

Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica

Karina Gomes Giusti*

RESUMO

O artigo discute a psiquiatrização da infância e sua influência no cotidiano escolar, evidenciando que a medicalização de comportamentos próprios da infância está fortemente presente nas instituições escolares, bem como nos discursos dos agentes educacionais. Nosso estudo mostra que a descrição dos comportamentos infantis em termos biológicos e neuroquímicos contribuiu para a patologização da vida e da infância. Tomando como ponto de partida os estudos sobre biopolítica da população de Michel Foucault e as reflexões de Peter Conrad sobre a expansão de categorias diagnósticas, o artigo analisa em que medida a infância capturada pelos transtornos desloca a procura de soluções políticas e educativas para o campo das soluções biologizantes e medicalizantes.

Palavras-chave: medicalização; educação; biopolítica.

* Graduação em Ciências Sociais pela USP (Universidade de São Paulo). Graduação em Pedagogia pela Universidade São Marcos. Mestrado em Sociologia Política pela UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Atualmente é doutoranda no Programa de Pós Graduação em Sociologia Política da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). É membro do NESFHIS – Núcleo de pesquisa em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde.

ABSTRACT**MEDICALIZATION OF LIFE: AN ANALYSIS OF THE PSYCHIATRICIZATION OF THE EDUCATIONAL FIELD AS A BIOPOLITICAL STRATEGY**

The article discusses the psychiatrization of childhood and its influence on everyday school life. It shows that the medicalization of childhood behavior is strongly present in schools and in the discourses of educational agents. Our study shows that the description of childhood behavior in biological and neurochemical terms contributes to the pathologization of life and of childhood. Based on Michel Foucault's studies on population biopolitics and Peter Conrad's reflections on the expansion of diagnostic categories, the article analyzes the extent to which childhood, defined in terms of disorders, substitutes the search for political and educational solutions with biologizing and medicalizing ones.

Keywords: medicalization; education; biopolitics

Nas sociedades ocidentais, os problemas inerentes à vida têm sido deslocados para o campo médico e, assim, nos encontramos em plena Era dos Transtornos. Vivemos hoje em uma sociedade onde problemas coletivos e sociais são gerenciados por um processo de medicalização que avança a passos largos sobre todas as esferas da vida, diagnosticando fatos cotidianos e ocultando desigualdades. Os problemas de origem social, histórica e política são transformados em problemas individuais, inerentes ao sujeito e solucionados no plano biológico. Com essa reflexão, Moysés (2013) problematiza sobre alguns dilemas que enfrentamos atualmente, situando-os nesse processo denominado “medicalização da vida”. No que tange à infância, os campos de aprendizagem e comportamentais são o grande cenário de atuação.

Foi esse o contexto que circunscreveu a pesquisa desenvolvida nesse trabalho, onde procuramos investigar de que forma o saber médico adentrou o âmbito escolar e passou a influenciar e a controlar as esferas da vida social e política, a partir da análise das práticas que sustentaram a intervenção médica na população e que, na atualidade, possibilitam sua ingerência em grande escala na educação.

A fim de alcançarmos nossos objetivos e compreendermos como o processo de medicalização penetrou no campo educacional utilizando, nos dias de hoje, o medicamento como instrumento de solução para os problemas que ali se manifestam, tomamos como ponto de partida as análises teóricas de Michel Foucault sobre a biopolítica e as análises de Peter Conrad sobre a expansão de categorias diagnósticas. Esse escopo teórico nos permitiu observar as estratégias de controle sobre as populações e a proliferação de diagnósticos configurados no DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) que estão na base do processo de medicalização. O local de estudo foi a cidade de Florianópolis/SC, mais especificamente oito colégios da rede de ensino pública e privada que nos ofereceram um bom panorama de como o tema em questão é trabalhado no âmbito escolar. Investigamos as estratégias utilizadas para a definição de diagnósticos, bem como as estratégias terapêuticas e o uso de psicofármacos prescritos para os ditos transtornos mentais da infância dentro dessas instituições de ensino.

Uma investigação como essa não é inédita, já que muito se discute sobre a medicalização da vida. Nesse sentido, este trabalho retoma algumas das produções que já foram realizadas a respeito do poder-saber médico e sua influência no âmbito escolar, mas procura compreender como a medicalização de comportamentos próprios da infância se apresenta atualmente nesse âmbito. Com base no exposto, este artigo tem por objetivo analisar como a prescrição e utilização de psicofármacos atua no cotidiano escolar, tendo como parâmetro a realidade educacional da cidade de Florianópolis no estado de Santa Catarina nos anos de 2013 a 2015.

A tematização da saúde, como uma questão sociológica e política, foi objeto de preocupação de muitos pensadores. Canguilhem (2009) sustentava a tese de que a saúde não pertencia à ordem dos cálculos e não poderia ser medida por tabelas comparativas. Ela era um conceito de alcance de todos e, nesses termos, comum a qualquer ser humano vivo. Canguilhem estava consciente de que ter saúde, não é não adoecer, mas poder adoecer e se recuperar. O sofrimento, segundo o autor, deveria engendrar novas formas de lidar com a própria vida.

Peter Conrad (2007) classificou o processo de medicalização como reducionista já que convertia questões sociais a fenômenos de causalidade orgânica. De acordo com sua perspectiva, a medicina passa, então, a organizar a própria vida e a descontextualizar as questões históricas, culturais, políticas e sociais.

Foucault (1979), por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. A medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII – se apresentou como uma prática social e transformou o corpo individual em força de trabalho com o objetivo de controle da sociedade. Primeiramente, o investimento era realizado diretamente nos indivíduos por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Dessa forma, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar. A partir de suas análises sobre a biopolítica, Foucault aponta o controle sob o qual a população está submetida. O autor contrapõe o poder que era exercido na soberania a essa nova noção que surge como alvo de intervenção sobre os fenômenos que se prescrevem na esfera da população (FOUCAULT, 2006, 2008b).

