

Repensando a ideia de normal e patológico na educação – contribuições do pensamento de Canguilhem

*Rethinking the idea of normal and pathological in education
– contributions of Canguilhem's thought*

Ronaldo Manzi*

Resumo

Há um crescimento no uso de medicamentos em crianças e adolescentes como nunca visto antes. As escolas, como mostram estudos recentes, contribuem para que haja esse crescimento. Na verdade, mesmo o Estado incentiva que os professores estejam preparados para identificar qualquer indicativo de transtorno. O fato de que uma grande porcentagem de pessoas com idade escolar possui um transtorno de ordem biológica se fundamenta em uma concepção de normal e patológico em que se toma uma média como referencial ideal. Entretanto, a ideia de normal e patológico pode ser colocada em questão a partir de um estudo que vem da própria medicina – é o caso das reflexões de Georges Canguilhem. Apesar de seu trabalho não ter tido impacto nas áreas médicas, ele foi fundamental nas áreas humanas, porque oferece uma concepção de normal com potencial transformativo. Normal não seria aquele que segue uma norma ideal, mas aquele que é capaz de instaurar uma nova norma. A concepção de Canguilhem, como pretende-se mostrar, pode nos levar a repensar o que consideramos um transtorno e tem um potencial crítico na escola, pois lhe traz a responsabilidade de ouvir cada caso. Apresentar-se-á, nesse artigo, a posição inovadora de Canguilhem e como ela ainda nos dá uma possibilidade de repensarmos a ideia de transtorno em pessoas em idade escolar.

Palavras-chave: Canguilhem; normal; patológico; educação.

* Doutor em filosofia pela Universidade de São Paulo (USP, 2013) e pela Radboud Universiteit Nijmegen (RUN, 2013) (co-tutela); Pós-doutor em Filosofia (USP, 2017), em Psicologia Social (USP, 2019) e em Educação (PUC-GO, 2021); Professor no Programa de Pós-Graduação em Educação na Faculdade de Inhumas (FacMais), GO, Brasil; E-mail: manzifilho@hotmail.com

Abstract

There is a growth in the use of medicines in children and adolescents as never seen before. Schools, as recent studies show, contribute to this growth. In fact, even the State encourages teachers to be prepared to identify any indication of disorder. The fact that a large percentage of school-age people have a biological disorder is based on a conception of normal and pathological in which an average is taken as an ideal reference. However, the idea of normal and pathological can be put questioned based on a study that comes from medicine itself – this is the case of Georges Canguilhem’s reflections. Although his work had no impact in medical ground, it was fundamental in human ground, because it offers a conception of normal with transformative potential. Normal would not be someone who follows an ideal norm, but someone who is able to establish a new norm. Canguilhem’s conception, as it is intended to show, can lead us to rethink what we consider a disorder and it has a critical potential in school, as it brings the responsibility of listening to each case. In this paper, Canguilhem’s innovative position will be presented and how it still gives us a possibility to rethink the idea of disorder in people of school-age.

Keywords: Canguilhem; normal; pathological; education.

Introdução

O uso de psicofármacos na infância se tornou tão comum a ponto de autores afirmarem, tal como Julieta Jerusalinsky (2014), que vivemos em uma era da palmatória química. Não é estranho, portanto, que o universo do saber pedagógico se passe cada vez mais a depender do saber psiquiátrico, uma vez que qualquer comportamento que esteja fora dos padrões esperados pode ser suspeito como um transtorno. Sendo assim, a escola passa a depender do saber médico, atribuindo o suposto “problema” que a criança traz para a escola como um problema biológico e que deve ser tratado por especialistas na área (KUPFER, 2011). Basta, para isso, averiguarmos a lógica abusiva de diagnósticos clínicos em crianças recentemente. Um exemplo notável é do Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor (TDDH) que aumentou 40 vezes entre crianças e adolescentes nos EUA no período de 1994/1995 a 2002/2003. Também os psicólogos ajudaram nesse crescimento: os consultores e colaboradores da Associação Psicológica Americana (APA) enxergam um transtorno mental em qualquer desvio do comportamento, pensamento ou emoções (LIMA, 2020).

O número acima de pessoas com tal transtorno corresponde em média 5% de incidência de TDDH em crianças com idade escolar. O mesmo acontece com o Transtorno de Déficit de Atenção: o número de diagnósticos cresce vertiginosamente; com a Síndrome de Asperger, vemos o mesmo; com o autismo é ainda mais sintomático (JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011, p. 65).

Vê-se, assim, uma crescente medicalização infantil que os próprios psiquiatras confessam muitas vezes estarem sendo abusivas. Podemos desconfiar que, ao invés de encarar problemas que muitas vezes se enquadram em questões existenciais, como conflitos internos, são remediados na escola com a ajuda de profissionais de outras áreas do saber e sob a tutela

de fármacos; de certa forma, “lavando as mãos” dos responsáveis (docentes, diretores etc.) da escola (GUARIDO, 2007). Com o aumento excessivo de diagnósticos, é preciso perguntarmos se as crianças e adolescentes estão sendo ouvidos ou se simplesmente delegamos ao domínio do saber médico-psicológico todo problema que eles enfrentam – seja na escola ou em casa.

Tendo isso em vista, esse artigo propõe nos voltarmos às reflexões de Georges Canguilhem. À primeira vista, a ideia de trazer um filósofo francês da década de 1950 que defendeu seu doutorado (*O normal e o patológico* publicado em 1943) em uma universidade de medicina para uma discussão da educação pareceria estranha. Canguilhem defende uma concepção de normal e patológico partindo da biologia e de estudos sobre fisiologia, medicina etc. que é contraintuitiva mesmo em nossos dias. Seu questionamento sobre o que seria o normal pensado como uma média quantitativa, por exemplo, não poderia ser sustentado mesmo em casos que pareceriam óbvios tal como o déficit ou superávit de glicose no sangue. O que ele propõe é uma concepção de normal enquanto uma instauração de norma do organismo.

