

INFÂNCIA E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: UMA ANÁLISE SOBRE A PRODUÇÃO DIAGNÓSTICA E SEUS NEXOS COM OS PROCESSOS DE ESCOLARIZAÇÃO

INFANCIA Y MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA: UN ANÁLISIS SOBRE LA PRODUCCIÓN DIAGNÓSTICA Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS ESCOLARES

CHILDREN AND MEDICALIZATION OF LIFE: AN ANALYSIS OF THE DIAGNOSTIC MAKING AND ITS LINKS WITH THE SCHOOLING PROCESSES

Aniê Coutinho de OLIVEIRA¹
Carla Maciel da SILVA²
Claudio Roberto BAPTISTA³

RESUMO: Nas últimas décadas tem ocorrido uma ampliação dos diagnósticos referentes aos transtornos e deficiências, principalmente no que tange ao público infantil. Esse aumento associa-se a modificações de critérios diagnósticos, ao avanço da produção diagnóstica no contexto escolar e à influência de interesses associados aos conglomerados da produção farmacológica descritos por estudiosos dessa temática. Este artigo se propõe a analisar a medicalização da vida infantil e a produção diagnóstica que se vincula aos processos de escolarização. Para tanto, apresenta-se um breve histórico a respeito da constituição do DSM, em sintonia com o debate acadêmico contemporâneo. Busca-se discutir como os engendramentos desse manual contribuem com a produção do que se compreende por inflação diagnóstica. A análise considera o processo de medicalização da vida no contexto infantil, com base em procedimentos que tendem a reduzir os fenômenos humanos a manifestações comportamentais que poderiam ser codificadas em dinâmicas que reafirmam o sujeito como centro da falta a ser corrigida.

PALAVRAS-CHAVE: Educação especial. Diagnóstico. Medicalização. Patologização.

RESUMEN: *En las últimas décadas ha habido una expansión de los diagnósticos relacionados con trastornos y discapacidades, especialmente con la población infantil. Este aumento está asociado con los cambios en los criterios de diagnósticos, el avance de la producción diagnóstica en el contexto escolar y la influencia de intereses asociados con los conglomerados de producción farmacológica; descritos por académicos de este tema. Este artículo propone analizar la medicalización de la infancia y la producción diagnóstica que se vincula a los procesos escolares. Con este fin, presentamos una breve historia sobre la*

¹ Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas – RS – Brasil. Professora Adjunta no Departamento de Ginástica e Saúde da Escola Superior de Educação Física. Doutorado em Educação (UFRGS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8228-2720>. E-mail: anieoli@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS – Brasil. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Educação. Apoio CAPES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7685-645X>. E-mail: carlamacielasilva@gmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS - Brasil. Professor Titular em Educação Especial da Faculdade de Educação e no Programa de Pós-Graduação em Educação. Doutorado em Educação (UNIBO) – Itália. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-4574>. E-mail: baptistacaronti@yahoo.com.br

constitución del DSM relacionado con el debate académico contemporáneo. Se pretende discutir como la conformación de este manual, contribuye con la producción de lo que entendemos como inflación diagnóstica. El análisis considera el proceso de medicalización en el contexto infantil, basado en procedimientos que tienden a reducir los fenómenos humanos a manifestaciones conductuales que podrían codificarse en dinámicas que reafirman al sujeto como el centro de la falta de corrección.

PALABRAS CLAVE: *Educación especial. Diagnóstico. Medicalización. Patologización.*

ABSTRACT: *In the last decades, there has been an increase of diagnoses for disorders and disabilities, especially with regard to children. This increase is associated with changes in diagnostic criteria, the advance of diagnostic-making in the school context, and the influence of interests associated with pharmacological production conglomerates described by scholars of the area. This paper aims to analyze the medicalization of children's life and the diagnostic production that is linked with the schooling processes. In order to do so, we present a brief history about the constitution of the DSM, in tune with the contemporary academic debate. We seek to discuss how the engendering of this manual contributes to the production of what we understand by diagnostic inflation. The analysis considers the process of medicalization of life in the children's context, based on procedures that tend to reduce the human phenomena to behavioral manifestations that could be codified in dynamics that reaffirm the subject as the center of the fault to be corrected.*

KEYWORDS: *Special education. Diagnosis. Medicalization. Pathologization.*

Introdução

Historicamente, acompanhamos a necessidade de classificar aqueles que não se enquadram aos padrões estabelecidos como a expressão da normalidade. Desde as sociedades mais primitivas até as mais atuais, é possível encontrar relatos sobre as tipologias de “atenção” dadas às pessoas consideradas desviantes em relação ao conceito de normalidade imposto a cada época.

Em uma das mais célebres obras da literatura brasileira – *O Alienista* –, Machado de Assis (1988), por meio do seu personagem Simão Bacamarte, problematizou a existência de uma fronteira estabelecida entre a normalidade e a anormalidade. Em um trecho da obra, em um diálogo com Crispim Soares, o Boticário, Bacamarte diz o seguinte:

Suponho o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia, e só insânia (ASSIS, 2008, p. 7).