Esse poder de controle adentrou o campo da infância e, atualmente, pode ser verificado no encaminhamento de um grande número de crianças e adolescentes aos consultórios psiquiátricos em busca de explicações e respostas para problemas comuns do cotidiano, e essa resposta está fortemente associada à prescrição de psicofármacos. Na esfera escolar, crianças sem nenhum comprometimento cognitivo são consideradas alunos com problemas e, via de regra, recebem tratamento à base de medicamentos. Neste contexto, agentes educacionais e profissionais da saúde mental demandam por um diagnóstico médico que nomeie os problemas comportamentais e de aprendizado apresentados pelas crianças.

Esse processo teve seu início na passagem do século XIX para o século XX a partir da consolidação das produções teóricas da medicina

e da psicologia que partiam da construção de categorias universais a respeito do comportamento humano. Até o século XX, a criança era objeto da pedagogia e foi dentro desse campo do saber que a medicina começou a analisar os problemas relacionados ao desenvolvimento infantil. Segundo Guarido (2007), a preocupação inicial era de que as crianças não atingissem a idade adulta com o pleno funcionamento de suas capacidades mentais. A partir de então, a criança passou a ser constantemente vigiada pela psiquiatria e o domínio do saber sobre a infância se transferiu do campo pedagógico para o médico-psicológico, como demonstra Foucault:

Em linhas gerais, a psiquiatria diz: deixem vir a mim as crianças loucas. Ou: não se é jamais demasiado jovem para ser louco. Ou ainda: não esperem ficarem maiores ou adultos para serem loucos. E isso tudo se traduz por essas instituições ao mesmo tempo de vigilância, de detecção, de enquadramento, de terapêuticas infantis, que vocês veem desenvolver-se no fim do século XIX (FOUCAULT, 2006, p. 155).

Surge o que Foucault chama de “psicologização da criança”. Seu comportamento, caráter e sexualidade passam a ser constantemente vigiados, possibilitando, assim, a introdução dos mecanismos de controle psiquiátrico nas famílias, transformando a criança em objeto de ingerência desse saber.

A instituição escolar, nesse contexto, é o local onde a norma e a disciplina se fazem presentes. Cabe à família preparar as crianças para a entrada na vida adulta, e a escola se incumbem de prepará-las para a sociedade. Porém, como aponta Foucault (2008b), o bom funcionamento da sociedade depende de uma população saudável. Logo, qualquer desvio comportamental significa uma ameaça. A criança que manifesta um comportamento indesejado ou tido como anormal é ajustada aos moldes disciplinares da instituição. Segundo Guarido (2007), a estratégia disciplinar que exercerá essa função é o próprio diagnóstico psiquiátrico. Após o enquadramento diagnóstico, a crian-

ça entra para o campo das explicações biológicas e passa a fazer uso do dispositivo médico-disciplinar em forma de medicamento, reintegrando-se ao grupo com o comportamento desejado, ou seja, a criança é “refamiliarizada” (FOUCAULT, 2006).

Biopolítica da população e expansão das categorias diagnósticas: DSM como dispositivo de segurança

O conceito de biopolítica foi expresso pela primeira vez por Michel Foucault numa palestra na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1974. No ano de 1977, essa palestra foi publicada trazendo à baila um deslocamento considerável das estratégias de poder. O controle da sociedade sobre os indivíduos não estava apenas sobre o território da consciência, mas no corpo. Segundo Foucault (2006, 2008b), a sociedade capitalista investiu primeiramente no biológico, no corporal, transformando o corpo em uma realidade biopolítica. O autor afirma que as sociedades modernas se construíram a partir desse amplo processo pelo qual a vida passa a ser investida por cálculos e estratégias de poder. Processo esse que marca o ingresso do biológico no campo da política, em oposição à lógica aristotélica que trabalhava com o conceito de homem como ser vivente capaz de existência política. Nessa nova concepção, o homem moderno é um animal cujo campo político determina sua existência como ser vivo. A partir de então, ocorre uma identificação entre o vital e o político, já que o corpo, a saúde, a vida em si, não pertencem mais à esfera pré-política, mas transformam-se em questões políticas por excelência.

O conceito de biopoder é colocado por Foucault em oposição ao direito de morte que caracterizava o poder do soberano. O direito de vida e de morte estava nas mãos do soberano. Para o autor, houve uma transformação desses mecanismos de poder e o “direito de morte tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 1988, p. 128).

O poder de morte passa a ser exercido juntamente com um poder que age positivamente sobre a vida. As guerras que eram travadas em nome do soberano, passam a ser travadas em nome de todos e de uma instância de vida, “poder matar para poder viver, que sustentava a tática dos combates, tornou-se princípio de estratégia entre os estados; mas a existência em questão já não é aquela – jurídica – da soberania, é outra – biológica – de uma população” (FOUCAULT, 1988, p. 129).

Dessa maneira, “o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de fazer viver ou deixar morrer” (FOUCAULT, 1988, p. 130). Nesse sentido, as disciplinas do corpo e regulações da população possibilitaram a organização do poder sobre a vida, e esse poder não está mais assentado na figura do soberano. Na sociedade dominada por mecanismos de disciplina, o poder não ocupa um centro único e tampouco existe uma única figura que o detenha. Agora, ele se encontra nas periferias e multiplicado em toda parte e ao mesmo tempo. Seu centro não mais se localiza na figura do soberano, mas nos corpos dos indivíduos e seu funcionamento prescinde de uma invisibilidade (FOUCAULT, 1979).

A proliferação dos dispositivos disciplinares é apontada por Foucault no que ele denominou de olhar hierárquico, sanção normalizadora e exame. O olhar hierárquico consiste na ideia de vigilância. Os indivíduos submetidos à disciplina devem saber que são potencialmente vigiados. Isso permite que o poder disciplinar exerça domínio sobre os indivíduos, já que faz com que eles disciplinem-se a si mesmos, adestrem-se e ajustem-se. Esse processo de vigilância se sobrepõe à violência e à força. A sanção normalizadora, como o próprio termo mostra, normaliza as condutas. A penalidade perpétua de que trata Foucault, atravessa todos os pontos, controla, compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza. O exame pode ser descrito como sendo a conexão entre a vigilância e a sanção normalizadora. Primeiramente o indivíduo é constituído como objeto para análise e, subsequentemente, sucede a comparação.

