

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
CURSO DE PEDAGOGIA**

MORGANA DREON

**TDAH E MEDICALIZAÇÃO DE ALUNOS DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE
SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS - SC

2018

MORGANA DREON

**TDAH E MEDICALIZAÇÃO DE ALUNOS DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE
SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade Federal de Santa Catarina do Curso de Pedagogia do Centro de Ciências da Educação, do Departamento de Estudos Especializados em Educação – EED. Sob a orientação da professora Dra. Ione Ribeiro Valle e coorientação da professora Dra. Julia Siqueira da Rocha.

FLORIANÓPOLIS - SC

2018

MORGANA DREON

TDAH E MEDICALIZAÇÃO DE ALUNOS DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Licenciada em Pedagogia e aprovado em sua forma final.

Florianópolis, 18 de junho de 2018.

Professora Doutora Patrícia Laura Torriglia
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Professora Doutora Ione Ribeiro Valle
Presidente da Banca- Orientadora

Professora Doutora Julia Siqueira da Rocha
Coorientadora

Professor Doutor Jeferson Silveira Dantas
Membro

Doutoranda Tatiana Pires Escobar
Membro

Doutoranda Gabriela Albanás Couto
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Neste momento, arrisco citar alguns nomes, mas não com a segurança de não esquecer ninguém. Sou grata a todos que de alguma forma contribuíram para que eu somasse forças para lutar e alcançar objetivos que não são fáceis pra quem vem de uma classe social desprivilegiada e de um lugar que, por ser interior, o acesso ao conhecimento é mais dificultoso.

Ao Fábio R. Herpich, minha gratidão pelo companheirismo, amor, pela parceria e por me ensinar a criar asas para voar.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo, mesmo por vezes demonstrando não compreenderem minhas escolhas.

À Tatiana Escobar, pela amizade, generosidade e acolhimento.

À Ione Ribeiro Valle que, ao me acolher no grupo de pesquisa, confiou e apostou em mim. Gratidão pelos momentos em que seu imenso coração extrapolou os limites da orientação acadêmica.

À Julia Siqueira da Rocha, pelo acolhimento, coorientação, compreensão, parceria, descontração e por vir me ensinando a pesquisar apreciando os gostos da luta pela justiça social!

A todos os amigos que fiz no grupo de pesquisa GPEFESC/LAPSB, em que fui tão bem acolhida e pude aprender com cada um. Imensa gratidão pelos estudos, diálogos, aprendizados, oportunidades, amizades, inquietudes, dúvidas, cafés, pelos carinhos e todos os momentos de companhia e parceria desenvolvidos.

A todos os queridos professores da UFSC, que contribuíram para a minha formação acadêmica e pessoal!

Aos queridos professores do Instituto Federal de Santa Catarina, Campus de Videira, que deram o primeiro passo para que eu aprendesse a lutar por uma educação pública, laica e de qualidade.

Gratidão aos queridos professores que compõem a minha banca de defesa de TCC.

Às profissionais da Secretaria Estadual de Educação por seus esclarecimentos e troca de materiais.

À todas as pessoas que passaram por mim neste período em que voltei a estudar e me marcaram.

Não quero esquecer das pessoas que me marcaram e das inquietudes que me ajudaram a construir, desde o curso superior que fiz anteriormente a este, e que ainda me movem.

Não sei se devo agradecer, mas quero. Não consigo não lembrar desta pessoa. Ao Rodrigo Barbosa, meu primeiro gerente/superior na vida profissional, o qual me via sempre estudando e me aconselhava a parar com aquilo, pois não me levaria a nada. Sou grata por ele ter me dado motivos para eu aprender a não acreditar em tudo o que me falam.

Em especial, agradeço à vida! Pela oportunidade de viver e degustar tudo isso!

*Refletir sobre as consequências de se enxergar
crianças por um olhar que as reduz a casos,
geralmente perdidos, intratáveis, um olhar que lhes
subtrai a condição de sujeitos e avaliza,
cientificamente, o bloqueio que lhes é imposto ao
acesso ao futuro, pode representar mais um
passo para a construção de um mundo em que
o futuro mereça esse nome.*

