Grupo Interinstitucional sobre Medicalização, ambos versando sobre o tema em questão.

A Escola do Professor do Sindicato dos Professores do Rio de Janeiro realizou um seminário intitulado “Dificuldades de Aprendizagem – compreender para melhor educar” que teve duas edições em virtude de grande procura por parte de professores interessados em participar do evento, como explica a organizadora do evento nas páginas iniciais da Revista do Sinpro. As edições ocorreram em outubro de 2003 e em maio de 2004, contando com quatrocentas inscrições em cada (Fraguito, 2004). A revista Sinpro, publicada por este órgão de representação sindical dos professores da cidade do Rio de Janeiro, organizou uma edição com doze das comunicações apresentadas naqueles seminários.

Não há nesta publicação nenhum artigo de base psicanalítica. Dentre os autores há um neurologista, quatro neuropediatras, um professor de pós-graduação em educação, uma psicóloga e psicopedagoga, uma professora de graduação em fonoaudiologia, uma fonoaudióloga, uma psicomotricista e psicopedagoga e terapeuta da família sistêmica. Se a predominância de profissionais do campo da neurologia não necessariamente daria o tom medicalizante aos textos, pois eles poderiam se posicionar criticamente sobre a inflação de diagnósticos de dificuldades escolares, os títulos das comunicações e seus conteúdos contêm, em sua maioria, um posicionamento que não questiona os procedimentos que transformam problemas de origem social, cultural, relacional etc. em doenças a serem curadas com medicamentos ou com terapias que se pautam pelos

paradigmas da medicalização e da patologização das crianças e dos jovens, isentando a instância educacional de suas responsabilidades pelas dificuldades de aprendizagem. A maior parte dos textos que compõem esta publicação não colocam em dúvida afirmações cujos fundamentos cientistas como Steven Rose³² denunciam como desvios da consideração dos problemas sociais para raciocínios que constituem uma forma de explicação dentro do paradigma do determinismo biológico para as condutas diagnosticadas e classificadas como transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, dislexia, etc. (Rose, 2006, p. 288). Assim, o tom dominante nesta publicação que resultou daqueles eventos nos quais houve grande procura e comparecimento de professores foi dado pelo discurso medicalizante. A tônica das comunicações publicadas assume, em geral, o sentido de capacitar os professores para o reconhecimento dos sintomas e o conseqüente encaminhamento de crianças e jovens para os “profissionais especializados” tratem estes sintomas, seja porque já constituiriam uma “doença”, seja para evitar os “riscos” de sua instalação. Inclusive o título da publicação, “Dificuldades de Aprendizagem – compreender para melhor educar”, não menciona o outro lado, o ensino, evitando, assim talvez, tocar nas dificuldades que os profissionais encontram nos processos de ensino.

A publicação, em sintonia com o que parece ter sido a tônica dos seminários, traz este viés da fundamentação epistemológica dos campos do conhecimento que se voltam para a saúde na medicina moderna. Como afirmam Moysés e Collares,

“Não se deve esquecer que a medicina constitui seu estatuto de ciência moderna atribuindo-se competência para legislar e normalizar o que seja saúde ou doença e, ignorando suas raízes positivistas, biologiza a vida. Também não se pode omitir que esse processo se inicia com a medicina e se mantém inalterado em todos os campos científicos dela derivados, como psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia”.

(Moysés e Collares, 2010, p. 72)

A medicina moderna constitui, portanto, o fundamento epistemológico de todos os campos de conhecimento que se voltam para a saúde individual ou da

³² Steven Rose é neurocientista, diretor do *Brain and Behaviour Research Group* na *Open University* e professor-visitante da Anatomia e Biologia do Desenvolvimento no *University College*, ambos em Londres. Em seu livro *O cérebro do século XXI*, ele afirma a “preocupação com as pretensões cada vez mais prepotentes de alguns de meus colegas neurocientistas e geneticistas [que] se acentuam à medida que a neurociência se transforma diretamente em neurotecnologia, aumentando as discussões sobre o que passou a ser conhecido como neuroética”.