A partir da citação de *O Alienista*, podemos refletir sobre alguns princípios. Além da problematização sobre as fronteiras diagnósticas para a saúde mental, o autor apresenta os critérios diagnósticos utilizados na época: a racionalidade e a loucura. Trata-se, naturalmente, de um modo de compreender a racionalidade humana, mas o afastamento dessa habilidade fundamental foi descrito como um critério patológico já no século XVII, e continua sendo proposto por muitas correntes como um critério diagnóstico. Vale lembrar que a razão – ou a falta dela – é compreendida por muitos como intrínseca ao sujeito.

Iniciamos nossa escrita falando sobre a razão e a loucura, marcadores iniciais das fronteiras estabelecidas entre o normal e o patológico. Com o surgimento da psiquiatria, no século XIX, amplia-se também uma dimensão de suposto cuidado dirigido às instituições que afastavam aqueles desprovidos de razão do convívio social. Uma nova roupagem para o cárcere e para o abandono. As propostas de formação e as pesquisas relacionadas à área mantiveram-se pautadas na clara cisão entre a loucura e a saúde mental, desconsiderando o nexo constitutivo de um contínuo fio articulador que se associa às condições sociais de produção desses fenômenos. As proposições de ruptura com essa lógica ainda não fazem parte de um ciclo estrutural da formação de profissionais, como afirma Paulo Amarante, em uma entrevista que discute a psiquiatria no Brasil (MEMÓRIA, 2015). O pensamento de estudiosos como Franco Basaglia, analisado por Paulo Amarante, evoca uma necessidade de atenção que está distante de nosso cotidiano. Uma das consequências aqui discutidas é o fortalecimento da compreensão de que as alterações psíquicas seriam intrínsecas aos sujeitos, resultando na suposição de que tais alterações podem ser captadas por meio da observação comportamental, o que simplificaria a identificação e os próprios critérios diagnósticos. Essa simplificação passa a ser um dos fatores que favorecem a ampliação numérica de casos identificados como “transtornos”.

Neste artigo, buscamos analisar o processo de medicalização da vida no contexto da infância, assim como a produção diagnóstica que tem se intensificado na última década quando nos referimos aos fenômenos escolares. O texto apresenta uma breve retomada histórica de um dos mais influentes manuais diagnósticos da atualidade, o *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disease (DSM)*, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), que atualmente está em sua quinta versão. Com base nessa retomada, nos propusemos a discutir fatores que contribuem com a produção do que compreendemos por inflação diagnóstica e medicalização da vida, com particular atenção dirigida à infância e aos processos educativos.

A incompletude e o risco das classificações: o caso do DSM

Em *As palavras e as coisas*, Foucault (1990) se utiliza de um conto de Jorge Luis Borges, no qual o poeta afirma que não podemos ter sucesso nas tentativas de classificação do universo. Segundo esse poeta, tais tentativas frustram-se por serem arbitrárias e conjecturais, já que sequer sabemos o que é o universo. De acordo com Bezerra Junior (2014, p. 13), “[...] classificações não são espelhos da realidade, mas construções, arranjos que configuram um domínio da realidade sistematizando sua multiplicidade de maneira inteligível [...]”. A partir dessas afirmações, podemos nos interrogar sobre como todo sistema classificatório é incompleto e relativo aos princípios que o engendraram. Quando voltamos nosso olhar para a temática desse texto, sublinhamos as mesmas características em classificações existentes na psiquiatria que, sabidamente, repercutem na vida social e escolar de um sujeito.

Fernando Ramos (2014) aborda essa temática em seu artigo “Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado”. O autor resgata o histórico dos Manuais Classificatórios da Associação Americana de Psiquiatria (APA, na sigla em inglês) e sua vinculação com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴ e com o Complexo Médico-Acadêmico Industrial (CMAI). Essa análise nos fornece importantes pistas para refletirmos sobre a formulação de parâmetros diagnósticos e sobre a força de grupos que reafirmam sua compreensão (ou seus interesses) sobre determinados fenômenos. Quando ocorrem alterações nos procedimentos e nos critérios diagnósticos, uma pergunta necessária deveria ser: quem são os beneficiários com essas alterações?

Desde que surgiu como uma especialidade médica, no início do século XIX, a psiquiatria apresentava dois grandes paradigmas: o clínico-descritivo (de Pinel e Esquirol) e o etiológico-anatômico (de Morel, Kahlbaum e Griesinger). Podemos citar dois importantes representantes da área que influenciaram a metade do século XX: Emil Kraepelin e Sigmund Freud. O primeiro fundou as bases das classificações contemporâneas; o segundo passou da descrição dos sintomas para a psicodinâmica. Assim, essas macrodivisões deram base a dois grandes campos que nortearam a psicopatologia até o fim da Segunda Guerra Mundial: somático-constitucionalista (o sintoma era visto como sinal) e psicodinâmico-relacional (fundado na presunção do sintoma como signo). Ainda existia uma terceira frente, conhecida

⁴ Após a Segunda Guerra Mundial, a OMS estabeleceu como princípio de sua Constituição que saúde seria um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo caracterizada apenas pela ausência de doenças. Dessa maneira, a organização colocava-se em sintonia com a Organização das Nações Unidas (ONU) e com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada dois anos mais tarde, contendo um novo conceito de saúde, que ficou conhecido como “conceito positivo de saúde”, de acordo com o qual o direito à saúde era tido como fundamental, sendo reconhecido como uma responsabilidade do Estado.

como fenomenologia existencial (Karl Jaspers, Eugene Minkowski e Kurt Schneider). Todavia, tais orientações teóricas não utilizavam classificações sistematizadas como conhecemos hoje, com fins estatísticos e clínicos (BEZERRA JUNIOR, 2014).