Maria Aparecida Affonso Moysés, 2001

RESUMO

Nesta pesquisa, fazemos uma análise sobre os processos de medicalização a que alunos da rede estadual de educação de Santa Catarina com diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) têm sido expostos. Caracteriza-se como pesquisa qualitativa, ao realizar estudos bibliográficos e fazer análise documental de relatórios fornecidos pela Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina, e, quantitativa, ao expressar os números dos alunos com diagnósticos de TDAH medicalizados. Nossa escolha metodológica segue elementos da Sociologia da Educação, do sociólogo francês Pierre Bourdieu, através da noção “vigilância epistemológica”. Consideramos importante revisitar o projeto higienista para compreender historicamente o que estimulou a elaboração das legislações para crianças e adolescentes neste país e que também promovia a atenção que se tinha com eles. Como resultados, a pesquisa evidencia ligações entre o projeto higienista, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e as Resoluções para a Educação Especial de Santa Catarina. Apontamos elementos de ressignificação daquele projeto via medicalização de crianças e adolescentes que não atendem a uma expectativa de comportamento normalizado determinado pelas instâncias disciplinares, tendo em vista as práticas de prevenção aos riscos. Enfatizamos que o principal lócus de manifestação das questões que envolvem a indisciplina, a desatenção e a dificuldade de aprendizagem tem sido a escola, sendo por meio dela que ocorre o maior número de encaminhamentos de alunos para avaliação neuropsiquiátrica que, em sua maioria, acabam sendo medicalizados. Nossas conclusões apontam para um elevado número de diagnósticos de TDAH que não consideram as diferentes esferas das vidas dos alunos para suas realizações e, ainda mais grave, nos dados que examinamos, encontramos que entre os alunos com diagnóstico de TDAH e medicalizados na rede estadual de educação, vêm sendo consumidos mais de 40 tipos de medicamentos que, em sua maioria, atuam no Sistema Nervoso Central. Com isso, evidenciamos a necessidade de uma maior reflexão sobre esse fenômeno, pois o recebimento de um diagnóstico de transtorno mental e tratamentos com fortes medicamentos com vistas a uma contenção do corpo irrequieto dos alunos, determina novas condições para a constituição das suas subjetividades.

Palavras-chave: Escola. Crianças e adolescentes. TDAH. Medicalização.

ABSTRACT

In this research, we analyzed the medicalization processes that the students of the state education network of Santa Catarina with diagnoses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) have been exposed. It is characterized as a qualitative research, carrying out bibliographic studies and documentary analysis of reports provided by the State of Santa Catarina's Department of Education, and, quantitatively, expressing the numbers of students with medicalized ADHD diagnoses. Our methodological choice follows elements of the Sociology of Education, of the French sociologist Pierre Bourdieu, through his "epistemological vigilance." We considered important to revisit the so-called "Hygienist Project" to understand what were the historical reasons behind the development of rules regarding the treatment and attention that children and teenagers should have in this country. Our research show links between the Hygienist Project, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, and the Resolutions for Special Education in Santa Catarina. We show evidence of the resignification of the Hygienist Project with the medicalization of children and teenagers that do not have the characteristic behavior that is considered as normal, in view of the practices of social risk prevention. We emphasize that the main source of concerns about indiscipline, listlessness and learning difficulties have been the school. And the school is the main source of student referrals for neuropsychiatric evaluation, after which they often are medicated. Our results point to a high number of diagnosis of ADHD that do not consider the different lifepaths of the students. And worse, we found that the students with a diagnosis of ADHD have been medicated with more than 40 different types of drugs, with a majority acting on the central nervous system. Considering this, we call for the need for a greater discussion about this phenomenon. This is critical, because the diagnosis of a mental disorder and its consequent treatment with strong medications to contain the restive student body, determines new conditions with the formation of their own subjectivities.