O processo de medicalização da vida e da infância, seguindo a lógica foucaultiana, tem como objetivo criar um dispositivo de norma-

lização do comportamento infantil tendo em vista um futuro repleto de riscos. Isso se dá por meio dos saberes e práticas construídos por profissionais da saúde, e incidem diretamente sobre o corpo dos indivíduos. Nesse contexto, os indivíduos estão submetidos ao campo de poder que se constitui em torno da medicalização. Sendo assim, podemos afirmar que o controle exercido sobre os comportamentos é a consequência desse processo de medicalização. E, dentro da esfera escolar, a normalização dos comportamentos da criança é vista como necessária para que as regras estabelecidas institucionalmente, ou seja, para que o controle permita que o processo de aprendizagem se articule.

Dentro desta perspectiva, a medicalização seria a justificativa científica para a normalização da vida, com o objetivo de obtenção máxima das capacidades individuais para o desempenho esperado socialmente. Esse fato se dá pela assunção dos comportamentos considerados desviantes como transtornos médicos e que, portanto, devem ser diagnosticados e tratados como patologias.

As análises de Conrad e Schneider (1992) a respeito do processo de medicalização e controle social também convergem para essa nova compreensão do ingresso do vital no campo político. Suas observações nos mostram que o processo de medicalização pode ser compreendido quando problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, em termos de doenças ou distúrbios. Segundo os autores, a multiplicidade de estudos sobre a questão da medicalização aponta para a mesma vertente, aquela que direciona os problemas humanos para o campo da jurisdição médica. Na visão deles, a medicalização pode ocorrer em três níveis: o conceitual, o institucional e os níveis de interação. No plano conceitual, o vocabulário médico é utilizado para definir o problema; no nível institucional, as organizações abordam o problema em termos médicos; e no nível da interação, os médicos estão diretamente envolvidos. Em outras palavras, a medicalização acontece quando a medicina define um problema social com um formulário médico e o trata através de seus termos, com ou sem prescrição de medicamentos.

Para compreendermos melhor o avanço substancial da medicina, tanto sobre os comportamentos desviantes como sobre os processos naturais da vida, Conrad e Schneider (1992) trazem exemplos desses dois campos. No campo dos comportamentos desviantes, a medicina se apropriou das seguintes categorias: a loucura, o alcoolismo, a dependência de drogas, hiperatividade e dificuldade de aprendizagem em crianças, obesidade e anorexia, abuso sexual de crianças, infertilidade, transsexualismo, etc. No campo dos processos vitais, as categorias que se tornaram medicalizadas são: sexualidade, parto, desenvolvimento infantil, TPM (tensão pré-menstrual), menopausa, envelhecimento e morte.

Ao longo do tempo, Peter Conrad e Joseph Schneider examinaram essas questões e destacaram dois aspectos que elucidam de maneira mais abrangente seu desenvolvimento: a secularização e as mudanças que ocorreram dentro da profissão médica. O processo de secularização pode aclarar alguns aspectos, mas mostra-se insuficiente. Já a organização e a estrutura da profissão médica, apontam para um terreno mais firme no campo das explicações acerca do processo de medicalização. Na área da pediatria, por exemplo, os médicos mudaram o foco de suas práticas, acarretando na medicalização de uma enorme gama de problemas infantis.

A medicalização que se opera pelo controle social da medicina é um ponto importante. Independentemente de a classe médica implantar algum tipo de controle social¹ sobre a população, e este controle ser impulsionado pela tecnologia, isso só terá legitimação através da medicalização. Ou seja, uma técnica de controle social pode preceder a medicalização de um problema, mas sua implementação necessita de algum tipo de definição médica.

Na perspectiva dos autores, o campo da psiquiatria reforça suas reivindicações através do controle social medicalizado. As categorias médicas se expandiram, incorporando uma variedade de outros

1 Sobre técnicas de controle social médico, Conrad e Schneider (1992) mostram o uso de psicofármacos como exemplo.

problemas. O alcoolismo, a doença de Alzheimer e a Hiperatividade são alguns exemplos que tiveram expansão diagnóstica, segundo os autores. No que diz respeito à Hiperatividade, Conrad e Schneider (1992) afirmam que, inicialmente, esse distúrbio fazia referência apenas à impulsividade e à distração, principalmente em meninos. A mudança de Hiperatividade para TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) permitiu a inclusão de outras categorias, como meninas, adolescentes e adultos. A consequência disso foi uma explosão no consumo de psicofármacos utilizados para seu tratamento.

Em um outro trabalho realizado por Peter Conrad (2005), o autor afirma que, desde a introdução do primeiro psicofármaco sintetizado e utilizado em tratamentos psiquiátricos em 1952, a indústria farmacêutica investe maciçamente em pesquisas e marketing na área da psicofarmacologia e lançamento de novos medicamentos. O início da medicalização aconteceu pelo que o autor chama de “colonização médica”, já que a cultura médica influenciou totalmente a esfera social. O passo seguinte foi a definição em termos médicos de quase todos os fenômenos sociais. Na década de 1980, a gestão de cuidados com a saúde e o controle de custos ocupou a cena pública e, apesar do poder exercido pela medicina ainda ser muito forte, outros fatores entraram em cena. Os pacientes não eram mais vistos como doentes em vias de tratamento, mas, sim, como consumidores em potencial. A indústria farmacêutica tornou-se a mais lucrativa da América do Norte, lançando novas drogas no mercado em uma velocidade cada vez maior, e os problemas relacionados à infância passaram a ser seu grande alvo. O conhecimento médico e a medicalização nas sociedades ocidentais foram transformados pela biotecnologia, pelos consumidores de psicofármacos e também pelos cuidados com a saúde. Atualmente, as indústrias farmacêuticas e de biotecnologia são a força motriz da medicalização e esse mercado tem-se valido das dificuldades e problemas relacionados ao campo da infância.