população. Estes campos abrigam em seus pressupostos os paradigmas medicalizantes, não importando se suas práticas são realizadas independentes de orientação e controle exercidos por um profissional médico, que, em existindo, ocuparia o ápice da hierarquia na condução das terapêuticas concebidas neste viés. Assim, o discurso e a prática medicalizantes estão presentes nas diferentes especialidades do campo da saúde, inclusive atingindo certos setores da prática psicanalítica. Não é incomum a reunião de profissionais com objetivos terapêuticos se constituir e se legitimar apoiando-se na reivindicação de cientificidade da psiquiatria biológica e da neurologia. Não se trata, como já afirmamos, de desconsiderar ou de refutar as contribuições que estes campos de pesquisa e de conhecimento possam oferecer para a construção de soluções conjuntas para a abordagem de doenças realmente existentes, mas, sim, de desmistificar a hegemonia epistemológica da concepção científica biomédica presente nas práticas médicas atuais e sua projeção nos campos de saber e de terapêuticas, despotencializando estes últimos por meio da formação de campos híbridos parasitados por relações de poder por vezes difícil de reverter sem que aqueles pressupostos epistemológicos sejam, ao menos, relativizados.

A concepção científica biomédica é um tipo de racionalidade médica que caracteriza a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina, de acordo com Camargo Júnior (2003). O longo caminho percorrido no tempo pelas diferentes formas de compreender e apreender a realidade, desde o surgimento da filosofia grega até a constituição do racionalismo clássico (com Galileu, Newton, Descartes, Kant), culmina em fins do século XVIII e início do XIX no surgimento do positivismo de Augusto Comte e, posteriormente com os neo-positivistas, na concepção de ciência como modo de produção de verdades. É neste momento que a clínica se constitui, como aponta Foucault em sua obra *O nascimento da clínica* (1980).

Embora imersa na racionalidade da mecânica clássica, que se apóia na aplicação do método experimental em busca da compreensão das “leis universais” a serem decifradas no livro da Natureza, a racionalidade médica operou de um modo particular ao construir um viés epistemológico que buscou isolar componentes discretos para posteriormente reintegrá-los em seus modos originais de funcionar dentro de um todo compreendido como a soma das partes. Ou seja, para se compreender o funcionamento mecânico do todo é necessário, nesta

perspectiva, conhecer o funcionamento das suas partes, que, somadas, reconstituem o todo. Essa racionalidade é compreendida por Camargo Júnior como constituída por três características que a fundamentam: seu caráter generalizante, mecanicista e analítico. O caráter generalizante dessa racionalidade se expressa no fato de que ela produz “discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis”. O caráter mecanicista traduz a tendência a “naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o ‘Universo’ a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos”. E no caráter analítico “a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das ‘leis gerais’ do funcionamento da ‘máquina universal’ pressupõe o isolamento das partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes” (Camargo Júnior, 2003, p. 101-107).

É dentro desta perspectiva que esta medicina que se origina da anatomoclínica se constitui como medicina do corpo, das lesões e das doenças, tornando a medicina ocidental uma ciência das doenças. Uma doutrina médica está presente nas práticas discursivas atuais, seja no exercício do saber médico, seja na formação acadêmica destes profissionais, que pode resumidamente ser expressa como se segue:

“as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta” (Idem, p.117).³³

Numa perspectiva totalmente diferente, a publicação do Grupo de Trabalho Interinstitucional Sobre Medicalização, que se constituiu na cidade de São Paulo, a saber: *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (2010), resultou do posicionamento crítico de profissionais do campo da medicina, da psicologia, da pediatria, da fonoaudiologia, da educação formal e não-formal, assim como de seus órgãos de representação, departamentos de universidades etc., frente à crescente medicalização e patologização de crianças e jovens que apresentam problemas de conduta e/ou aprendizagem na escola. O que desencadeou a constituição deste

³³ Para uma análise mais pormenorizada desta questão, remetemos para a obra citada.