Keywords: School. Children and adolescents. ADHD. Medicalization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de pesquisas por área de conhecimento	20
Gráfico 2 - Período de realizações das Pesquisas e quantidades	22
Gráfico 3 - Instituições de ensino em que foram realizadas as pesquisas	23
Gráfico 4 - Referenciais teóricos mais utilizados nas pesquisas da Educação	24
Gráfico 5 - Alunos matriculados na rede estadual de educação de Santa Catarina	66
Gráfico 6 - Números de alunos com deficiências e transtornos mentais na rede estadual de educação de Santa Catarina	69
Gráfico 7 - Alunos com diagnósticos de TDAH, medicalizados, distribuídos por Regional de Educação	73
Gráfico 8 - Alunos diagnosticados com TDAH e medicalizados, por sexo.	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Versões do DSM e suas datas de publicações.....	47
Tabela 2 - Datas dos lançamentos das versões do DSM e das homologações das Resoluções.....	56
Tabela 3 - Número de alunos matriculados na rede estadual de educação até o início do segundo semestre de 2017	65
Tabela 4 - Números de alunos com deficiências e transtornos mentais	67
Tabela 5 - Quantidade de medicamentos/psicofármacos consumidos pelos alunos.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção
ADD - *Attention Deficit Disorders*
ADD-H - *Attention Deficit Disorders and Hyperativity*
ADHD - *Attention Deficit and Hyperativity Disorders*
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA - Associação Americana de Psiquiatria
BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDUP - Centro de Educação Profissional
CEJA - Centros de Educação de Jovens e Adultos
CID - Classificação Internacional de Doenças
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EED - Departamento de Estudos Especializados em Educação
EJA - Educação de Jovens e Adultos
GPEFESC - Grupo de Pesquisa de Formação de Educadores em Santa Catarina
LAPSB - Laboratório de Pesquisas Sociológicas Pierre Bourdieu
MEC - Ministério da Educação
OMS - Organização Mundial da Saúde
PRODATH - Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade
SED - Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina
STPM - Síndrome da Tensão Pré-menstrual
TAB - Transtorno Afetivo Bipolar
TAG - Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generaliza
TAS - Transtorno de Ansiedade Social
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.
TDPM - Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA	13
1.2 OBJETIVO	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
1.3 METODOLOGIA	15
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO	16
2 MEDICALIZAÇÃO E TDAH: O QUE DIZEM AS PESQUISAS?	18
2.1 ÁREAS EM QUE FORAM REALIZADAS AS PESQUISAS	19
2.2 PERÍODOS DE REALIZAÇÕES DAS PESQUISAS	21
2.3 INSTITUIÇÕES DE ENSINO VINCULADAS ÀS PESQUISAS	22
2.4 REFERENCIAIS TEÓRICOS MAIS UTILIZADOS NAS PESQUISAS	23
2.5 TRABALHOS REPERTORIADOS PARA O ESTADO DA ARTE QUE SE REVELARAM DESVINCULADOS DESTA PESQUISA	26
2.6 SÍNTESE DOS TRABALHOS REPERTORIADOS E SELECIONADOS DA ÁREA DA EDUCAÇÃO	32
2.7 CONSIDERAÇÕES	36
3 RESQUÍCIOS DE UM PROJETO HIGIENISTA/SANITARISTA	37
3.1 PROJETO HIGIENISTA NO BRASIL	37
3.2 ENQUANTO ISSO, NO OUTRO LADO DO CONTINENTE, ERA CONSTRUÍDO O DSM	43
3.3 HIGIENISMO E DSM, HÁ APROXIMAÇÕES?	47
3.4 CONSIDERAÇÕES	52
4 TDAH E AS RESOLUÇÕES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL DE SANTA CATARINA	53
4.1 PREVENÇÃO, RISCO, TRABALHO	54
4.2 DAS CONDUTAS TÍPICAS AO TDAH	58
4.3 CONSIDERAÇÕES	62
5 ALUNOS COM TDAH DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA	64
5.1 ALUNOS MATRICULADOS NA REDE ESTADUAL DE SANTA CATARINA	64
5.1.1 Alunos com diagnóstico de TDAH matriculados na rede estadual de educação de Santa Catarina	67
5.2 ALUNOS DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA COM DIAGNÓSTICOS DE TDAH E QUE TOMAM MEDICAMENTOS	71
5.2.1 Localização dos alunos com diagnóstico de TDAH e medicalizados na rede estadual de educação	72
5.2.2 Alunos com diagnóstico de TDAH medicalizados, conforme o sexo	73
5.2.3 Psicofármacos prescritos para tratar os diagnosticados com TDAH	75
5.3 CONSIDERAÇÕES	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE – MEDICAMENTOS/PSICOFÁRMACOS CONSUMIDOS PELOS ALUNOS DIAGNOSTICADOS COM TDAH DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA	93

1 INTRODUÇÃO

Na condição de graduanda do curso de Pedagogia¹, na Universidade Federal de Santa Catarina, passei a integrar como bolsista o Grupo de Pesquisa Ensino e Formação de Educadores em Santa Catarina e Laboratório de Pesquisas Sociológicas Pierre Bourdieu (GPEFESC/LAPSB), sendo um dos focos a Justiça na Educação, sob a coordenação da Professora Doutora Ione Ribeiro Valle. Dentre os diversos recortes de pesquisa deste grupo, o meu interesse se voltou para os estudos sobre medicalização da infância e adolescentes e a interface com a escola.