Com a atual proliferação dos diagnósticos e o englobamento quase que total de problemas que faziam parte de processos comuns da

vida, os diagnósticos psiquiátricos estão inflacionando ainda mais o número de casos diagnosticados. Ao contrário das enfermidades tratadas pela maioria dos outros ramos da medicina, a psiquiatria não trabalha com sinais ou exames objetivos para as doenças mentais, já que não existe nenhum dado laboratorial que comprove a existência das mesmas. Esse fator pode ser apontado como o maior responsável pela expansão das fronteiras do diagnóstico ou até mesmo a criação de novos diagnósticos, o que seria impossível, por exemplo, em um ramo como a cardiologia.

A expansão de categorias diagnósticas pode ser observada a cada edição do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), manual que se tornou bússola de uma prática reducionista, já que transforma comportamentos comuns da sociedade em transtornos mentais, contribuindo em larga escala para o processo de medicalização da vida e da infância. O DSM é o instrumento mais utilizado no momento da realização de um diagnóstico, e suas categorizações nosológicas traduzem uma concepção objetiva de uniformização, embasadas em critérios naturalizados e descontextualizados de qualquer determinação social, histórica ou política. Dessa maneira, desconsideraram-se as histórias de vida, pois:

Imaginar que nossos sofrimentos psíquicos podem ser tratados como uma úlcera ou uma infecção significa simplesmente negar que os sofrimentos devam inscrever-se numa história de vida, que esses sofrimentos se transformarão ao longo de nossas vidas e que nesta transformação tem papel fundamental o modo como somos ouvidos e as intervenções e terapêuticas que nos são propostas (CAPONI, 2014, p. 748).

De acordo com Araújo e Neto (2013), em 1840, os EUA criaram um censo que se utilizava da categoria “idiotia/loucura” como norte para o registro de incidência das doenças mentais. A partir de 1880, as doenças mentais foram divididas nas seguintes categorias: mania, melancolia, monomania, parestia, demência, dipsomania e epilepsia.

Segundo os autores, o propósito dessas primeiras classificações de transtorno mental era simplesmente estatístico.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizando-se de categorizações ambulatoriais desenvolvidas pelo exército norteamericano – que prestava atendimento a ex-combatentes –, incluiu no seu sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID-6²) um segmento reservado aos transtornos mentais.

No ano de 1953, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Esta foi uma revolução no campo da psiquiatria, pois o DSM era o primeiro manual de transtornos mentais com enfoque clínico. A primeira edição continha uma lista de diagnósticos divididos em categorias e tratava as doenças mentais numa abordagem psicossocial com uma forte influência psicanalítica, já que se utilizava de termos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

A segunda edição do DSM (DSM-II), desenvolvida juntamente com a CID-8, veio em 1968 e não continha quase nenhuma alteração em relação ao DSM-I (ARAÚJO; NETO, 2013). Segundo Russo e Venâncio (2006), a ênfase psicanalítica no DSM-II ficou mais perceptível, e as doenças mentais passaram a ser consideradas como níveis de desorganização psicológica do indivíduo, com características que deveriam ser analisadas durante o tratamento.

O lançamento do DSM-III aconteceu em 1980, e trouxe modificações em sua estrutura e metodologia que são preservadas até a última edição do manual, o DSM-5. Essas modificações romperam com as classificações que eram utilizadas da seguinte maneira:

Essa ruptura se deu em três níveis, que se articulam entre si, como veremos a seguir: no nível da estrutura conceitual rompeu com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos

2 CID é a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, frequentemente designados por essa sigla. (FIRST et al., 1996)

livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas, sobretudo, uma única lógica classificatória; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

Segundo Araújo e Neto (2013), o DSM-III trouxe uma mudança significativa na abordagem multiaxial³ para a elaboração de diagnósticos, e se refere a um sistema que contempla a descrição e o registro em cinco eixos descritos como: síndromes clínicas, transtorno da personalidade e do desenvolvimento, condições e transtornos físicos, gravidade dos estressores psicossociais, e avaliação global do desenvolvimento. Os três primeiros se referem à avaliação formal do diagnóstico, e os dois últimos fornecem informações para complementar o diagnóstico, podendo ser usados também no planejamento do tratamento do paciente.

O DSM-III foi uma das edições de maior impacto na psiquiatria, bem como na elaboração de diagnósticos. A ruptura que essa edição trouxe, quanto ao modo de classificar os transtornos mentais, também se refletiu no campo teórico dos transtornos. As deduções empiricistas relacionam-se com uma visão fisicalista dos transtornos mentais, o que possibilitou a “ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

A partir de 1994, a APA lançou o DSM-IV. Essa edição representou um aumento de dados e a criação de novos diagnósticos. Surgiram,

3 Segundo Spitzer (1996), o diagnóstico multiaxial fundamenta-se em cinco eixos, divisão essa que possibilita uma avaliação mais adequada e aprofundada dos pacientes. O paciente é diagnosticado de acordo com as características de cada eixo.

então, 82 novas categorias de transtornos mentais. Em 2000, foi realizada uma revisão dessa edição, com a subsequente publicação intitulada de DSM-IV-TR. Essa versão foi utilizada até o início de 2013 (ARAÚJO; NETO, 2013).