Segundo Grob (1991), a primeira classificação psiquiátrica nos Estados Unidos teve origem no censo de 1840, o qual apresentava apenas as categorias da insanidade e da idiotia. No ano de 1880, foi criada uma nova classificação, abordando sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Somente em 1917 é que foi lançada uma classificação com fins de registros hospitalares. Depois da Segunda Guerra Mundial surge uma sistematização classificatória que tinha como base premissas psicodinâmicas, distanciando-se de embasamentos biológicos. Assim, no período final da guerra, existiam três sistemas de classificação: o Standard Classified Nomenclature of Disease; a Armed Forces Nomenclature; e a Veterans Administration Nomenclature. No entanto, esses não eram sistemas utilizados em relatórios hospitalares. Com o fim da guerra, estabeleceu-se uma forte pressão advinda dos veteranos. Eles reivindicavam do governo ações que os ajudassem a se reintegrar na sociedade. Esse movimento é destacado por Diniz (2007) em uma análise sobre o conceito de deficiência e os grupos sociais predominantes, com base no avanço do designado modelo social de deficiência em décadas mais recentes.

A compreensão desse processo histórico nos mostra que houve a necessidade de adequação dos sistemas classificatórios, pois aqueles existentes não contemplavam as necessidades dos veteranos que sofriam, em sua maioria, de síndromes neurológicas crônicas, bem como apresentavam traumas psíquicos devido às situações vividas na guerra. Dessa forma, a APA desenvolveu o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I, na sigla em inglês) em 1952. Esse primeiro manual classificatório foi influenciado pela psicopatologia de base psicanalítica e apresentava 106 categorias, organizadas em transtornos neuróticos, psicóticos e de caráter. A ideia central do DSM-I era a de que

[...] as doenças mentais eram consideradas como uma reação a situações existenciais para as quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada. Os sintomas manifestos eram entendidos como a expressão de conflitos subjacentes que desorganizam a vida subjetiva do indivíduo, impondo-lhe padrões estereotipados de conduta e experiências de dor psíquica [...] os sintomas tinham [...] uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas. [...] o conjunto das reações psicopatológicas percebidas mais como um espectro que permitia a continuidade entre os domínios da saúde e da doença e entre os diversos graus de comprometimento psíquico (BEZERRA JUNIOR, 2014, p. 19).

Já na segunda versão do manual (DSM-II), lançada em 1968, o número de categorias aumentou para 182. A nova classificação continuou com embasamento psicanalítico, compreendendo que os sintomas possuíam natureza simbólica e deveriam ser interpretados. Bezerra Junior (2014) ressalta que o DSM-II não teve grande repercussão em outros países, ficando seu uso restrito aos Estados Unidos. O ano de 1968 foi marcado por conflitos sociais no mundo inteiro, trazendo profundas mudanças na sociedade, as quais caracterizaram a década de 1970, repercutindo também na psiquiatria.

Segundo Ramos (2014), entre as décadas de 1980 e 1990, o conceito de saúde da OMS teve, no contexto social e político da época, a oportunidade de desenvolver uma perspectiva voltada para o mercado. Além disso, o autor destaca que

[...] trabalhando o avesso lógico da definição desse conceito, o capitalismo pós-industrial globalizado transformou a ideia de que saúde é o bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença, mas a existência de mal-estar físico, mental e social, ou ainda que ausência de saúde não é apenas presença de doença, mas também risco para uma doença futura. Será na categorização sistemática desse mal-estar e desse risco – que, por um lado, representam ausência, real ou potencial, de saúde, mas que, por outro, não constituem presença de doença – que a série dos DSM, a partir de 1980, se desenvolverá (RAMOS, 2014, p. 211).

Em 1980, com a publicação do DSM-III, ocorre uma importante mudança nos rumos da psiquiatria. O novo manual não compreendia o diagnóstico como chave para o entendimento de conflitos psíquicos ou relacionais que apareciam através dos sintomas, transformando-o, assim, no elemento que determinaria a identificação dos transtornos. Para alguns autores, como Fendrik (2011), Sibemberg (2011), Frances (2014a) e Bezerra Junior (2014), com a publicação do DSM-III inicia-se a crescente ampliação dos diagnósticos e a consequente patologização da vida cotidiana. Bezerra Junior (2014) analisa esse processo, indicando que tais tendências podem ser identificadas.

[...] pelo predomínio do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante (BEZERRA JUNIOR, 2014, p. 15).