Uma pesquisa em especial, desenvolvida por membros do grupo, sobre indisciplina e medicalização das crianças e adolescentes em uma escola pública de Florianópolis, juntamente com a participação no Simpósio sobre “A vida Medicada: A medicalização da infância”, suscitaram o desejo de investigar com mais propriedade esta questão que se constitui em um problema da atualidade, buscando compreender como a escola contribui para a medicalização da infância e da adolescência, enquanto alunos.

A nossa pesquisa se justifica pela tentativa de compreender os fatores que fazem com que os alunos com o corpo irrequieto, os considerados indisciplinados, e também os que apresentam dificuldades de aprendizagem, sejam motivos de desequilíbrio das salas de aula. Condição esta que tem feito com que os docentes solicitem avaliação médica desses alunos. Nesse sentido, também é de nosso interesse investigar acerca do papel da escola nessa crescente busca por medicamentos para docilizar a infância e adolescência. Ratificando esse dado, a pesquisa de Rocha e Valle (2018, p. 30, mimeo), aponta sobre o aumento significativo do consumo de medicamentos, como a Ritalina, sendo que “[...] em 10 anos, a importação e a produção cresceram 373% no país”. Medicamentos como este têm sido utilizados para conter os comportamentos julgados como atípicos, ou seja, fora do que é considerado como padrão aceitável para se estar na escola.

Os estudos que viemos realizando nos mostram que o processo que leva os alunos classificados como anormais à medicalização, faz com que a escola particularize neles questões que envolvem todo o seu meio social. Algumas responsabilidades, inclusive, são pertinentes à própria escola e, desse modo, não se faz necessário refletir nem rever as práticas de trabalho

¹ Esta escrita inicial utilizando o “eu” é devido à explicação da minha aproximação com o grupo de pesquisa e tema de interesse. Como toda a realização desta pesquisa foi em conjunto com a minha orientadora e coorientadora, a forma de escrita passou a ser representada pelo nós.

pedagógico que podem não estar surtindo efeito ao progresso da aprendizagem. Além do mais, questões outras que envolvem toda a vida dessas crianças ou desses adolescentes também não são problematizadas.

Percebemos que esse esforço de uniformização dos alunos na escola faz com que os que se apresentem diferentemente em relação aos demais passem a ser percebidos por essas diferenças. A forma como eles vêm sendo encaminhados para avaliações de saúde mental demonstra que não estão sendo aceitos com suas particularidades e seus modos de ser. Assim, com o auxílio da medicina, está se procurando encontrar algo em seus corpos biológicos que justifique seus comportamentos, para que possam ser tratados e, talvez, voltar à condição de normalidade ou se aproximar dessa condição.

Em nossa pesquisa, estudamos esse fenômeno sem limitá-lo a ele mesmo, sem balizar suas manifestações e reações unicamente na criança e no adolescente em suas relações com a escola. Nossa análise, amparada pelos conhecimentos produzidos a partir da Sociologia, em especial da Sociologia da Educação, nos remete a um olhar mais ampliado, de modo que ao ver mais longe seja possível identificar outros fatores que colaboram para a intensificação destas situações. Ressaltamos aqui que não temos o propósito de encontrar ou apontar culpados, mas sim desejamos entender como esse fenômeno vem se desenvolvendo e como a escola pode auxiliar para que esses alunos enfrentem menos situações de injustiça em seu espaço cotidiano.

Ressaltamos que o olhar da nossa pesquisa está inscrito na Educação, que se trata do campo de conhecimento do qual falamos. Nesse sentido, compreendemos que as ações e reações que na escola vêm sendo empregadas podem favorecer para que os alunos tenham condições de se expressar e buscar formas de aprendizado sem o crivo normalizador de um modelo disciplinar que faça regulamentações para isso. Assim, entendemos que a escola não pode ser um lugar de exclusão dos alunos, mas sim de aumento de perspectivas de sucesso quanto à aprendizagem.

1.1 PROBLEMA

Enquanto profissionais e estudantes da educação, temos observado as crescentes reclamações das escolas quanto aos comportamentos desatentos e indisciplinados dos alunos, o que tem justificado os processos de medicalização. Nos interessamos, a partir disso, em realizar um estudo que pudesse nos levar a algumas compreensões sobre tais fenômenos. Nesse sentido,

buscamos conhecer como os alunos com diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) da rede estadual de educação de Santa Catarina, recorte desta pesquisa, têm sido expostos aos processos medicalizantes.