Esse artigo busca, primeiramente, expor como Canguilhem defende sua análise sobre o normal e o patológico para posteriormente analisarmos as consequências de seu pensamento na educação. Por exemplo: hoje é um lugar comum pensarmos que uma criança tem déficit de atenção se seguirmos a ideia de uma média esperada (um comportamento padrão esperado). Se uma criança manifesta sintomas de déficit, ela é diagnosticada como tendo um transtorno que tem uma origem biológica. Pela teoria de Canguilhem, isso pode ser colocado em questão.

Apesar de encontramos alguns estudos na educação que levem em consideração as reflexões de Canguilhem, como de Spazziani e Collares (2010), Tesser e Neto (2010), este artigo busca contribuir nessa intersecção de saberes.

O normal e o patológico segundo Canguilhem

Partamos do dado de que uma pessoa se diz doente quando algo “não vai bem”. Sem essa queixa, há uma espécie de impercepção em relação ao funcionamento do organismo. Um médico e o saber médico em geral só é requisitado quando percebemos que algo está supostamente errado, mesmo sem sabermos como deveria ser o suposto funcionamento normal. Os sintomas são relatados; o saber médico é requisitado para curar o que não está bem. Essas poucas observações já nos fazem perceber que o saber médico se constrói a partir da patologia – aliás, a um problema humano concreto. É por algo não estar bem que se busca compreender como deveria ser o normal. Assim, *a patologia nos força a pensar a normalidade* – como se a doença expusesse o que há de possível na normalidade de forma exagerada (ao expor algo que é difícil de se perceber no estado normal). É isso que destaca René Leriche segundo Canguilhem: a doença nos revela a função normal do organismo no momento mesmo em que ele é interdito de exercê-la. Ou seja, “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (LERICHE *apud* CANGUILHEM, 2007, p. 52) – sem queixas, não haveria um porquê de se questionar o que seria a saúde.

Por outro lado, espera-se, normalmente, que, diante de uma queixa, a medicina seja capaz de restaurar a normalidade do organismo – que ele volte a funcionar da mesma forma que antes (tal como era). É esse um dos pontos centrais para Canguilhem: há uma impossibilidade lógica (devido à ideia de estrutura) e fisiológica de o organismo restaurar a mesma ordem. O que ocorre no caso de cura é *a instauração de uma nova ordem* (conseqüentemente, uma

reestruturação do organismo e não um retorno à estrutura anterior). Aliás, a própria doença é uma instauração de uma ordem; mas, no caso, que restringe o organismo (uma ordem que só funciona dentro de uma situação em que o meio não se altere – algo muito limitado).

Na primeira parte de seu estudo, Canguilhem se volta à concepção usual do que se toma como estado patológico; ele se questiona se se trata ou não de é uma modificação quantitativa do que se considera um estado normal.

Auguste Comte, uma das referências centrais para a construção do saber sobre o normal e o patológico, parte do pressuposto de que “[...] toda concepção de patologia deve se apoiar sobre um conhecimento prévio do estado normal correspondente, mas inversamente o estudo científico de casos patológicos se torna um momento indispensável de toda pesquisa de leis do estado normal” (CANGUILHEM, 2007, p. 21). Se tomarmos essas palavras a sério, é preciso um estudo sobre as anomalias ou das supostas monstruosidades. Isto é, casos extremos que nos esclareceriam melhor o que seria a normalidade.

A teoria de Comte não nos isenta de estabelecer o que é o normal: algum fenômeno normal observável que serve de referencial comparativo com a patologia. Entretanto, Comte, nos diz Canguilhem, não nos propõe nenhum critério que permita reconhecer um fenômeno normal. Ele se volta a uma ideia de harmonia (um certo valor/norma ideal) que é mais próxima de um problema qualitativo, polivalente, estético e moral do que científico.

Ainda assim, como estabelecer essa harmonia? A explicação de Comte é fisiológica: o estado normal seria uma média. Ou seja, quando nos deparamos com uma patologia, fisiologicamente, estamos diante de um déficit ou superávit de uma média esperada. Isso nos indica que a falta ou o excesso de um elemento específico na circulação sanguínea, por exemplo, leva a uma irritação da excitação normal do funcionamento do organismo. Assim, o sentimento de perturbação é a manifestação de uma alteração quantitativa de seu funcionamento, como o excesso de glicose no sangue. Mas já aqui Canguilhem observa: se uma mesma causa pode variar quantitativamente de modo contínuo e provocar efeitos qualitativos diferentes, como o sentimento de dor, irritabilidade, insônia etc., então há uma mudança qualitativa da forma de vida da pessoa. Se isso for verdade, a questão da patologia não pode ser simplesmente quantitativa, pois altera um estado, implicando uma *mudança qualitativa de vida*.

Claude Bernard, também um pensador respeitado no meio médico no século XIX (e que criou raízes para o pensamento médico do século XX), insiste que se não sabemos explicar alguma doença é porque ainda não desenvolvemos a fisiologia do seu funcionamento normal. Ora, estando ciente do funcionamento normal de um órgão, sabemos a média esperada (como a quantidade de batimento cardíaco por minuto); qualquer desvio dessa média é considerado patológico. A ideia de déficit e superávit seria a forma de diagnosticar e, conseqüentemente, de buscar tratar uma doença.

Há uma consequência teórica nessa forma de pensar: entre o normal e o patológico não haveria uma diferença senão quantitativa. E a questão continua: caso haja mais glicose encontrada no sangue, por exemplo, não indicaria um estado qualitativamente diferente de um estado normal? O estado patológico não seria um estado qualitativamente diferente do estado normal?

Segundo a teoria de Bernard, não existe um estado normal perfeito: criamos, portanto, um *ideal* de normal. Esse ideal abstrato, inexistente na natureza, seria a base de compreensão do que seria a normalidade? Quer dizer, todas as pessoas não recaem, de alguma forma, numa diferença quantitativa de um ideal esperado? Aliás, mesmo não recaindo nesse padrão,

qualitativamente, podemos estar bem. O estado patológico indica uma outra estrutura; não exatamente quantitativa: “Estar doente é verdadeiramente para o homem viver uma outra vida, mesmo no sentido biológico do termo” (CANGUILHEM, 2007, p. 49). Estar doente é viver uma outra forma de vida, pois não tem como isolar, segundo Canguilhem, um sintoma da totalidade de funcionamento do organismo. Por exemplo, sentir uma dor de cabeça por ter um problema de visão não é um sintoma isolável de um sentimento de mal-estar do organismo como um todo.