Grupo e os diversos eventos que foram realizados com o objetivo de discutir a questão da medicalização de crianças e adolescentes foi a reação ao Projeto de Lei 0086/2006 de um vereador paulista que

“propunha a contratação, por parte da Prefeitura, de equipes terceirizadas compostas por especialistas em diagnóstico e tratamento da dislexia. Tais profissionais atuariam diretamente nas escolas municipais, a fim de a) diagnosticar supostos alunos disléxicos; b) treinar professores para o reconhecimento de alunos suspeitos de portarem esse suposto transtorno e intervenção sobre o alunado; c) tratar e acompanhar a escolarização dos alunos assim diagnosticados; d) assessorar os professores de alunos com o diagnóstico de dislexia”

(Angelucci e Souza, 2010, p. 7)

Este Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre medicalização descobriu que havia mais três projetos de lei com teor semelhante não somente na Câmara Municipal de São Paulo, em 2009, como também nos outros níveis do poder legislativo (estadual e federal). Além de São Paulo, descobriu-se também a existência de projetos com teor semelhante nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso e Ceará, além de um projeto nacional na Câmara dos Deputados em Brasília.

Estes fatos corroboraram a distorção que significa a desconsideração dos graves problemas que afetam a estrutura e o funcionamento do sistema educacional, especialmente do que compete à esfera pública no Brasil, isentando as instâncias responsáveis por ele das dificuldades de escolarização de crianças e de jovens, contribuindo para a classificação destas dificuldades como doenças dos alunos, estigmatizando-os e empurrando-os para a patologização de suas vidas. Além disso, este tipo de ação denunciada pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional também se inscreve nas estratégias de formação de clientela para atender às necessidades de formação de um mercado de trabalho.

Assim, desde seu início este Grupo se pautou por articular vários profissionais do campo da saúde e da educação que vêm desenvolvendo um pensamento crítico em relação à medicalização e à patologização do comportamento de crianças e jovens no meio escolar, além de uma prática clínica apoiada em fundamentos opostos aqueles modelos de fazer ciência, produzir conhecimento e praticar a clínica. que também estamos criticando nesta tese.

Mas embora os textos possuam esta característica, também não encontramos nesta publicação a presença mais forte das contribuições da Psicanálise, embora em

cinco artigos, de um total de quinze que compõem o livro, sejam feitas menções à teoria psicanalítica e a autores. Dentre os clássicos, Freud é citado em quatro artigos e Winnicott em apenas dois. O Vocabulário de Laplanche e Pontalis é citado em um artigo. São citados também psicanalistas brasileiros, como Joel Birman, Benilton Bezerra, Reinaldo Voltolini, ou que trabalham no Brasil, como Leandro de Lajonquière. De fato não dá para afirmar que a psicanálise esteve ausente, mas pensamos que é possível uma presença maior³⁴.

Como mostramos neste capítulo, a escola constitui hoje como uma instituição atravessada pelo discurso e pelas intervenções medicalizantes. Crianças, jovens e adultos que experimentam mal-estar na escola têm esta experiência subjetiva deslocada para a abordagem neurológica, psiquiátrica, fonoaudiológica etc. regida pelos parâmetros da compreensão cientificista.

4.3.5 A criança indócil

Na aula de 19 de março de 1975, a última do curso *O anormais*, Foucault afirma que seu propósito nestas aulas era “fazer a genealogia do anormal a partir de três personagens: o grande monstro, o pequeno masturbador e a criança indócil” (p. 371). Embora não desenvolva a genealogia deste último personagem sequer esboçada, por falta de tempo, diz ele, seu perfil vai emergir nesta aula.

Não será esta criança indócil que a psiquiatria biológica tenta encurralar atualmente na escola? Uma vez que as famílias na contemporaneidade delegam à escola o papel de educar seus filhos, além da função de ensinar, de promover a aprendizagem, que seria primordial nesta última, e, por sua vez, estando a escola desfigurada desta função, seja em virtude de um esclerosamento de suas práticas disciplinares, seja do seu desinvestimento simbólico pela sociedade, estariam a medicalização e a patologização de crianças e de jovens na escola exercendo este papel de controle, de administração subjetivos, servindo-se e apoiando-se na poderosa disciplinarização que persiste na vida escolar no modelo dominante, hegemônico de escolarização?

Curiosamente, a infância e a adolescência vêm se tornando uma espécie de instância soberana em relação aos adultos. Desde que, como vimos com Ariès no

³⁴ Não é nossa intenção nesta tese realizar uma análise dos artigos que compõem esta publicação, por isto basta parar por aqui para o que queremos problematizar. No entanto, seus artigos tiveram uma importância na produção deste capítulo e do seguinte.

capítulo *Educação e sociedade disciplinar*, a infância como conceito reapareceu por volta dos séculos XIII – XIV, no ocidente europeu, e teve, com os moralistas e com Rousseau, no século XVIII, um delineamento conceitual que o aproxima do modo como ele se desenvolveu nos séculos XIX e XX, uma série de fatores vêm contribuindo para sua ampliação e afirmação.