Considerando que os processos de medicalização de alunos se trata de um tema de grande abrangência, em nossa pesquisa intencionamos encontrar elementos que têm fomentado esses processos. Ao apresentá-los, pretendemos auxiliar na construção de uma reflexão sobre a intencionalidade do movimento medicalizante, dado que este vem sendo aplicado com estudantes nas suas mais diferentes etapas da educação básica. Esta pesquisa formula a hipótese de que os processos de medicalização aos alunos têm sido feitos com tamanha intensidade para que estes possam ser adaptados ao modelo disciplinar social em evidência, reproduzido pela escola.

Nosso trabalho realiza uma análise sociológica sobre esse fenômeno. Apesar de nossa base teoria estar apoiada em concepções da Sociologia da Educação, ao longo do desenvolvimento da pesquisa mobilizamos diversos autores engajados nas compreensões sobre a medicalização de crianças e adolescente com TDAH, os quais consideramos oportunos para as diferentes etapas. A escolha pelo nosso referencial teórico se justifica pelo fato de entendermos que esse fenômeno não é decorrente de um único viés e, para tanto, merece uma ampliação do modo de percebê-lo.

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo Geral

Estudar os processos de medicalização a que alunos da rede estadual de educação de Santa Catarina, com diagnósticos de TDAH, têm sido expostos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as pesquisas que têm sido feitas a partir da área da educação acerca da medicalização de alunos com TDAH;
- Estudar sobre uma possível correlação entre projeto higienista e medicalização de alunos com TDAH;

- Analisar as resoluções destinadas à Educação Especial de Santa Catarina, no tocante ao TDAH;
- Analisar os números de estudantes diagnosticados com TDAH e medicalizados na rede estadual de educação de Santa Catarina.

1.3 METODOLOGIA

A metodologia da nossa pesquisa se configura como qualitativa, ao realizar estudos bibliográficos e fazer análise documental de relatórios fornecidos pela Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina (SED), o que possibilita produzir conhecimentos sobre a temática proposta. E, quantitativa, ao expressar os números dos alunos com diagnósticos de TDAH medicalizados dentro do total de alunos da rede estadual de educação. Para a realização deste trabalho nos apoiamos em concepções teóricas produzidas pela Sociologia, principalmente no quadro da Sociologia da Educação e em recursos metodológicos, empregados por esta área.

A metodologia que escolhemos para realizar esta pesquisa segue elementos orientadores do sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002). Por se tratar de uma pesquisa no campo da educação, concordamos com Bourdieu com relação a não utilização de métodos positivistas, pois estes apresentam um rigor em seu formato. O autor nos ensina a utilizar uma metodologia que precisa ser constantemente vigiada, assim, enfatiza que o método não pode ser como uma receita, com procedimentos rígidos. “[...] Para apreender os procedimentos da pesquisa, é necessário examinar como ela procede, em vez de confiná-la na observância de um decálogo de processos que só devem, talvez, parecer avançados em relação à prática real na medida em que são definidos de antemão. [...]” (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1999, p. 19).

Ao longo da pesquisa, foi necessário identificar o que pode ser utilizado para aprimorar as buscas que levariam às compreensões. Para isso, Bourdieu orienta a necessidade de se conhecer diferentes métodos para poder escolher conscientemente quais possam ser utilizados. A isso, ele chama de “vigilância epistemológica”. Ressaltamos que o trabalho sociológico de Bourdieu vem ao encontro da construção de uma epistemologia para as ciências sociais para que as pesquisas na área de humanas pudessem encontrar métodos mais condizentes com suas realidades. (Ibidem)

A ciência de Bourdieu propõe um tripé para a construção do conhecimento através da teoria, metodologia e epistemologia. É para construir o conhecimento com base nesse tripé que

existe uma necessidade de conhecer os métodos visando alcançar uma autonomia quanto a eles. Para desenvolver este procedimento metodológico é levado em conta a maturidade do pesquisador. Contudo, é algo que vai sendo ampliado à medida que vão sendo desenvolvidas novas pesquisas. Assim, é possível dizer que a vigilância epistemológica vai ocorrendo conforme a maturidade da pesquisa e do pesquisador. Quanto mais elevados os conhecimentos teóricos implicados nas pesquisas, mais o pesquisador define seu ponto de vista, abandonando a neutralidade. Desse modo, também vai sendo construído o *habitus* do pesquisador, o qual vai sendo adquirido conforme a integração com as práticas de pesquisa, e que passa a ser o organizador destas interações. (Ibidem)

Em vista dessa orientação metodológica, em nosso trabalho realizaremos duas análises documentais. A primeira é referente a quatro Resoluções para a Educação Especial de Santa Catarina, sendo que as homologações mais recentes foram invalidando as que estavam em vigência até estes momentos específicos, e, a segunda, abrange três relatórios conseguidos via SED. Para melhor compreendermos os elementos que constam nesses documentos foram realizados previamente estudos bibliográficos que nos ofereceram condições de interpretação às informações que neles constam.