Na segunda parte de seu estudo, Canguilhem se dedica a pensar se há uma ciência do normal e do patológico. Eis algumas reflexões que o guia: 1) a ideia de que a saúde é a vida no silêncio dos órgãos (o normal só se revela com a infração, com a patologia); 2) tomar o normal como média é algo abstrato (o organismo deve ser pensado a partir de uma norma individual, como destacaremos); 3) a vida deve ser pensada enquanto uma potência dinâmica que instaura normas (como também insistiremos); 4) a doença não pode ser pensada de forma contínua com a saúde: não se trata de uma mera mudança quantitativa (está-se doente devido a um superávit ou déficit de algo pressupõe uma continuidade com o estado normal), mas uma mudança de uma forma de ser; 5) que restaurar a saúde não significa retornar a forma de ser anterior à doença, mas uma instauração de uma nova forma de ser (não há “retorno” à normalidade, mas instauração de uma nova ordem). É necessário também precisar o que se denomina anomalia.

O que é normal é dito como aquilo que é conforme à regra, que está na medida correta e esperada. Mas o que está conforme à regra é aquilo que deveria ser (um estado ideal) ou aquilo que sempre foi dessa forma (estado habitual)? Por exemplo, se um exame clínico indica que uma taxa específica está fora da regra, isso significa que está fora daquilo que se esperava ou daquilo que é habitual naquele organismo específico? Mesmo que tomemos a última opção como válida, uma mudança de comportamento é necessariamente patológica? É verdade que Canguilhem afirma que o vivente humano luta contra qualquer obstáculo que vá contra a manutenção ou desenvolvimento tomado como norma. Contudo, instaurar uma nova forma de vida é o que tornaria o vivente saudável segundo Canguilhem. O vivente não é indiferente às condições nas quais se cria uma patologia; e, é por não ser indiferente que é possível instituir novas normas. O ser vivo se torna, nesse raciocínio, *normativo* – institui normas.

Essa ideia de Canguilhem é inovadora porque associa a vida a uma questão de valor: ela não seria indiferente ao meio; ela se polariza, escolhe, por mais simples que ela seja “Viver é, mesmo para uma ameba, preferir e excluir” (CANGUILHEM, 2007, p. 84). Essa concepção de vida enquanto imposição (de valores) seria a norma.

Há algo de marcante nessa teoria para o pensamento da saúde de forma geral, pois implica afirmar igualmente que “Não há normas biológicas sãs e normas biológicas patológicas, e as segundas não são qualificadas pelas primeiras” (CANGUILHEM, 2007, p. 79). Não só não haveria uma média ideal esperada normal quanto não haveria uma norma que em si fosse patológica. De um modo ou de outro, pelo simples fato de o organismo estar vivo indica, como lembra Canguilhem de uma fala de Guyénot, que “O organismo é um químico incomparável. Ele é o primeiro dos médicos. Porque sempre as flutuações do meio são uma ameaça” (GUYÉNOT apud CANGUILHEM, 2007, p. 80). Agora, nos termos de Canguilhem:

É a vida mesma e não o julgamento médico que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística. A vida, para o médico, não é um objeto, é uma atividade polarizada na qual a medicina prolonga, nela pondo uma luz relativa mais indispensável da ciência humana, o esforço espontâneo de defesa e luta contra tudo o que é de valor negativo (CANGUILHEM, 2007, p. 81).

Assim, é possível que haja uma anomalia: aquilo que é desigual. Mas isso não indica que ela seja sem alguma ordem. O organismo anômalo tem também uma ordem; mas não a esperada por uma média. O que, na biologia, se considera como uma monstruosidade não seria senão uma especificação de uma anomalia determinada (uma certa forma de ser desigual do esperado). Certamente que uma anomalia pode “se dar mal”, uma vez que não consegue instaurar normas ao meio; por outro lado, ela pode ser “bem-vinda”, pois pode se sobressair às demais normas instaurando algo inesperado que funcione melhor do que o suposto “normal”. Resumindo: a anomalia em si não seria uma patologia, a não ser que o desvio da norma restrinja o organismo de instaurar normas.

O que se toma como anormal também não é patológico em si: “O *anormal* não é patológico. Patológico implica *páthos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrária. Mas o patológico é o anormal” (CANGUILHEM, 2007, p. 85). Espera-se que todo organismo normal, em algum momento, se torne patológico: *viver inclui o fato de adoecer e de uma nova possibilidade de existência*. Estar doente, afirma Canguilhem, não é “perder” uma norma, mas criar outra. No caso da doença, uma norma que restringe o organismo; mas há igualmente a possibilidade de o organismo criar outra forma de ser. “Resumindo, a anomalia pode ir na direção a uma doença, mas não é, por ela mesma, uma doença” (CANGUILHEM, 2007, p. 88).

Entendemos, então, o porquê de Canguilhem insistir em dizer que a ideia de restituir uma norma ideal ou anterior à doença não tem um sentido biológico: é próprio do organismo criar uma norma diante de barreiras; sair de uma norma padrão esperada é esperado, pois “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas” (CANGUILHEM, 2007, p. 87). É esse um dos pontos que insistiu Kurt Goldstein, a quem Canguilhem recorre em sua reflexão: “O novo estado de saúde não é o mesmo que o anterior” (GOLDSTEIN, 1939, p. 437) – há uma nova normatividade, afirma Goldstein, em que “essa nova relação opera na direção de uma nova norma individual, ou nova constância e adequação (conteúdos)” (GOLDSTEIN, 1939, p. 439).