A partir de sua terceira versão, o DSM passou a influenciar fortemente tanto a psiquiatria quanto a sociedade como um todo, não só nos Estados Unidos, mas no mundo inteiro. De acordo com Zorzaneli (2014), diversos autores têm corroborado a ideia de que a

série dos DSM pode ser considerada um objeto cultural, além de sua utilidade burocrática como manual classificatório de doenças mentais. Dentre esses autores, Zorzanelli (op. cit.) cita o exemplo de Demazeux (2013), que dissertou sobre as dinâmicas e premissas seguidas pelos grupos envolvidos na elaboração dos manuais.

O conhecido e polêmico psiquiatra Allen Frances coordenou a força tarefa do então novo manual da APA, publicado em 1994. O DSM-IV apresentava 297 transtornos, caracterizando-se como um sistema multiaxial. Izaguirre (2011) afirma que o referido manual se constituiu como uma classificação empírica, categórica e dimensional⁵. Para esse autor, suas categorias eram heterogêneas com limites pouco claros, deixando de lado critérios nosológicos para favorecer o aspecto estatístico, “[...] cujo objetivo é conseguir a maior flexibilidade sem considerar as diferenças das orientações teóricas dos profissionais” (IZAGUIRRE, 2011, p. 18).

Podemos ler no próprio DSM-IV que seus objetivos são clínicos, de investigação e educacionais. O manual de 1994 diz ainda que se destina a clínicos e pesquisadores seguidores de distintas orientações, sejam elas biológicas, psicodinâmicas, cognitivistas, comportamentais, interpessoais e familiares. Reafirma-se, assim, a suposição de um que esse manual seria um dispositivo pragmático e não vinculado a determinados campos teóricos. Atualmente, estamos sob as diretrizes do DSM-5 (APA, 2013), que, de acordo com Frances (2014a; 2014b), não é mais do que consequência e desdobramento dos manuais que o antecederam. A série dos DSM é, para esse autor, produto dos conflitos que permearam a história da psiquiatria americana, assim como resultado de outros elementos políticos, culturais e tecnológicos que influenciam a sociedade. A elaboração do DSM-5 ocorreu em meio a uma ampla polêmica relativa às diretrizes que o embasavam. Tais análises vieram da própria comunidade psiquiátrica, e um dos mais contundentes críticos foi o próprio Allen Frances, coordenador do grupo que elaborou o DSM-IV, publicado em 1994.

Cosgrove e Krinsky (2012) afirmam que a força-tarefa responsável pelo DSM-5 tinha como um de seus objetivos resolver problemas como o excesso de diagnósticos e o alto índice de conflitos de interesses ocorrido nos grupos que participaram da elaboração de versões anteriores. Entretanto, além de a questão não ter sido resolvida, intensificou-se com a publicação desse novo manual. De acordo com os autores, existem estudos que demonstram que 69% da força-tarefa do DSM-5 apresentava vínculo com a indústria farmacêutica, ou seja,

⁵ Segundo o referido autor, categórica porque suas entidades nosológicas são qualitativamente distintas; dimensional porque o DSM-IV considera uma linha contínua entre doenças ou sintomas.

“[...] conflitos de interesses materializados em pesquisas financiadas pelas companhias farmacêuticas, participações em consultorias, entre outros” (ZORZANELLI, 2014, p. 59).

Zorzanelli (2014) destaca dois aspectos fundamentais para a compreensão de sua análise. O primeiro deles diz respeito a certo distanciamento em relação à realidade brasileira, já que a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), em seu capítulo específico para transtornos mentais e comportamentais, é o manual utilizado para as definições e burocracias médicas brasileiras no campo da saúde mental⁶. Em segundo lugar, a autora questiona a importância dada ao DSM na psiquiatria brasileira e mesmo na psiquiatria internacional, já que se trata de um manual da psiquiatria norte-americana. Zorzanelli (op. cit.) justifica dizendo que, ao colocar em suspensão tais aspectos em forma de questões, ela está permitindo que pensemos sobre o lugar do DSM e sobre o impacto que tal sistema classificatório tem em nossa cultura.

A autora ainda chama atenção para o significado do DSM como um objeto cultural mais amplo, para além de um simples sistema classificatório com intuito administrativo e burocrático de uso exclusivamente médico. Apesar de reconhecermos a pertinência dessas reflexões, essa dimensão de objeto cultural deve ser identificada como parte de um fenômeno que, contemporaneamente, expressa o modo constitutivo do pensamento de uma época e participa de sua própria formulação, alimentando proposições explicativas e modos de compreender os fenômenos relativos à saúde mental.

Frances (2014b) corrobora essa ideia e destaca, ainda, que, ao mesmo tempo em que o DSM reflete valores culturais, ele tem forte impacto na cultura, modificando o vocabulário leigo e tornando-o capaz de expressar nossos sofrimentos cotidianos em suas categorias diagnósticas.