Ao final, nos propomos a realizar uma síntese a respeito do que foi levantado ao longo da pesquisa. Intencionamos que ao realizar o fechamento da análise possamos levantar possibilidades que colaborem com as reflexividades e práticas docentes com relação aos pretensos casos de TDAH em suas salas de aula, com uma maior criticidade para os processos medicalizantes.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO

Este trabalho será apresentado em cinco capítulos centrais. O primeiro capítulo, já desenvolvido, trata-se de uma breve introdução ao tema, com seu problema, objetivos e metodologia. No capítulo 2 realizamos um Estado da Arte com a finalidade de conhecer o que vem sendo pesquisado pela área da educação sobre o nosso tema de interesse.

No capítulo 3, estudamos sobre o projeto higienista e suas influências nas práticas sociais, buscando fazer possíveis aproximações com o nosso tema. No capítulo 4, analisamos as Resoluções da Educação Especial de Santa Catarina, as quais abarcam o TDAH. E, no capítulo 5,

examinamos três relatórios sobre os alunos diagnosticados com TDAH e medicalizados na rede estadual de Educação.

Nas considerações finais, apresentamos alguns apontamentos que merecem ter uma investigação ainda mais intensa, tendo em vista a amplitude deste movimento medicalizante.

2 MEDICALIZAÇÃO E TDAH: O QUE DIZEM AS PESQUISAS?

A busca por produções acerca das temáticas “medicalização” e “TDAH”, propostas neste trabalho, nos instigou a conhecer o que tem sido pesquisado pelas universidades brasileiras, assim como também buscar aproximações com nossa área de interesse, a Educação. Assim, mapeamos as áreas que se ocupam desses estudos, objetivando conhecer o que a Educação vem pesquisando. Essa etapa inicial de nossa pesquisa nos possibilitará averiguar sobre a relação que está sendo feita entre a escola e a medicalização a partir de um olhar da Educação, o que corrobora o nosso interesse em investigar esses processos a partir das lentes da Pedagogia, com aporte na Sociologia da Educação.

Concordamos com Valle (2005, p. 216) quando explicita que a escolha teórico-metodológica é uma dificuldade que se relaciona “[...] à complexidade do assunto estudado, que geralmente envolve diferenciados campos de investigação científica [...]”. A autora destaca ainda que,

[...] Se o fato de colocar corretamente o problema da pesquisa facilita a seleção e a utilização dos instrumentos de análise, é o exame rigoroso dos trabalhos realizados em torno do tema que conduzirá à elucidação de novos elementos, à clareza teórica, indispensáveis à interpretação das questões/hipóteses levantadas, e à análise/compreensão das respostas obtidas (VALLE, 2005, p. 216).

Nesse sentido, conhecer o campo vai possibilitar a elaboração de estratégias para desenvolver a pesquisa, a partir do referencial teórico-metodológico eleito. Assim, com o intuito de conhecê-lo, elegemos a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações² (BDTD) para tomar contato com as pesquisas que estão sendo realizadas. Utilizamos os descritores “medicalização TDAH”, destacando que não foi delimitado um período de tempo e, desse modo, os resultados a que tivemos acesso compreendem os trabalhos publicados até o momento desta busca, feita no dia 22 de fevereiro de 2018. Essa pesquisa inicial nos possibilitou o acesso a 31 teses/dissertações. Ao tabular esses resultados identificamos que quatro delas se repetiam e, então, passamos a considerar 27 pesquisas, sendo 20 dissertações e sete teses publicadas, a partir dos descritores especificados acima.

A partir deste momento, levantamos os dados sobre todas as pesquisas que encontramos com a finalidade de conhecê-las. Realizamos a leitura de todos os títulos, os nomes dos autores e

² Cf. <<http://bdtd.ibict.br/vufind/Search/Advanced>>.