Aliás, a teoria de Canguilhem não destoa da concepção darwiniana de evolução das espécies. É de se esperar que qualquer transformação do meio exija uma mudança na forma de vida de um organismo. As mutações são esperadas na teoria de Darwin (2018) – uma espécie de plasticidade que torna o organismo capaz de se adaptar. O que Canguilhem propõe é que essas mudanças são uma instauração de uma nova norma (e não exatamente uma adaptação); e que nem sempre essa instauração restringe o organismo. Ao contrário, pode haver uma reestruturação que nos traga algo de inesperado, de surpreendente, novo. Contudo, o fazer inesperado pode ser desastroso; mas também pode ser profícuo – *é em relação ao organismo que se poderia ter um termo de valor e não a algo ideal*. Isso leva Canguilhem a afirmar:

Não há fato normal ou patológico em si. A anomalia ou a mutação não são nelas mesmas patológicas. Elas experimentam outras normas de vida possível. Se essas normas são inferiores quanto à estabilidade, à fecundidade, à variabilidade da vida, às normas específicas anteriores, elas serão ditas patológicas. Se essas normas se revelam, eventualmente, no mesmo meio equivalente, ou num outro meio superior, elas serão ditas normais. Sua normalidade vem de sua normatividade. O patológico não é uma ausência de norma biológica, é uma outra norma, mas comparativamente repulsiva à vida (CANGUILHEM, 2007, p. 91)

A ideia de doença se torna aqui concreta por um lado e abstrata por outro. Se torna concreta porque tem um referencial não ideal: o próprio organismo. Abstrata, porque não teríamos como ter um referencial teórico universal como base de comparação, tornando a concepção de doença algo específico – que exige do saber médico identificar *um* caso específico por vez. Quer dizer, se a saúde é o silêncio dos órgãos, seria preciso ouvir o “grito” individual para entender a lógica daquele sofrimento. Ou como diz Kurt Goldstein: “A norma estatística não pode fazer justiça ao individual” (GOLDSTEIN, 1939, p. 428). Vladimir Safatle, por exemplo, destaca ao refletir esse pensamento de Canguilhem e Goldstein:

Não se trata aqui, no entanto, de uma concepção individualista de saúde, mas de uma concepção ‘que individualiza’. [...] *A saúde não é uma conformação, mas uma individuação* geradora de processos que, do ponto de vista dos interesses de autoconservação dos indivíduos de uma espécie, podem inclusive parecer irracionais (SAFATLE, 2015, p. 429)

A medicina trilhou o caminho de pensar um ideal do que seria o normal. O que é concreto, nesse caso, é uma referência abstrata de saúde. Abstrata porque não se toma enquanto referência um organismo vivente em especial. O diagnóstico, portanto, tem, como referencial, uma ideia de normalidade ideal tomando a pessoa concreta como um desvio dessa abstração: segundo um superávit ou um déficit. O normal, nessa lógica, seria viver dentro de uma média/frequência estatística/padrão em que, biologicamente, o organismo dependeria de uma normatividade que não é dele, mas de um padrão estabelecido. Contudo, pensemos: ao julgar, por exemplo, a dieta de uma pessoa, julga-se uma forma de vida dentro de um contexto determinado que o homem cria (levando em conta que há uma capacidade plástica de instaurar normas, como se vê em culturas diferentes). Como pensar em um padrão se pensarmos em culturas diferentes?

No saber médico tradicional, o julgamento diagnóstico se fundamenta em dados estatísticos biológicos, por isso, independe da forma de vida do indivíduo. Assim, o que se deve levar em conta é o padrão estabelecido. Mas isso não é impor uma norma/uma forma de vida determinada a outro gênero de vida/saber-viver? Canguilhem antecipa as reflexões que Ethan Watters (2010) publica no livro *Crazy like us – The globalization of the American psyche*. O argumento é: não adoecemos da mesma forma em culturas distintas e em épocas diferentes. Entretanto, o *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* teria colonizado uma forma de adoecer em culturas que desconheciam, por exemplo, a concepção de depressão. Há uma imposição do que é normal e patológico se criamos um manual com uma concepção do que desvia ou não da norma. E, para isso, cria-se uma norma ideal do que seria o normal.

Lembremos também da clássica obra *A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina* (1975) de Ivan Illich. Dentre suas argumentações, Illich defende que “Cada civilização cria suas próprias doenças” (ILLICH, 1975, p. 72). Ou seja, Illich defende que toda cultura cria para si uma forma específica de ser humano e isso inclui o modo que se considera saudável as formas de gozo, de sofrimento e de morrer. Cada cultura, segundo Illich, dá um sentido de como lidamos com o sofrimento, a enfermidade e a morte. Na verdade, essas seriam experiências fundamentais que os homens, em uma dada cultura, elaboram para si. Seriam experiências inevitáveis e o sofrimento, a enfermidade, podem ser inclusive transformativos. Não teria assim sentido em levar a experiência de sofrimento estadunidense, por exemplo (DSM), para outras culturas:

Ao colonizar uma cultura tradicional, a civilização moderna transforma a experiência da dor. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. O sofrimento cessa então de ser aceito como contrapartida de cada êxito do homem na sua adaptação ao meio e cada dor se torna sinal de alarma que apela para intervenção exterior a fim de interrompê-la. Essa medicalização da dor reduz a capacidade que possui todo homem de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação, capacidade em que consiste precisamente a saúde (ILLICH, 1975, p. 127)

Aliás, a concepção de que existe uma forma de ser cultural é o que leva Canguilhem a afirmar que “[...] tomar os valores médios de constantes fisiológicas humanas como a expressão de normas coletivas de vida seria somente dizer que a espécie humana, inventando gêneros de vida, inventa ao mesmo tempo caminhos fisiológicos” (CANGUILHEM, 2007, p. 114). Seguindo ainda um viés biológico, pensemos: o organismo de uma pessoa que vive no deserto é mais tolerante à sede do que alguém que não passa por privação de água; então, seria patológico uma pessoa acostumada a se hidratar a sentir sede constante na situação de privada de água como no deserto? Para alguém que vive lá, isso seria estranho? Ou é o vivente que cria seu próprio meio?

No exemplo acima, podemos pensar que nada impede que um organismo esteja saudável apesar de que, se comparado a uma média geral sobre um determinado ponto, esteja fora do esperado. O critério, segundo Canguilhem, deve ser o próprio indivíduo:

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para indivíduos múltiplos considerados simultaneamente, mas ela é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. O que é normal, para ser normativo nas condutas dadas, pode se tornar patológico numa outra situação, se ele se mantém idêntico a si. Dessa transformação, é o indivíduo que é julga porque é ele que padece, no momento mesmo em que ele se sente inferior às tarefas que a situação nova lhe propõe (CANGUILHEM, 2007, p. 119)

Canguilhem está refletindo a partir de dados biológicos. Nem mesmo a ideia de que uma taxa sanguínea deva ou não corresponder a uma norma ideal pode ser confirmada; imaginemos então em relação ao psíquico: como teria sentido ter uma taxa ideal de dias de luto, por exemplo, como propõe aquele manual estatístico? Não seria preciso ouvir a pessoa para se poder entender o que está se passando?