O objetivo do DSM, como um manual comumente utilizado pela psiquiatria e profissionais da saúde, é o de normalizar e homogeneizar os comportamentos tidos como desviantes. As diferenciações entre os transtornos aumentaram o número de categorias diagnósticas. O DSM-II contava com 180 categorias, passando para 250 no DSM-III e 350 no DSM-IV. O DSM e suas várias versões têm recebido inúmeras críticas sobre a baixa confiabilidade na construção desses diagnósticos (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

O DSM-I e o DSM-II dividiam os transtornos em orgânicos e não orgânicos, deixando clara a posição da psiquiatria em relacionar os transtornos a problemas de origem biológica, que se manifestavam especificamente no cérebro. A partir do DSM-IV, o grupo classificado como transtornos orgânicos não se fez mais presente. Isso não significa que a relação biológica deixou de existir, ao contrário, essa classificação foi retirada justamente para que não houvesse mais diferenciação entre os transtornos, e toda e qualquer patologia psíquica fosse automaticamente relacionada à origem biológica.

Isto é, não se está mais produzindo identidades desviantes ou definindo novos sujeitos na cena pública (como foi o caso, por exemplo, da homossexualidade), mas alargando e pavimentando o caminho para uma compreensão biomédica das perturbações mais ou menos corriqueiras da vida cotidiana (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 474).

A revisão do DSM-IV teve início em 1999, ano em que foi realizada a Conferência de Pesquisa e Planejamento do DSM-5. Em 2002, o *American Psychiatric Institute for Research and Education* (APIRE) realizou eventos de pesquisa e planejamento para a revisão de itens do DSM-IV. O primeiro deles aconteceu em 2004, já com

propostas para a elaboração do DSM-5. Foram discutidas questões que se referiam às abordagens categorial e dimensional, bem como à comorbidade dos transtornos mentais. Além dessas questões, os organizadores, médicos e pesquisadores afins abordaram o tema da identificação das patologias mentais e constataram a importância da criação de um modelo conceitual para uma melhor definição nosológica (BURKLE, 2009).

O DSM-5 foi oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, sendo a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. Esta nova versão trouxe mudanças conceituais, além da incorporação de diversas categorias diagnósticas.

Widiger e Crego (2015), da Universidade de Kentucky, afirmam que diversos colaboradores que participaram da elaboração do DSM-5 admitiram falhas no que diz respeito à classificação diagnóstica. Além disso, tanto na elaboração do DSM-I e II, quanto na criação do DSM-III, não foram realizadas pesquisas sistemáticas e quase nenhum ensaio clínico a respeito dos critérios diagnósticos que constam nos manuais. A elaboração do DSM-5 gerou muitas controvérsias. Nessa versão do manual, os maiores problemas enfrentados pelos autores relacionam-se aos contratos de confiabilidade sem padrão-ouro⁴ e à documentação inadequada de suporte empírico.

Os contratos de confiabilidade dizem respeito a algumas etapas que facilitam a aplicação dos caracteres nos manuais. Essas etapas constam de entrevistas clínicas nãoestruturadas e, posteriormente, a divisão das categorias diagnósticas em módulos. Porém, quando alguns critérios diagnósticos não são preenchidos, há uma supressão de questões durante a entrevista. Isso diminui a confiabilidade e a validade das próprias avaliações diagnósticas, já que o que computará

4 Os instrumentos utilizados para a avaliação de diferentes aspectos da saúde mental precisam ser validados e seus resultados devem ser comparados com os de um padrão de qualidade reconhecida, o chamado “padrão-ouro”. Para os instrumentos utilizados na identificação de transtornos mentais, o padrão se baseia em critérios diagnósticos internacionais (DUARTE; BORDIN, 2000).

a pontuação final de determinado critério não é a resposta apresentada pelo paciente, mas o julgamento clínico do entrevistador. Widiger e Crego (Ibid.) ainda afirmam que a insuficiência de documentação sobre a validação dos diagnósticos em transtornos mentais possibilita que a decisão final sobre seus critérios recaiam sobre os clínicos. Ou seja, a ausência de um padrão-ouro permite que os médicos decidam se determinado quadro de sintomas pode ou não ser classificado como transtorno mental, isentando a necessidade de uma revisão crítica e análise empírica.

Outro aspecto polêmico reside na ausência de critérios médicos e marcadores biológicos que comprovem a existência dos transtornos mentais. “Não há nenhuma medida de laboratório para documentar objetivamente a existência de um transtorno mental. A decisão de considerar uma condição ou comportamento como transtorno mental é uma questão de opinião” (WIDIGER; CREGO, 2015, p. 164). Desse modo, o diagnóstico se reduz à somatória de sintomas.

Para elucidar essa questão, podemos tomar como exemplo o caso do transtorno de autismo. No DSM-5 houve uma revisão do critério estabelecido para o transtorno do autismo e para a Síndrome de Asperger (variação do autismo), abrindo brecha para que os diagnósticos que haviam sido realizados com base no DSM-IV (mesmo tendo sido definido que seu limiar estava equivocado) continuassem tendo validade a partir do DSM-5.

O mesmo fato ocorreu quanto ao critério do luto, que passou a ser considerado como doença mental ou transtorno depressivo maior no DSM-5. Entretanto, de acordo com Widiger e Crego (2015), caberia ao clínico decidir se o paciente com luto seria ou não diagnosticado como portador de um transtorno mental. Dessa forma, eles confirmam que, na falta de um padrão-ouro, confiabilidade e objetividade, os autores do DSM-5 deixaram nas mãos dos médicos a decisão de diagnosticar ou não um paciente com determinada patologia no momento do tratamento, o que mostra claramente as questões subjetivas que incidem sobre os diagnósticos e, principalmente, a ausência de validação científica para os mesmos.

Há ainda outro aspecto que dificulta a objetividade diagnóstica de acordo com Widiger e Crego (2015). O diagnóstico das parafilias,⁵ e também o de depressão e ansiedade, estão envoltos em inúmeras controvérsias. Os autores afirmam que a cada edição do DSM, um grande número de novos diagnósticos são elaborados sem critérios bem definidos e nenhuma comprovação científica. Os critérios diagnósticos estão assentados em opiniões, sintomas complexos e subjacentes que convertem problemas comuns da própria vida em patologia mentais.