[...] a classificação recebida por grupos e indivíduos é apropriada de forma ativa por cada um deles, gerando um efeito retroativo das classificações que,

⁶ Embora seja a CID utilizada para as práticas protocolares e “burocráticas” em campo médico no Brasil, pode-se afirmar que ambos – CID e DSM – são regidos por parâmetros semelhantes quanto à dimensão constitutiva, valorizando a perspectiva descritiva, assim como o plano comportamental e sintomatológico. Apesar de um debate internacional que procura dar ênfase às questões contextuais e à valorização da funcionalidade e dos apoios necessários para cada sujeito em modo singular, as já referidas características desses manuais continuam sendo aquelas predominantes. No âmbito do presente trabalho, houve maior destaque ao DSM porque esse sistema de classificação diagnóstica tem produzido, ao longo da história, segundo muitos estudos, uma forte influência socioantropológica. Burkle (2009) afirma que na prática psiquiátrica é o DSM o manual que tem representado, para os profissionais da área, uma espécie de confiabilidade para a elaboração de um diagnóstico. “[...] o que talvez indique que de algum modo estes manuais são não somente ‘eficazes’, mas considerados eficazes por refletir e formar um certo modo de abordagem dos distúrbios psíquicos” (BURKLE, 2009, p. 17). Em função de reconhecermos essa influência do DSM, na psiquiatria e na própria educação, optamos por seu destaque na presente análise, com uma dimensão ilustrativa das dinâmicas que constituem a elaboração desses sistemas.

no limite, pode interferir na própria fonte de nomeação. Com essa ação difusa, os limites entre saber especializado e saber leigo se misturam, gerando algo mais que diagnósticos psiquiátricos: sensibilidades, preocupações, padrões de atenção aos sinais que o corpo nos dá. A ação do DSM não se limita aos médicos, se espalha entre os educadores, professores, pacientes, pessoas interessadas em aprimorar a saúde e a qualidade de vida, consumidores de saúde que demonstram crescente interesse pelos transtornos mentais e passam a ser capazes de manejar palavras que antes eram só dos especialistas (ZORZANELLI, 2014, p. 61).

Com esse resgate histórico sobre o DSM, gostaríamos de chamar a atenção para a relação entre o que foi exposto e o tema deste trabalho. A ideia de diagnosticar os sinais de risco na infância e todo o movimento que envolve essa questão no mundo e, sobretudo, no Brasil, estão estreitamente vinculados ao contexto no qual surge a quinta versão do DSM. Em 2013, ano da publicação do DSM-5, foram lançadas no Brasil as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo”, que têm como objetivo orientar profissionais vinculados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à saúde das pessoas com deficiência e de suas famílias. Tal documento destaca a imprescindibilidade da identificação precoce de sinais de risco de autismo, indo ao encontro de ideias que se vinculam à linha que, segundo Caponi (2016), estrutura o DSM-5: a lógica da prevenção e a antecipação de riscos de patologias psiquiátricas.

Allen Frances (2016) relata que uma das causas da inflação diagnóstica é a necessidade de se classificar o possível “enfermo”. Segundo o autor, essa premissa é alusiva a alguns perigos, e estaríamos correndo o risco de depositarmos demasiada atenção a um determinado grupo, deixando de dar devida atenção àqueles que realmente necessitam. Os conhecidos dispositivos de investigação destinados a tal avaliação, em sua maioria, se constituem em propostas padronizadas e esquemáticas de análise de comportamentos. Tais escalas avaliativas tendem a ser simplificadas para facilitar a aplicação e estão em sintonia com princípios que não consideram a importância da reciprocidade entre sujeito observado e sujeito observador.

Para Gaines (1992, p. 19), “[o] processo de classificação nosológica sempre classifica pessoas, não meramente doenças”. Banzato e Pereira (2014, p. 48) afirmam que a nomenclatura diagnóstica e as classificações psiquiátricas poderiam servir de exemplo do “[...] possível impacto exercido por conceitos nas formas de subjetivação e descrição (ou redescricao) da experiência humana concreta”. Após um diagnóstico médico, há a tendência de que o sujeito o incorpore como parte de sua própria identidade, utilizando-o como referência para viver seu presente e seu futuro. De fato, ao mesmo tempo em que o

diagnóstico confere nome ao sujeito, em geral, se associa a prognósticos que deverão ser parte das expectativas sociais destinadas às pessoas.

A medicalização da vida no território infantil

Quais as fronteiras estabelecidas entre a normalidade e o patológico no território infantil? Sabemos que o contexto escolar e os critérios estabelecidos pela compreensão hegemônica do aprender, em muitos casos, podem ser determinantes no estabelecimento da produção de diagnósticos nessa faixa etária. Silva (2016) nos mostra como têm aumentado os diagnósticos de deficiência intelectual, analisando os efeitos, no contexto brasileiro, associados à mudança terminológica que nos levou a usar esse conceito no lugar de deficiência mental. Além disso, aumentam também outros grupos de sujeitos identificados como público-alvo da educação especial, como Transtorno do Espectro do Autismo e outras categorias de transtornos que têm vínculos com questões comportamentais, como o TDAH, ou escolares, como os transtornos específicos de aprendizagem.

Como nos apontam Rocha e Cavalcanti (2014), diagnosticar nos dias de hoje tornou-se uma tarefa “fácil”. Com a ampliação dos meios de comunicação, a informação está disponível ao acesso de muitos. A busca por hipóteses diagnósticas relacionadas a nossos sintomas ficou acessível ao passo de uma rápida busca na internet. Coincidentemente, nos últimos anos, aumentou a procura dirigida a espaços clínicos, por famílias com crianças identificadas em seu contexto social e/ou educativo, como crianças que apresentam questões comportamentais e dificuldades na aprendizagem. Em muitos casos, a família já chega ao espaço clínico apontando a hipótese diagnóstica.