Canguilhem chega ao ponto de propor, teoricamente, que a possibilidade de se ficar doente é um luxo: “Estar em boa saúde é poder ficar doente e se reerguer é um luxo biológico” (CANGUILHEM, 2007, p. 132). Um vivente que é incapaz de passar por situações que restringe suas normas e de ser capaz de se reerguer de alguma forma, com outra norma, seria patológico. Eis então a definição de patologia para Canguilhem:

Devemos dizer, conseqüentemente, que o estado patológico ou anormal não é feito de ausência de toda norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior no sentido que ela não tolera nenhum desvio de condições nas quais ela vale, incapaz que ela está de se modificar numa outra norma. O vivente doente é normalizado nas condições de existência definida e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir outras normas em outras condições (CANGUILHEM, 2007, p. 119-120)

Perder a capacidade de instituir novas normas ou a perda de ter uma plasticidade de se colocar de outra forma diante de situações adversas seria a definição de patologia. O fato de o organismo ter “fugido” à norma não nos indica necessariamente estar doente, mas por viver sob uma mesma norma: “O doente é doente porque não pode admitir senão uma norma” (CANGUILHEM, 2007, p. 122) – não se diz, então, que haja uma ausência de norma, mas uma incapacidade de ser normativo. O próprio fato de o organismo instituir para si uma norma, afinal, é já um indicativo de que a doença é uma forma de vida qualitativamente diferente do que seria considerado normal:

Se reconhecemos que a doença permanece uma sorte de norma biológica, isso nos leva a pensar que o estado patológico não pode ser dito anormal absolutamente, mas normal em relação a uma situação determinada. Reciprocamente, estar são e ser normal não são completamente equivalentes, porque o patológico é uma sorte de normal. Estar são não é somente ser normal numa situação dada, mas ser também normativo nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2007, p. 130)

Difícil não lembrarmos aqui como Sigmund Freud define a fixação. O fato de o sujeito se fixar em uma dada conduta, por exemplo, não é em si patológico, mas a questão é que ele reduz seu campo de ação a uma dada forma de ser. Ou seja, uma concepção de inflexibilidade de se poder mudar diante de uma situação nova. Em Freud, essa ideia aparece enquanto uma incapacidade de a libido se reinvestir em algo. Daí porque afirma que

Ao longo da vida de uma pessoa, pode acontecer que o desenvolvimento psíquico chegue a uma parada repentina e a um ponto final. Um acontecimento esmagador pressionou a libido a posições que a partir de então são mantidas até a morte ou até o colapso psíquico, e essa é a definição de fixação (FREUD, 2017, p. 95)

Fixar-se em algo é dar um destino à libido que interrompe qualquer outra forma de relação com o mundo, consigo e com o outro (tornando suas relações restritas). Que se veja como essa definição de Freud está próxima da concepção que Canguilhem nos traz sobre o normal e o patológico: “Uma circunstância importante na vida é a *mobilidade* da libido, a facilidade com que ela passa de um objeto para outro. Contrastando com isso há a *fixação* da libido em certos objetos, que muitas vezes persiste por toda a vida” (FREUD, 2018, p. 198). Canguilhem diz em outros termos: “A saúde é uma margem de tolerância das infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2007, p. 130). Uma pessoa doente não teria essa capacidade – é como se o organismo se polarizasse a uma forma exclusiva de ser. Roberto Esposito precisa a questão:

A negatividade da doença (e principalmente da morte) não está ligada à modificação de uma norma propriamente originária, como fizeram teorias da degeneração. Ao contrário, ela está ligada à incapacidade do organismo de modificar a norma aprisionando-o, forçando-o a uma repetição infinita da norma (ESPOSITO, 2008, p. 190)

A dificuldade de levarmos a cabo essa teoria de Canguilhem é a perda de um referencial abstrato exigindo que o médico ouça a narrativa do doente: “Para realizar um diagnóstico, é preciso observar o comportamento do doente” (CANGUILHEM, 2007, p. 152). Quer dizer, no fundo, é só a pessoa que pode dizer se está doente ou não, porque não há um critério objetivo/abstrato para se determinar isso.

Entretanto, se pensarmos no homem e não no ser vivo em geral, a reflexão se complica ainda mais. Entre 1963-1966, Canguilhem traz *Novas reflexões concernentes ao normal e o patológico*. Fundamentalmente, o que nos interessa dessas novas reflexões é a ideia de que o social instaura normas. Imaginemos a situação: se afirmamos que a saúde é a capacidade de instaurar normas, não podemos deixar de notar que o homem incorpora normas sociais desde o nascimento – normas que lhe constitui. Ora, se o ser humano nasce em um meio social em que há normas/valores que se espera que sejam seguidos, aquele que cria uma nova forma de ser pode ser considerado patológico pelo social. A concepção de média para se pensar o normal é aqui central: se espera um certo comportamento das pessoas e vê-se com maus-olhos quando alguém desvia do esperado.

Mas há de se convir, igualmente, que a ideia de transgressão é constitutiva da própria ideia de regra (assim como se espera que todo ser vivo adoeça e possa criar outra norma). Na verdade, como afirma Canguilhem, a ideia de uma suposta ausência de norma social é de ordem mítica – uma suposta situação em que não haveria infração possível de normas. Foi Georges Bataille quem explorou essa ideia de modo mais extensiva em sua obra *O erotismo*. Sua argumentação central é de que “O interdito está aí para ser violado” (BATAILLE, 1970, p. 72). Aliás, os próprios interditos parecem subentender sua transgressão: se a lei diz “não matarás”, subentende-se que há o desejo de matar. No fundo, não só se subentende, pois “A origem da orgia, da guerra e do sacrifício é a mesma: ela existe devido aos interditos que se opõem à liberdade da violência assassina ou da violência sexual. Inevitavelmente, estes interditos determinam o movimento explosivo da transgressão” (BATAILLE, 1970, p. 128).