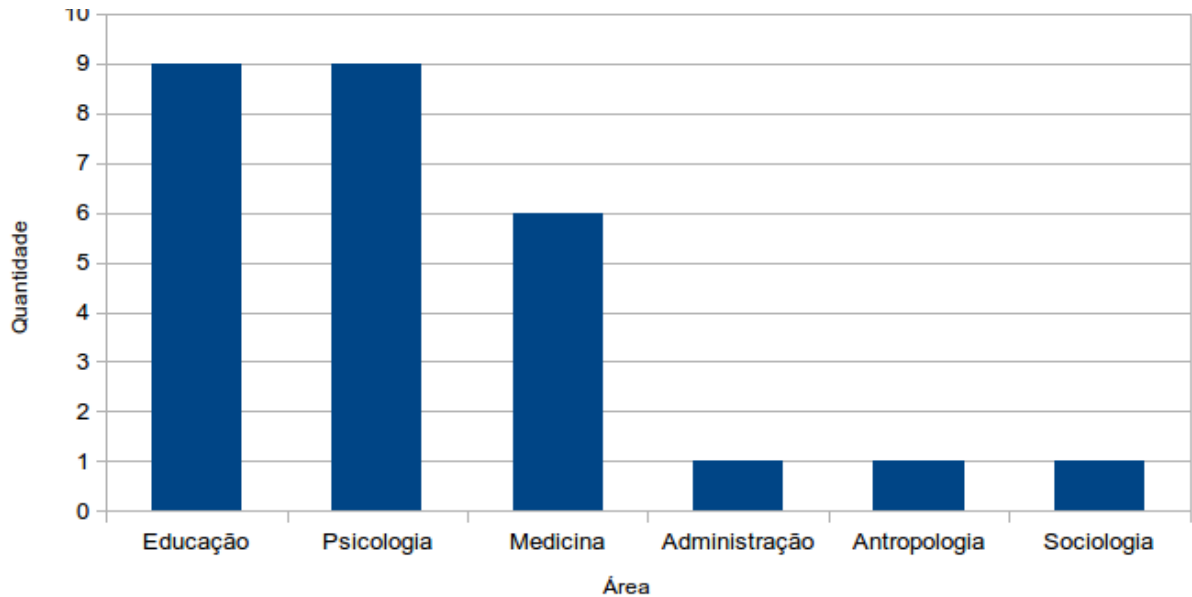
orientadores, as instituições de ensino a que estavam vinculadas, as áreas de conhecimento e os resumos. Na sequência, nos propomos a examinar os números referentes às quantidades totais de pesquisas feitas por área. Após trabalhar com esse dado, fizemos um recorte, por meio do qual foram eleitas as pesquisas feitas pela área da Educação³ para continuar com nossa análise, por se tratar da área de nosso interesse. A partir desse recorte, mostraremos os períodos em que as pesquisas foram realizadas; a quais instituições de ensino estavam vinculadas; e, quais autores foram mais utilizados nas referências bibliográficas dos pesquisadores. Para melhor compreender o resultado das informações acima, foram elaborados alguns gráficos a título de ilustração.

2.1 ÁREAS EM QUE FORAM REALIZADAS AS PESQUISAS

Primeiramente, nos interessamos em saber quais áreas das universidades estão pesquisando sobre o tema aqui proposto. Encontramos pesquisas realizadas por seis áreas distintas, conforme podemos conferir no gráfico 1. São elas: a Educação, com nove trabalhos; a Psicologia, também com nove; a subáreas da Medicina, com seis; e, a Administração, a Antropologia e a Sociologia, com um trabalho cada uma delas. Essa primeira constatação acerca das áreas de pesquisa nos mostrou que a Educação, assim como a Psicologia, são as áreas que mais têm realizado pesquisas científicas sobre a medicalização de alunos com TDAH.

³ Cf. Lenzi (2015); Côas (2016); Cabral (2016); Oliveira (2017); Santos (2015); Mesquita (2009); Vizacre (2017); Richter (2012); Ferreira (2016).

Gráfico 1 - Número de pesquisas por área de conhecimento



Fonte: BDTD (2018).

Dentro da área da Educação, verificamos que linhas de pesquisa diferentes têm manifestado interesse pelo tema. Dos nove trabalhos encontrados, três não especificaram suas linhas de pesquisa, no entanto, os demais pertencem, cada um, às linhas de: Teorias Pedagógicas, Trabalho Educativo e Sociedade; Educação, cultura e dinâmicas sociais; Saberes e Práticas Educativas; Formação de Professores e Práticas Educativas; Psicologia, Psicanálise e Educação; e, Psicologia da Educação: processos educativos e desenvolvimento humano. Após essa averiguação, podemos concluir que mesmo com linhas diferentes, o tema vêm despertando interesse em diversos segmentos da Educação. O que revela o caráter interdisciplinar do tema. Ressaltamos que as informações levantadas acerca das linhas de pesquisa servem de base para nos mostrar os diferentes olhares que a Educação destina às suas pesquisas, as quais analisaremos com mais ênfase aqui neste Estado da Arte.