A ampliação diagnóstica está relacionada a diversos fatores já mencionados aqui, porém, entre eles, podemos reforçar a influência do DSM, que, a partir de sua quarta versão, contribuiu para um significativo aumento dos diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Após o lançamento do DSM-5, o contingente numérico dos diagnósticos de autismo também se ampliou. Frances (2016), em sua crítica ao DSM-5, analisa o aumento diagnóstico com destaque para o TDAH, o Transtorno do Espectro do Autismo e o Transtorno Bipolar na infância.

Rocha e Cavalcanti (2014) relatam, ainda, que poderiam argumentar que o aumento de diagnósticos poderia ser o resultado de “diagnósticos imprecisos” ou mal realizados. Porém, compreendem que:

[...] o fenômeno parece ser efeito previsível de uma lógica, presente numa concepção e práticas diagnósticas, que, visando à objetividade e à confiabilidade científicas, reduziu o diagnóstico a uma simples conferência a classificação de sinais, desconsiderando as experiências subjetivas que engendram o sintoma psíquico (ROCHA, CAVALCANTI, 2014, p. 233).

A partir dessa lógica, os sintomas não têm sido tomados como sinais ou pistas a serem investigadas, mas passam a compor quadros patológicos aos quais se chega com rapidez. De acordo com Cordeiro e Yaegashi e Oliveira (2018), se a avaliação centrar seu olhar no comportamento do sujeito, corremos o risco da simplificação. Se, por exemplo, um aluno possuir dificuldades em lógica-matemática e dificuldades associadas à atenção poderá facilmente ser avaliado como possível aluno com TDAH ou discalculia. Simplificando os fenômenos e as manifestações, estamos negando a complexidade que constitui as questões do desenvolvimento humano e as manifestações de interação social. Concordamos com Farias e Cruz (2019) quando recordam que, embora Vygotsky reconheça o sujeito biológico, considera as determinações sociais, históricas e culturais como decisivas. Desta forma, destacamos o perigo que corremos quando, em nome de uma suposta objetividade, deixamos de nos perguntar sobre as possíveis motivações vinculadas ao contexto e passamos a analisar os sintomas isolados de uma criança. Desconsideramos a todo instante seu enredo, sua história, e as possíveis causas de uma dificuldade de aprendizagem.

Com relação a essa discussão, Bridi e Baptista (2012, p. 8) afirmam que atualmente

Os sistemas classificatórios caracterizam-se pela tentativa de objetividade, previsibilidade e controlabilidade das manifestações do comportamento humano; referem o pensamento humano num determinado período histórico; representam um paradigma. No campo escolar, a descrição do paradigma comportamental de cada categoria produz uma imagem sobre quem são esses alunos. Em geral, temos a reafirmação de uma representação homogênea, a qual muitas vezes impede percepções sobre as especificidades de cada um e a construção de experiências singulares.

Como já afirmamos, existe um predomínio de processos diagnósticos com base na análise comportamental, e o avanço de explicações etiológicas para as dificuldades de aprendizagem que se associariam a critérios biológicos. Em ambos os casos – biologia ou comportamento – o fenômeno é interpretado como concernente ao sujeito em questão. Paralelamente, é importante destacarmos que, no âmbito dos estudos em educação especial, o conceito de deficiência passou a ser compreendido nos últimos anos como uma construção histórico-social, distanciando-se de uma concepção reducionista e intrínseca ao sujeito. Essa premissa teve como forte influência as discussões e diretrizes apresentadas na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, em 2006. No contexto brasileiro, Diniz

(2007) tem sido uma estudiosa que analisa a emergência do chamado modelo social de deficiência, no entanto, observa-se um discreto avanço no sentido de que esse modelo seja assumido como diretriz para as investigações e para as práticas.

Como nos salienta Moyses (2008, p. 3), “O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria. Tudo é transformado em doença, em problema biológico e individual”. A normatização da vida e, neste caso, da infância, tem solo fértil no território educacional. “Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e sociais em questões biológicas e patológicas” (MOYSES, 2008, p. 11).

De acordo com Giroto e Araujo e Vitta (2019), há uma discursivização da temática daquilo que chamam de “doenças do não aprender”. Este processo é atravessado, segundo as autoras, por valores sociais, históricos e ideológicos que estão vinculados a “[...] um ideal de normalidade tomado como homogeneidade e apagamento das diferenças” (GIROTO; ARAUJO; VITTA, 2019, p. 2).

A ampliação dos critérios diagnósticos, principalmente a partir do DSM-5, tem sido associada a fenômenos sustentados por interesses diversos, incluindo aqueles de natureza corporativa e econômica. O aumento numérico de pessoas identificadas como “doentes” tem como consequência a ampliação de uma rede de serviços, espaços de formação, sistemas de tratamento e uso de dispositivos que podem ser químicos ou de acompanhamento técnico. Cresce, assim, a busca por espaços especializados com objetivo de avaliações diagnósticas, acompanhamento, orientação de familiares etc.