É exatamente este jogo entre lei e violação da lei, do interdito e da transgressão, que Bataille quer indicar: haveria sempre este jogo de privação e de excesso, de interdito e de transgressão, porque os objetos que desejamos sempre nos levariam a esta ambivalência: de repulsa, devido aos interditos; e de atração, exatamente pelo interdito criar esta atração proibida:

“O interdito jamais aparece, humanamente, sem a revelação do prazer; nem jamais o prazer sem o sentimento do interdito” (BATAILLE, 1970, p. 119). O que parece prevalecer, afinal, é a angústia: seria ela que constituiria a humanidade. Trazendo tal reflexão ao nosso estudo: *não há norma padrão que não preveja sua transgressão*.

Mas o que toda essa discussão nos traz para refletirmos a educação? Tomemos primeiramente algumas considerações sobre o uso crescente de medicamentos em crianças e adolescentes.

Algumas considerações do uso de medicamentos em pessoas com idade escolar

Lembremos de um estudo clássico de Cecília A. L. Collares e M. Aparecida A. Moysés (1996): *Preconceitos no cotidiano escolar – Ensino e medicalização*. As autoras partem da ideia de que naturalizamos na vida cotidiana preconceitos, tal como a suposta incapacidade de uma criança não ser como as outras, por exemplo, por não aprender na mesma “velocidade”. Para o senso comum, ela é problemática. Uma vez que outras crianças aprenderam, então o problema seria da criança, de sua constituição biológica, por exemplo. Assim, a escola é, supostamente, “[...] vítima de uma clientela inadequada” (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 27) – o que pressupõe que as escolas só saberiam lidar com crianças ideais.

Na verdade, biologizando o problema, tem-se a vantagem de deslocá-lo: ele não está na escola ou na sociedade; basta culpabilizar a vítima. As autoras denominam esse deslocamento de *patologização do processo ensino-aprendizagem*:

Na escola, este processo de biologização geralmente se manifesta colocando como causas do fracasso escolar quaisquer doenças das crianças. Desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação. A isto, temos chamado medicalização do processo ensino-aprendizagem. Recentemente, por uma ampliação da variedade de profissionais de saúde envolvidos no processo (não apenas o médico, mas também o enfermeiro, o psicólogo, o fonoaudiólogo, o psicopedagogo), temos usado a expressão *patologização do processo ensino-aprendizagem* (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p 28)

Neste estudo, a principal causa levantada pelos professores e diretores sobre o fracasso escolar foi colocada na questão de *problemas de saúde* – o que revela às autoras como o discurso médico normatizador foi incorporado não só na vida cotidiana, mas também no discurso educacional. A análise das autoras é que se usa de um argumento de disfunção neurológica qualquer para se justificar a não-aprendizagem, dando uma explicação biológica que seria inerente ao indivíduo (aluno/família). Mas há que se destacar que Collares e Moysés não estão defendendo que não existam tais distúrbios (a questão delas não é com a existência ou não de tais distúrbios), mas que os professores e diretores se utilizam dessa argumentação quando se veem diante do caso da não-aprendizagem.

Em todo caso, a questão para as autoras é o fato de muitas crianças serem medicalizadas na justificativa de não aprenderem, sendo que o ensino nas escolas não seja

questionado. Nessa situação, a criança se situa em uma *anomia* segundo Collares e Moysés: *são apropriadas de sua normalidade*. Continuam a argumentação:

Doentes sem o serem. Normas incapacitadas. Para estas [crianças], é mais explícito ainda o fato de que o diagnóstico em si resolve o conflito. Ao transferir responsabilidades, as consequências tranquilizam-se. Após a chancela de um diagnóstico – real ou estigma – não mais importa o destino da criança, se suas necessidades especiais serão atendidas ou não. Omite-se não apenas a escola, mas todas as instituições envolvidas, a começar pela da Saúde. Abandonada por todos, instituições públicas e sociedade civil. Cientistas e leigos. Com honrosas exceções (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 129)

Como se vê, o discurso psiquiátrico adentrou nas escolas. Crianças e adolescentes se tornaram alvo do saber-médico quanto ao seu comportamento errático, falta de atenção, insociabilidade etc. Na verdade, a própria escola se tornou um dispositivo que regula a entrada desse saber psiquiátrico, pois se torna mediadora entre pais e psiquiatras ao indicar certa “desconfiança” de que algo “está errado” com o aluno. Uma consequência dessa mediação é como esse saber e intervenção médica e farmacológica estão assegurados por essa mesma instituição e pelo Estado (já que incentiva que os professores estejam preparados a perceberem qualquer indício de transtorno). A medicalização, afinal, se torna um dispositivo *útil* na escola para responder às demandas esperadas na sala de aula (KAMERS, 2013).

Uma consequência desse discurso estar incorporado na escola é: ele guia os professores a julgarem se os alunos se comportam de forma normal ou anormal, sem levar em conta a história pessoal ou situacional do aluno. Ou seja, é possível diagnosticar um transtorno a partir da observação do comportamento e não pela história da pessoa. Vejamos um exemplo de como isso se dá.

Imaginemos pais preocupados com um filho que supostamente está tendo dificuldade de atenção em sala de aula segundo o que teria relatado alguns professores. Imaginemos que esses pais busquem na internet algum site respeitado mundialmente (<https://chadd.org/>) sobre o assunto como é o caso do CHADD (Children & adult with ADHD) – uma entidade estadunidense com informações para pais, adultos, jovens, educadores, profissionais da saúde, curiosos etc. sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Aqueles pais iriam encontrar, por exemplo, esse tipo de esclarecimento quando procurasse sobre o diagnóstico de tal transtorno:

Quais são os critérios do DSM-5 [*Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – 5*] para o diagnóstico de TDAH?