A cada versão do DSM, novas categorias psiquiátricas são incorporadas e as descrições das patologias têm “avançado sobre áreas que nem sempre eram tidas como passíveis de abordagens fisicalistas, sendo, no máximo, alvo de compreensões ou intervenções psicológicas” (Lima, 2005, p. 57).

Nessa perspectiva, toda e qualquer problemática comportamental passa a ser trabalhada no campo biológico. Os comportamentos, que antes eram vistos como pertencentes ao próprio desenvolvimento do ser humano ou vinculados a um determinado acontecimento pelo qual o indivíduo estivesse passando, progressivamente vêm sendo percebidos como indícios de uma patologia em fase inicial. A cada ano, os critérios diagnósticos de transtornos mentais sofrem uma expansão de suas categorias, permitindo, assim, que uma grande quantidade de indivíduos seja diagnosticada.

Essa conjuntura nos permite analisar o DSM como uma estratégia biopolítica, justamente pelo viés da existência de fronteiras difusas a respeito da normalidade e patologia psiquiátrica que, na ausência de limites epistemológicos definidos, marcadores e testemunhas confiáveis, corrobora com a multiplicação de diagnósticos psiquiátricos.

5 A atual versão do manual reconhece as parafilias como interesses eróticos atípicos, mas evita rotular os comportamentos sexuais não normativos como necessariamente patológicos.

A medicalização do campo educacional

No campo educacional é muito comum ouvirmos os profissionais de educação preconizarem explicações biológicas a respeito do comportamento dos alunos, e muitas dessas explicações se fundamentam nas descrições do DSM. Dificuldades pedagógicas e comportamentais, atualmente, encontram suas explicações no campo de questões relacionadas às disfunções neurológicas que se manifestam como distúrbios de aprendizagem, TDAH, dislexia, entre outros. Esse processo avança em grande escala nas instituições de ensino ocidentais. Segundo Collares e Moysés (1996), a medicalização dos conflitos sociais recorre ao reducionismo biológico responsabilizando o próprio indivíduo pelos seus problemas e, conseqüentemente, desresponsabilizando o sistema sociopolítico. Nessa lógica, as questões sociais, políticas, econômicas, culturais e históricas não influenciam o destino dos alunos que apresentam dificuldades comportamentais ou de aprendizado.

Podemos até mesmo aferir que, ao transferir os problemas sociais para o campo individual, a medicina ocidental opera em sua lógica biologizante: o indivíduo é transformado em objeto de estudos e seu corpo passa a ser tratado como objeto de investigação. Na perspectiva aventada pelos degeneracionistas no século XIX, o corpo era o receptáculo onde se desenvolviam as doenças e estas se relacionavam com os órgãos e suas funções, transparecendo sua morbidez através de seus sintomas, porém, a doença em si, não era conhecida. Foucault (2011) nos mostra que foi a partir de então, que os sintomas passaram a constituir a própria doença. Essa reorientação do olhar médico sobre as doenças permitiu que elas fossem ordenadas e classificadas. A psiquiatria moderna, fundamentada em bases sintomáticas, elimina as questões que não pertencem à esfera biológica, diagnostica e medicaliza os comportamentos individuais tidos como sintomas de transtornos mentais.

Segundo Zucolotto (2007), a explicação hegemônica de que as dificuldades de aprendizagem e comportamentais se justificam pela incapacidade dos alunos ou pela existência de algum transtorno mental

gera grande demanda por profissionais de saúde no campo escolar. Para compreendermos a constituição histórica do discurso médico no âmbito escolar temos que retroceder à época dos higienistas.

O grande desenvolvimento científico que o mundo experimentava ao final do século XIX marcou um extraordinário progresso tecnológico por um lado e, por outro, a deterioração das condições de vida da classe trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades. Tais condições foram os portões de acesso que o discurso médico utilizou para demarcar seu território na história do Brasil.

A racionalidade médica se utilizou de argumentos, cálculos, procedimentos e técnicas para controlar as doenças vigentes e impor seu programa civilizatório nos séculos XVIII e XIX (GONDRA, 2000). Os pontos estratégicos para a atuação dessa lógica higienista foram os hospitais, os presídios, as igrejas, os cemitérios e a própria escola. No âmbito escolar, a interferência do discurso médico visava o controle de epidemias, já que este era mais um espaço de agregação populacional que apresentava riscos de contaminação epidemiológica.

Através da difusão de um ideário de promoção do bem estar físico e moral da humanidade, a medicina se caracterizou como ciência do social e a higiene passou, então, a fazer parte da formação médica. A partir do momento em que o discurso higienista se articulou em torno da educação, mensagens de higiene passaram a ser veiculadas entre os professores, agentes de saúde pública, alunos e suas famílias. A preocupação para com os problemas sanitários, que poderiam afetar o futuro da população, tornou-se tema de conferências, atividades escolares, textos de manuais e panfletos. Os médicos higienistas se viam na missão de paralisar a ameaça gerada pelo rápido crescimento das cidades e pelas condutas descomedidas dos indivíduos. Para isso, estabeleceram um programa de disciplinamento que articulava higiene e moral, cuja obediência deveria ser severamente seguida pela população. Uma vez que, na lógica higienista, os problemas sanitários estavam atrelados ao modo de vida que os indivíduos levavam, a solução seria dada pela criação de hábitos saudáveis, de acordo com a ciência, e a escola seria a grande precursora dessa educação (ROCHA, 2003).

A formação de hábitos saudáveis deveria começar nos primeiros anos da educação escolar, através de uma educação sanitária. Esse argumento se apropriaria da infância como período singular de intervenção, tanto para a formação dos primeiros hábitos das próprias crianças, como de suas famílias. A escola seria, então, a base para a inculcação da lógica higienista que, partindo da premissa de que só as crianças eram realmente educáveis, por possuírem maior plasticidade cerebral e facilidade de modelagem, a educação dos adultos só serviria para reforçar os hábitos que foram formados na infância. Segundo Rocha (2003), o melhoramento e transformação dos homens pela higiene e moral deveria começar desde cedo. Assim, a infância passou a ocupar o lugar privilegiado como o berço de uma humanidade saudável.