Contudo, muitos são os riscos desse fenômeno. A imprecisão diagnóstica e o erro de um diagnóstico dado sem necessidade e/ou equivocado servem como exemplos. Nesse sentido, Allen Frances nos alerta:

Rótulos diagnósticos não podem ser aplicados com precisão cirúrgica para distinguir com exatidão quem de fato necessita de diagnóstico e quem não necessita. Nos extremos da doença grave e da saúde completa, a distinção é realmente óbvia. Porém, a fronteira entre o transtorno mental e a normalidade é tão difusa que, sempre que expandimos rapidamente o uso de rótulos psiquiátricos para identificar uns poucos indivíduos que precisam de ajuda, nos enganamos com muitos outros que não precisam (FRANCES, 2016, p. 107)

Freitas e Baptista (2019, p. 4) afirmam que a dinâmica da medicalização dá maior destaque aos sintomas em detrimento do sujeito “[...] em um movimento que se configura em um ‘biologismo extremo’”. Para estes autores, não se trata de negarmos a importância do diagnóstico, no que tange ao tratamento e prevenção de certos comprometimentos. O que se

questiona é a excessiva busca pela identificação e seus efeitos relativos ao rótulo, com a consequente exclusão desse sujeito do processo educacional em espaços comuns.

É fato que cada vez mais ampliamos os processos de patologização da vida. No contexto social e educacional, acompanhamos um demasiado aumento da produção diagnóstica em todas as faixas etárias, mas principalmente no contexto infantil. Ao patologizarmos os alunos identificados como aqueles que apresentam dificuldades de aprendizagem, ampliamos ainda mais as fronteiras estabelecidas no contexto escolar (SANTOS; OLIVEIRA; BIANCHINI, 2018). O que propomos nessa escrita é uma problematização desses engendramentos que compõem o fenômeno discutido. Reiteramos a compreensão da existência dos riscos existentes em uma lógica medicalizante da infância e reafirmamos a necessidade de compreensão dos processos de avaliação inicial/diagnóstico como um processo que deveria estar diretamente vinculado à oferta de apoios especializados. Identificar, assim, significa explorar as potencialidades, além de eventuais dificuldades, para inseri-las em um planejamento que pode dar sustentação a percursos educacionais ou terapêuticos. Essa compreensão tem sido aquela favorecedora de investimentos na escola como espaço plural de aprendizagem.

Considerações finais

Ao longo do presente texto, discutimos a medicalização na infância, a produção e inflação diagnóstica, procurando problematizar os caminhos que temos tomado na constituição do ser criança e ser aluno. Este trabalho teve como objetivo identificar alguns dos movimentos que constituem o fenômeno estudado, partindo da compreensão de que se trata de um fenômeno complexo e multideterminado. Temos nos dedicado com mais afinco ao contexto escolar, que historicamente tem potencializado o imaginário a respeito do que seja a normalidade para um grande grupo de crianças. Essa potencialização ocorre, na maioria dos casos, pela divisão entre os alunos com ou sem dificuldade de aprendizagem, questões emocionais e comportamentais.

Consideramos ser necessário analisar o processo de escolarização de forma ampla, e não apenas nos fixando em questões fragmentadas, como os problemas de aprendizagem concebidos como produtos das dificuldades desses alunos. Como nos aponta Souza (2008, p. 6), é necessário “deslocar o eixo da análise do indivíduo para a escola e o conjunto de relações institucionais, históricas, psicológicas, pedagógicas e políticas que se fazem presentes e constituem o dia a dia escolar”. Ao deslocarmos nosso olhar para o contexto social

e educacional, assumimos uma visão mais ampla a respeito de nossos alunos. Estabelecer fronteiras no processo de identificação não nos favorece, pois colocamos em xeque a cisão estabelecida no contexto escolar no que tange aos processos de aprendizagem e não aprendizagem.

Nas presentes reflexões, nos ocupamos em analisar a historicidade e os engendramentos da constituição do DSM, que está em sua quinta versão. Frances (2016) afirma que as pontuações apresentadas pela Associação Americana de Psiquiatria, em seus manuais diagnósticos, contribuíram para uma maior discussão acerca do tema; todavia, contribuíram também para a ampliação diagnóstica.

O DSM tem um retrospecto ambíguo. Suas edições serviram à função extremamente valiosa de elevar a confiabilidade do diagnóstico e de estimular uma revolução nas pesquisas em psiquiatria. Mas também tiveram a perigosíssima consequência indesejada de alavancar e ajudar a manter uma inflação diagnóstica desgovernada, que ameaça o normal e resulta em um sobretreamento maciço com medicação psiquiátrica (FRANCES, 2016, p. 94).

Frances (2016) diz ainda que o DSM apresenta forte influência no estabelecimento das fronteiras entre a normalidade e a doença mental, e que esse foi um dos motivos para ganhar relevância social (FRANCES, 2016). Entretanto, chamamos atenção para os riscos vinculados ao predomínio de dinâmicas de simplificação expressas na ampliação do debate e proliferação de procedimentos, pois há uma clara tendência que tem favorecido uma análise que despreza os múltiplos sentidos expressos em um sintoma. As manifestações de cada sujeito são levadas em consideração pelas diferentes instituições – família, escola e serviços sanitários –, como supostos efeitos de transtornos que guardariam uma estreita relação com o plano patológico como fenômeno individual. Apesar do debate contemporâneo envolvendo a abordagem social da deficiência, a viabilidade dessa perspectiva, como uma nova lente para análise dos processos sociais, continua sendo nosso grande desafio.