Como acontece com qualquer diagnóstico do DSM-5, é essencial primeiro descartar outras condições que podem ser a verdadeira causa dos sintomas. Como todos mostram sinais desses comportamentos em um momento ou outro, as diretrizes para determinar se uma pessoa tem TDAH são muito específicas. Em crianças e adolescentes, os sintomas devem ser frequentes ou graves em comparação com outras crianças da mesma idade. Em adultos, os sintomas devem afetar a capacidade de funcionar na vida diária e persistir desde a adolescência. Além disso, os comportamentos devem criar dificuldades significativas em pelo menos

duas áreas da vida, como casa, ambientes sociais, escola ou trabalho. Os sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses

Ou seja, a partir desses dados, os pais podem “saber” que seu filho tem TDAH ao compará-lo com outras crianças da mesma idade. Isso pressupõe: 1) que a “associação” seja um bom critério diagnóstico; 2) que o observador é capacitado em avaliar o comportamento de crianças; 3) principalmente: que se ignore a história pessoal da criança, pois a única coisa que interessa é se ela age diferente ou não da maioria (média) das crianças da mesma idade. Curioso é que o conhecimento teórico sobre esse transtorno nem mesmo o DSM-5 tem uma resposta, apesar de julgar que no futuro será comprovado que ele tenha uma causa neurológica (COSER, 2010).

Se esses mesmos pais visitam o site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (Associação Brasileira do Déficit de Atenção - Associação de pessoas com Déficit de atenção e hiperatividade (tdah.org.br)), irão encontrar uma lista para se realizar um diagnóstico em crianças. Trata-se de 18 perguntas que podem ser respondidas de forma quantitativa entre “nem um pouco” a “bastante”. Se tiver ao menos 6 respostas com bastante, há já um indicativo de que a criança não se comporta *como esperado*. As questões são do tipo: não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuidados nos trabalhos escolares; têm dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer; parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele; tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado; distrai-se com estímulos externos etc. Certamente essa lista poderia assustar qualquer um dos pais, pois possivelmente uma criança possui essas características. *E como julgar se é “pouco” ou “bastante”?*

Percebamos como Canguilhem nos leva a pensar de uma forma completamente diferente, pois o que ressoa, no fundo, naquele tipo de reflexão, é que não se ouve a narrativa do sujeito. Isso abre uma gama de campos a serem explorados por especialistas que supostamente sabem o que é melhor para o homem (biológico) e não para *um* sujeito (histórico). Afinal, se nós naturalizarmos que a ideia de sofrimento psíquico é algo de ordem biológica, então não temos por que escutar o sofrimento. Seria preciso “erradicá-lo” por fármacos e terapias que adequasse o organismo ao seu “funcionamento normal”. Reduzido a dados quantificáveis, a criança não é vista em sua história; a relação médico/paciente se restringe em descrições de sintomas, sendo o médico aquele que possui o suposto saber do sofrimento do outro. Pensando apenas a partir da nosografia, a ideia de ouvir o que o sujeito tem a contar do seu sofrimento passa a ser desnecessário e mesmo prejudicial, porque pode fazer com que o psiquiatra interprete os sintomas. A prática clínica passa a ser cada vez mais objetiva na dimensão diagnóstica em que “Todas as manifestações do ser falante ganharam contornos de doença” (CATÃO, 2020, p. 13).

A questão de ouvir o sofrimento talvez seja o que esteja em jogo aqui. Christian Dunker, por exemplo, ao refletir sobre a relação da psicanálise com a educação, nos diz:

A medicalização, especialmente da infância, é um problema de largas proporções muito grave no Brasil, e que exprime de certa maneira a tendência a uma certa terceirização da educação, particularmente nas classes médias. O excesso de diagnósticos indiscutidos, as narrativas que reduzem sintomas psicológicos a perturbações neurológicas que exprimem apenas uma tentativa de monopólio sobre como o sofrimento deve ser reconhecido. Isso mostrou-se inviável terapêuticamente, indesejável eticamente e pouco produtivo para os objetivos educacionais. Ocorre que essa é uma estratégia muito barata, que ganha endosso em uma série de estratégias de tratamento do sofrimento pela adição de substâncias ou pela introdução ou retirada de certas experiências, como se o sofrimento fosse apenas um estado subjetivo de desconforto. Este não é absolutamente o caso. A dor não é o sofrimento, porque o segundo depende de como o reconhecemos, o primeiro, não. Quando olhamos para o sofrimento como apenas uma sensorialização desagradável é sinal de que nossa narrativa para o entender está muito empobrecida (DUNKER, 2020, p. 90-91)

Tendo em vista essa concepção de norma individual que deve ser escutada, voltamos a como a fundamentação biológica de Canguilhem nos ajuda a pensar uma nova forma de abordar o normal e o patológico em relação à educação.

Conclusão: questões para a educação

Vladimir Safatle sugere que as reflexões de Canguilhem nos dá um fundamento biológico inovador para pensarmos o social:

Por partir de uma reflexão na qual não aparece apenas como objeto reificado de práticas discursivas, mas também como a potência que produz conceitos, Canguilhem pode colocar no horizonte regulador do pensamento crítico algo como um peculiar fundamento biológico (SAFATLE, 2015, p. 417-418). [Assim,] [...] diremos que a saúde exige uma experiência na qual a capacidade de ultrapassar normas vigentes, de afirmar o que aparece como anômalo, assim como o poder de instituir novas normatividades, sejam fenômenos internos às dinâmicas sociais e políticas (SAFATLE, 2015, p. 435)

Notemos o impacto dessa concepção de normal e patológico para pensarmos a educação. O primeiro ponto que podemos destacar é o questionamento do normal enquanto uma média – como se crianças/adolescentes devessem se adequar a algum tipo ideal de norma esperada; qualquer desvio seria considerado patológico. Vemos aqui como o comportamento humano se reduziria ao funcionamento orgânico manipulável/disciplinar (LIMA; CAPONI, 2011), pois direciona-o a uma norma social dada. Entretanto, isso pode ser questionado. Seguindo a análise de Canguilhem, compreendemos, por exemplo, essa reflexão de Jerusalinsky:

Estes comportamentos [identificados como transtornos de déficit de atenção com hiperatividade] podem ser devido a diversos fatores, muito variados; por exemplo, imaginemos que uma criança muito criativa, muito ativa, que desafie critérios conformistas, fosse exposta a fatores tais como: não receber de seus responsáveis regras de disciplina consistentes, carecer do amor incondicional de seus pais, encontrar-se em classes heterogêneas, pouco ou nada atrativas e nada individualizadas, com professores com frequência muito estressados pelas condições de seus trabalhos, ou ter sofrido abusos ou ter graves problemas de comunicação e conflitos não assumidos em suas famílias. Estas crianças seriam sérias candidatas ao diagnóstico de TDA e seu respectivo tratamento. Sendo assim, muitas das crianças medicadas hoje em dia possivelmente seriam brilhantes, criativas, independentes, enfim, maravilhosas, se não fossem pressionadas pelos limites de um meio adulto desatento, conflituoso e estressado. TDA possivelmente não reflete pois déficit de atenção das crianças, mas a falta de atenção às suas necessidades por parte dos adultos (JERUSALINSKY, 2011, p. 253)

Um outro ponto que podemos trazer à tona é a questão da “restauração” de uma suposta normalidade. É comum o relato de que os professores percebem uma mudança no comportamento de uma criança. É como se algo tivesse desviado o comportamento normal dela e que deveria agora ser restaurado. Mas não poderíamos também pensar que é normal que haja uma transformação na forma de ser da criança? Não é esperado que se transgrida a norma? E qual seria o sentido de buscar restaurar uma adequação a uma norma dada? Ou seja, seria preciso compreender as transformações pelas quais as crianças passam durante o processo formativo. Mesmo que essas transformações pareçam destoantes da média comum, não significa que estamos diante de uma patologia. Poderíamos pensar diferente ainda segundo Dunker: “A autonomia [desde a infância] produz certa ‘resistência’ ao olhar e ao desejo de adaptar-se, conformar-se e desafiar a autoridade. Daí que muitas crianças autônomas sejam também ‘problemáticas’, ‘não comportadas’, ‘hiperativas’ e assim por diante” (DUNKER, 2020, p. 177).

Canguilhem insiste também que há uma norma individual, em que o conceito de normal é valorativo e não estatístico. Sendo assim, é em relação ao próprio organismo que é preciso fazer correlações. Pensando na educação: é ouvindo a própria criança que poderíamos resolver seus problemas de não-aprendizagem; seria ela mesma a medida e não algum ideal. Ao pensarmos que existe uma norma individual, pensando a escola, teríamos de lidar com cada caso.

Mas o que é mais inovador são as consequências de se pensar o normal como aquele que é capaz de instituir normas. Se uma anomalia em si não é patológica, o inesperado talvez seja uma das capacidades de instaurar algo novo. A ideia de uma criança resistir a seguir um padrão determinado de conduta não indica, portanto, que haja uma patologia. Patológico, por sua vez, é quando o organismo é incapaz de ter uma plasticidade diante de uma mudança do meio; no caso da nossa reflexão, do meio escolar. Caso uma anomalia restrinja a capacidade de ação da pessoa, seria preciso não restaurar uma suposta anormalidade, mas levar a pessoa a criar novas formas de ser. Por outro lado, se a anomalia ampliar a capacidade de ação do indivíduo, ela deveria ser incentivada. Esses são alguns dos desafios que Canguilhem nos traz e que pode nos levar a repensar questões centrais na educação sobre o normal e o patológico.

Referências

BATAILLE, Georges. **L'Érotisme**. Paris: Les Editions de Minuit, 1970.

CANGUILHEM, Georges. **Le Normal et le Pathologique**. Paris: PUF, 2007.

CATÃO, Inês. A psicopatologia, o sujeito da psicanálise e a clínica com bebês. In: CATÃO, Inês (org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento**: quando a brincadeira fica sem graça. Salvador: Ágalma, 2020, p. 7-25.

COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, M. Aparecida A. **Preconceitos no cotidiano escolar – Ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1996.

COSER, Orlando. **As metáforas farmacológicas com que vivemos – Ensaio de metapsicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

DARWIN, Charles. A origem das espécies por meio da seleção natural ou a preservação de raças favorecidas na luta pela vida. Trad. Daniel Moreira Miranda. São Paulo: Edipro, 2018.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Paixão da ignorância – A escuta entre Psicanálise e Educação**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

ESPOSITO, Roberto. **Bios: Biopolitics and Philosophy**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

FREUD, Sigmund. **Manuscrito inédito de 1931**. Trad. Elsa Vera Kunze Post Susemihl. São Paulo: Blucher, 2017.

_____. **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939) – v. 19**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

GOLDSTEIN, Kurt. **The Organism – a holistic approach to biology derived from pathological data in man**. New York: American Book Company, 1939.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: [a10v33n1.pdf \(scielo.br\)](#). Acesso em: 27 out. 2021.

JERUSALINSKY, Alfredo. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história. Uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 231-242.

JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia. Introdução. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 5-10.

JERUSALINSKY, Julieta. A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância. **Estadão on-line**, 7 ago., s/p, 2014. Disponível em: [A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância \(estadao.com.br\)](http://estadao.com.br). Acesso em: 3 nov. 2021.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde** – Nêmesis da medicina. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, jan./abr., 2013. Disponível em: [A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança \(bvsaud.org\)](http://bvsaud.org). Acesso em: 8 nov. 2021.

KUPFER, Maria Cristina. Educação terapêutica para crianças com TGC: uma alternativa à medicalização In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, Sílvia. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 141-150.

LIMA, Rossano Cabral. Infância e adolescência em tempos de DSM-5 e CID 11: trajetórias da classificação e perspectivas de investigação crítica. In: CATÃO, Inês (org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça**. Salvador: Ágalma, 2020, p. 55-77.

LIMA, Ana Cristina Costa; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1315-1330, 2011. Disponível em: [Revista physis 21-4 final.indd \(scielo.br\)](http://scielo.br). Acesso em: 30/11/2021.

SAFATLE, Vladimir. **O circuito dos afetos** – Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SPAZZIANI, Maria de Lourdes; COLLARES, Cecília. Conhecimento científico, medicalização e os saberes escolares em saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 163-177.

TESSER, Charles D.; NETO, Paulo Poli. Medicalização na infância e adolescência: histórias, práticas e reflexões de um médico da atenção primária. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 231-250.

WATTERS, Ethan. **Crazy like Us** – The globalization of the American Psyche. New York: Free Press, 2010.