O fortalecimento da família nuclear burguesa, a escolarização obrigatória gerida pelo Estado, a apropriação do espaço público pelo Estado e a valorização do espaço privado como sendo o espaço para a aprendizagem, a afirmação dos direitos da criança e do adolescente sob a forma da lei em vários países³⁵, são fatores que, se por um lado se constituem como resultantes de um jogo de forças em que a disciplinarização e o controle da infância estão presentes, por outro, representam sua proteção e a elevação da infância e da adolescência a uma condição de maior importância, de maior cuidado por parte dos adultos.

Paralelamente ao desenvolvimento desses fatores, a diminuição do número de filhos por casal é um fenômeno característico da vida contemporânea nos países ocidentais, não apenas em virtude das mudanças na função materna da mulher na família e das crises econômicas do mundo capitalista, geradoras de um fosso crescente entre uns poucos ricos e uma grande parcela da população que precisa cada vez mais aumentar sua renda para fazer frente à transformação de direitos em mercadorias, como vem acontecendo em vários países onde o neoliberalismo é o modelo econômico, como o nosso. Há também, como afirma o psicanalista Alex Raffy (2000, p.24), um mal-estar na nossa civilização atual que se expressaria, dentre outros modos, na infertilidade crescente dos indivíduos e no medo do futuro.

Assim, embora neste contexto político-econômico desfavorável, a infância foi conquistando um espaço de soberania: sua majestade, o bebê. E agora, a infância como um objeto raro: a criança-rei como um objeto precioso da família e da sociedade. Mas como também aponta Raffy (*idem*), há um paradoxo nessa posição de objeto raro a que a criança foi alçada, na medida em que quanto mais raro se torna como objeto de atenção e de cuidados (com o qual o adulto se identifica), mais seus direitos como criança são exaltados. Diríamos que, de um certo modo, mais controle é exercido sobre as crianças. Desse modo, segundo este

³⁵ O estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8069 de julho de 1990, é, em nosso país um fato nesse sentido.

psicanalista francês da atualidade, certo número de insucessos e dificuldades escolares e sociais poderiam valer como sintomas deste novo estatuto da infância. De acordo com este último, “a criança perde em liberdade (nas grandes escolhas de vida, os ideais...) o que ganhou em conforto (excesso de brinquedos, pouca solicitação para trabalhos coletivos, maior liberdade de tratamento em relação aos pais”, de modo que falhar, ser mal-sucedida poderia ser “uma estratégia defensiva” (Raffy, *idem.*).

Assim, a medicalização e a patologização dos comportamentos considerados inadequados na escola pela psiquiatria biológica, pela indústria farmacêutica, pelos profissionais que se voltam para a infância para dela cuidar ou para “curar” seus desvios e referenciados no paradigma biologizante, poderiam ser considerados como a outra face da soberania da infância? Pois se, por um lado, a infância tem sido cercada de cuidados e de conforto, por outro, o controle sobre seu desempenho e seu futuro, como investimento dos adultos sobre ela, no sentido, seja de um projeto familiar, seja de um projeto de política estatal para os menos favorecidos, produz a queda de sua soberania.

Somos tentados a ver neste paradoxo uma estratégia de poder sobre as crianças, e também sobre os jovens. Assim como o poder disciplinar subjugou, sem contudo eliminar, o poder soberano, o quadro que delineamos neste capítulo poderia ser também a expressão de semelhante jogo de forças? Neste caso, a soberania da infância e da adolescência, fases da vida bastante valorizadas como ideais pelos adultos e para os adultos, estaria sendo minada? Uma vez disciplinarizadas, a infância e a adolescência estariam sendo controladas biopoliticamente de um modo a poderem entrar num movimento de administração e de assujeitamento subjetivo? Seria neste momento a escola este *locus* privilegiado em que os elementos de uma rede de poder-saber sobre as crianças e os jovens (os saberes e as práticas médico-psicológicas, pedagógicas, a disciplinarização familiar, a indústria do entretenimento etc.) se conjugam numa escalada de controle da vida?

O que pode a psicanálise diante deste quadro?