AGRADECIMENTOS: Apoio CAPES.

REFERÊNCIAS

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 5 ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ASSIS, M. **O alienista**. São Paulo: FTD, 2008.

BANZATO, C. E. M.; PEREIRA, M. E. C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. *In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Org.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BEZERRA JUNIOR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, Jurandir Freire. (Org.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BRIDI, F. S.; BAPTISTA, C. R. Deficiência mental e pesquisa: atualidade e modos de conhecer. *In: ANPED SUL, 9., 2012, Caxias do Sul. Anais [...]*. Caxias do Sul, RS: ANPED, 2012.

BURKLE, T. S. **Uma Reflexão Crítica Sobre as Edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM**. Orientador: André Martins. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAPONI, S. Vigiar e medicar: o DSM-5 e os transtornos Obulercos na Infância. *In: CAPONI, S.; VALENCIA, M. F. V.; VERDI, M. (Org.). Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. Liberas: São Paulo, 2016. p. 29-54.

CORDEIRO S. M. N.; YAEGASHI, S. F. R.; OLIVEIRA, L. V. Representações sociais sobre TDAH e medicalização. **RIAEE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 13, n. 3, p. 1011-1027, jul./set. 2018. E-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v13.n3.2018.10883>

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. **PLoS Med.**, v. 9, n. 3, e1001190, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>

DEMAZEUX, S. **Qu'est-ce que le DSM?** Paris: Les Ed. D'Ithaque, 2013.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2007.

FARIAS, Elizabeth Regina Streisky; CRUZ, Gilmar de Carvalho. A inclusão de pessoas com deficiência e necessidades educativas especiais no ensino regular: vozes e significados. **RIAEE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. 3, p. 1139-1151, p. 1139-1151, jul./set. 2019. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v14i3.11777>

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

FRANCES, A. **¿Somos todos enfermos mentales?** Manifiesto contra los abusos de la psiquiatria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ariel, 2014a.

FRANCES, A. Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais. **El País Brasil**, 28 set. 2014b. Disponível em:

http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html. Acesso em: 10 out. 2014.

FRANCES, A. **voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal, 2016. 368 p.

FREITAS, C. R.; BAPTISTA, C. R. Mais rápidas que a escola: crianças referidas como hiperativas no contexto escolar. **RIAAE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. esp. 1, p. 791-806, abr. 2019. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v14iesp.1.12207>

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

GAINES, A. From DSM – I to DSM – II, voices old self, mastery and other: cultural constructivist Reading of U.S. psychiatric classification. **Soc. Sci. Med.**, v. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.

GIROTO, C. R. M.; ARAUJO, L. A.; VITTA, F. C. F. Discursivização sobre “doenças do não aprender” no contexto educacional inclusivo: o que dizem os professores de Educação Infantil? **RIAAE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. esp. 1, p. 807-825, abr. 2019. E-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v14iesp.1.12208>

GROB, G. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. **American Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 4, p. 421-431, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. *In*: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

MOYSES, M. A. A. A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. *In*: Reunião Anual da Anped, 31., 2008, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu, MG: UNICAMP, 2008.

MEMÓRIA da Reforma Psiquiátrica. **Entrevista com Paulo Amarante**. 2015. Disponível em: https://youtu.be/5tHKT5fg_Sk. Acesso em: 5 nov. 2018.

RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Garamond Universitária. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2014.

ROCHA, A. M.; CAVALCANTI, A. E. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

SANTOS, R. L.; OLIVEIRA, F. N.; BIANCHINI, L. G. B. Medicalização da aprendizagem e resiliência: significações produzidas na escola. **RIAAE – Revista Ibero-Americana de**

Estudos em Educação, Araraquara, v. 13, n. 4, p. 1792-1813, out./dez. 2018. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.unesp.v13.n4.out/dez.2018.10190>

SIBEMBERG, N. Autismo e Psicose Infantil. O diagnóstico em debate. *In*: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

SILVA, C. M. **Deficiência intelectual no Brasil**: uma análise relativa a um conceito e aos processos de escolarização. Orientador: Claudio Roberto Baptista. 2016. 103f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SOUZA, M. P. R. Retomando a patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. Medicalização na Educação Infantil e no Ensino Fundamental e as políticas de Formação Permanente. *In*: Reunião Anual da Anped, 31., 2008, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu, MG: UNICAMP, 2008.

ZORZANELLI, R. Sobre os DSMs como objetos culturais. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

Como referenciar este artigo

OLIVEIRA, A. C. MACIEL DA SILVA, C. BAPTISTA, C. R. Infância e medicalização da vida: uma análise sobre a produção diagnóstica e seus nexos com os processos de escolarização. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. esp. 5, p. 2803-2819, dez. 2020. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp5.14559>

Submetido em: 10/01/2020

Revisões requeridas em: 25/05/2020

Aprovado em: 30/10/2020

Publicado em: 01/12/2020