As práticas higienistas nos remetem às obras de Foucault (1979, 1987, 1988, 2008b), já abordadas neste artigo. Não se trata, simplesmente, de educar as crianças para serem adultos felizes e controlados, mas sim, trata-se da forma de governo sobre as populações que coloca a dimensão biológica e subjetiva na produção de ideais que garantam um comportamento saudável a nível coletivo. A inculcação de hábitos higiênicos e morais se relaciona com a moralidade das condutas e o governo dos homens, de que falava Foucault. Os sujeitos passam a operacionalizar um conjunto de técnicas sobre seus próprios corpos, condutas e pensamentos através da vigilância constante e conformação aos ideais morais de sua sociedade. Essa articulação do mecanismo disciplinar dos corpos e do controle dirigido à população, que se configuram na forma de biopoder, está nas bases do pensamento higienista. A biopolítica, dominando e ordenando a vida e suas esferas, como a sexualidade, a saúde, as relações e as questões individuais, atua sob o pretexto de formar e potencializar o bem estar dos indivíduos e da população em geral. Dessa maneira, não é difícil compreender a importância da medicina na ordem dos discursos sobre a saúde, o bem estar físico e moral, as condutas de vida, a educação, enfim, a administração da própria vida.

O ideário higienista introduzido na escola não tinha outro objetivo senão o de controlar os indivíduos no plano físico e moral com vis-

tas à população. A educação sanitária que se fez presente nas instituições escolares dos séculos XIX e XX reduziu o modelo de educação à lógica do biopoder, e a criança passou a ser o próprio vigilante de sua saúde, condutas e moral, a partir das práticas vivenciadas na instituição escolar que lhe admoestava as formas consideradas corretas para a vida. Esse mecanismo disciplinar não se restringia às salas de aula, mas se estendia à esfera familiar. Assim, de acordo com Foucault, o maior objetivo era o de regenerar e transformar os modos de vida da população.

A inculcação de hábitos saudáveis no terreno da infância, tida como idade maleável e de fácil apreensão de normas e valores, possibilitou o enlace da pedagogia com a psicologia e psiquiatria. Nesse contexto, a psicologia - considerada como uma das ciências capazes de perscrutar o caráter da natureza infantil - começou a fazer parte dos discursos escolares sobre a formação de atitudes e comportamentos cognitivos da criança (ROCHA, 2003).

A questão da higiene foi muito além da preocupação com o meio. Ela objetivava a higienização das teorias sociais e humanas, e a educação estava entre seus principais pontos estratégicos. O cumprimento da ordem higienista era dado pelo Estado, que criava as condições legais, materiais e institucionais, e as legitimava em concordância com as exigências da ordem política e econômica vigentes. Do mesmo modo que os estudos sobre as doenças seguiam seu curso sem obstáculos políticos ou sociais, o estudo das sociedades passou a ser realizado com métodos da biologia, num processo de biologização do social, que o despolitizava (HORTA, 1994).

A institucionalização da educação e dos cuidados da infância possibilitou o enlace entre o higienismo, a psiquiatria e a própria educação. Segundo Haydu et.al (2014), o desenvolvimento e o aprendizado das crianças apoiaram-se em técnicas científicas que quantificavam e controlavam seus níveis e padrões de normalidade. A psicologia e a psiquiatria forneceram para a pedagogia as medidas de desenvolvimento que consideravam saudáveis, e deslocaram os problemas de aprendizado ou comportamentais para o campo individual, descon-

siderando as variações que fazem parte do próprio desenvolvimento infantil. A influência da medicina, da psiquiatria e da psicologia no âmbito escolar foi possível graças à aplicação de controle e medida sobre os comportamentos e desenvolvimento pedagógicos.

Frente ao que foi aqui discutido, observa-se que a atual educação escolar segue fortemente influenciada pelos ideais higienistas. A profilaxia e o sanitarismo que apoiaram tais ideais, justificaram e legitimaram a atuação de profissionais do campo médico, como pediatras, psicólogos e psiquiatras, no campo da educação, justamente por este ser considerado o ambiente de formação do caráter e criação de hábitos. A infância ainda é vista como período primordial de prevenção das doenças mentais e, no âmbito escolar, cabe aos professores e agentes da educação, identificá-las e corrigi-las a tempo.

Pudemos constatar que o conjunto de especialidades científicas e a produção de discursos de verdade no campo da psiquiatria consolidaram diversas práticas de intervenção, bem como a orientação educacional de crianças e adolescentes dentro e fora da escola. Nessa perspectiva, a consideração biológica das experiências humanas torna-se o alicerce de entendimento do processo de ensino-aprendizagem que traduz comportamentos típicos da infância em sintomas de doença.

Dentre as escolas que participaram dessa pesquisa, observamos que a solução dos problemas que se manifestam no cotidiano escolar está fortemente ligada ao discurso médico, que reduz o fenômeno subjetivo à lógica do funcionamento orgânico. Sendo assim, a medicação atua como reguladora da subjetividade, reordenando os comportamentos não adaptados aos ideais instituídos. Os remédios aparecem como um recurso a mais para que o cotidiano escolar possa funcionar e o processo de aprendizagem se realize conforme o planejado.

Nosso trabalho nos mostrou ainda que, tanto os profissionais da educação, como as próprias famílias, demandam por um diagnóstico que nomeie os problemas apresentados pelos alunos e os solucione através de psicofármacos. Constatamos que, apesar das diferentes metodologias de ensino adotadas pelas instituições, o discurso médico encontra-se fortemente enraizado nas práticas pedagógicas,

excluindo as narrativas dos sujeitos, bem como os contextos socioeconômicos e políticos. Os profissionais de educação estão cada vez mais orientados a atuarem como especialistas em questões psicológicas e/ou psiquiátricas. Munidos de um discurso psicologizante a respeito das crianças e dos problemas escolares, se apoiam em explicações médicas sobre o funcionamento do cérebro e suas disfunções químicas como resposta a todos os problemas comportamentais e cognitivos.

A tentativa de apaziguar o comportamento humano por via medicamentosa leva ao caminho oposto da aprendizagem que nos constitui como sujeitos críticos em relação ao mundo em que vivemos. O reducionismo ao biológico pode trazer a calma e a sensação de alívio frente às incertezas da vida, frente a um futuro de incertezas. Mas, se desde cedo somos ensinados a eliminar nossas dores e incertezas com uma pílula mágica, o que restará de nossa capacidade criadora, tão cara à nossa espécie? A ideia de que os conflitos podem ser resolvidos através de psicofármacos retira do ser humano o poder de acreditar em sua própria capacidade de superação, e lança para as sombras uma das grandes virtudes da humanidade: a resiliência.

O discurso médico infiltrado nas escolas influencia, não só as práticas pedagógicas, mas toda a maneira de se lidar com a vida. Ele silencia os conflitos negando sua pertença à subjetividade e ao encontro humano. Esse mesmo discurso constrói, tijolo a tijolo, a existência de crianças incapazes de aprender, não somente a ler e a escrever, senão a lidar com a própria vida, a menos que submetidas a uma intervenção técnica.

Conclusões

Os caminhos trilhados pela psiquiatria, desde o fim do século XVIII e início do século XIX, possibilitaram sua ingerência nas esferas da vida humana, bem como o início da psiquiatrização infantil e a atual expansão das categorias diagnósticas configuradas a cada versão do DSM. A intromissão do discurso médico no campo educacional foi analisada neste artigo como uma estratégia biopolítica de controle das populações.

O olhar psiquiátrico sobre questões relacionadas à infância e à adolescência está fortemente presente na instituição escolar, retraduzindo a subjetividade humana em termos neuroquímicos. Esse reducionismo ao biológico possibilita a exclusão da dimensão simbólica da nossa constituição como sujeitos e solapa nossa condição crítica em relação ao mundo em que vivemos.

Os comportamentos que antes eram considerados como “comportamentos próprios da infância” recentemente abandonaram a esfera que adjetivava a própria infância e adentraram a esfera das patologias. Esse fenômeno abre a possibilidade para que os problemas que se manifestam no cotidiano escolar sejam analisados em termos médicos, o que foi constatado nas próprias instituições que participaram dessa pesquisa. Os professores e demais profissionais que atuam na educação procuram uma descrição biológica dos fenômenos humanos e uma tradução dos problemas comportamentais e de aprendizagem em termos neuroquímicos.

A falsa solução apregoada pelos psicofármacos está minando a capacidade de escrevermos nossa própria história; minando nosso olhar crítico a respeito de problemas que cercam o cotidiano educacional. A reordenação das subjetividades no âmbito escolar, a partir da medicação, reduz a própria experiência da aprendizagem enquanto instância transformadora.

Referências bibliográficas

ARAUJO, Álvaro C.; NETO, L. Francisco (2013), “A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5”. *Jornal de Psicanálise* n. 85, pp. 99-116.

BURKLE, Thaaty, S. (2009), *Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.

CANGUILHEM, Georges. (2009), *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CAPONI, Sandra. (2012), *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

_____. (2014), “DSM-V Como dispositivo de segurança”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* v. 24, n. 3, pp. 741-763.

COLLARES, Cecília. A L.; MOYSÉS, Maria. A. (1996), *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez.

CONRAD, Peter. (2007), *The Medicalization of Society*. Baltimore/ Maryland: The Johns Hopkins University Press.

_____. (2005), “The Shifting Engines of Medicalization”. *Journal of Health and Social Behavior*. v. 46, pp. 3-14.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph. W. (1992), *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

DUARTE, Cristiane S.; BORDIN, Isabel, A. S.(2000), “Instrumentos de avaliação”. *Revista Brasileira de Psiquiatria* n. 22, pp. 55-58.

FIRST, M.B.; SPITZER, R.L.; GIBBON, M.; JANET, B.W. (1996), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

FOUCAULT, Michel. (1979), *Microfísica do poder*. 1 ed. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1987), *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 27 ed. Petrópolis: Vozes.

_____. (1988), *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 15. ed.. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (2006), *O poder psiquiátrico*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2008a), *O nascimento da biopolítica*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2008b), *Segurança, Território e População*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2011), *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

GONDRA, José G. (2000), “Medicina, higiene e educação escolar”. In: LOPES, Eliane Marta T.; FARIA, Luciano M. (orgs.). *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica.

GUARIDO, Renata. (2007), “A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação”. *Revista de Educação e Pesquisa* n. 1, pp. 151-161.

HAYDU, Verônica. B.; FORNAZARI, Silvia. A.; ESTANISLAU, Célio. R. (2014), *Psicologia e análise do comportamento: conceituações e aplicações à educação, organizações, saúde e clínica*. 1 ed. Londrina: UEL.

HORTA, Silvério B. (1994), *O hino, o sermão e a ordem do dia: a educação no Brasil (1930- 1945)*. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ.

LIMA, Rossano, C. (2005), *Somos todos desatentos?: O TDA/H e a construção de bioidentidades*. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

MOYSÉS, Maria, A. (2013), *A institucionalização invisível - crianças que não aprendem na escola*. 1. ed. Campinas: Mercado de Letras Fapesp.

ROCHA, Heloísa, H. P. (2003), *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. 1. ed. Campinas: Mercado de Letras Fapesp.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana T. A. (2006), "Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* n. 3, pp. 460-483.

ZUCOLOTO, Patrícia, C. S. V. (2007), "O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar". *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* n. 1, pp. 136-145.

WIDIGER, Thomas. A., CREGO, Cristina. T. (2015), "Process and Content of DSM-5". *Psychopathology Review* n. 2, pp. 162-176.