Consideramos relevante a Educação estar entre as áreas que mais realizam essas pesquisas. Entendemos que é necessário partir dessa área um questionamento sobre a relação que está sendo feita entre escola e medicalização, tendo em vista a dificuldade de aprendizagem de alunos e os comportamentos considerados indesejados, motivos estes que têm levado os professores a solicitarem avaliação neuropsiquiátrica dos alunos. O não entendimento sobre estas especificidades dos alunos tem feito com que a escola busque nos corpos biológicos, possíveis

respostas para esses supostos desvios. Esta postura tem sido utilizada em detrimento da reflexão sobre as práticas de ensino e de acolhimento dos alunos na escola. Segundo as pesquisadoras Collares e Moysés,

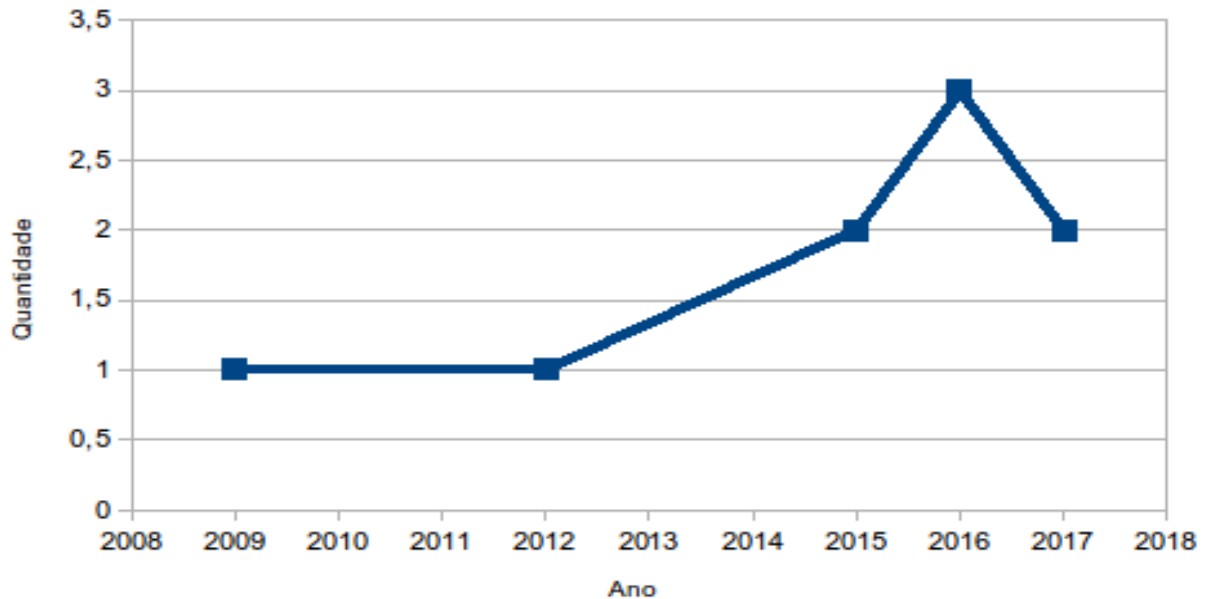
A Educação, assim como todas as áreas sociais, vem sendo medicalizada em grande velocidade, destacando-se o fracasso escolar e seu reverso, a aprendizagem, como objetos essenciais desse processo. A aprendizagem e a não-aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso - portanto, também não tem responsabilidade. Ante índices de 50, 70% de fracasso entre os alunos matriculados na 1ª série da Rede Pública de Ensino brasileira, o diagnóstico é centrado no aluno, chegando no máximo até sua família; a instituição escolar, a política educacional raramente são questionadas no cotidiano da Escola. Aparentemente, o processo ensino-aprendizagem iria muito bem, não fossem os problemas existentes **nos que aprendem**. (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 26) (Grifos das autoras)

Tomar contato com estas pesquisas nos instigou o interesse para que, ao lê-las, possamos conhecer e entender como os estudantes, sejam crianças ou adolescentes, têm sido compreendidos pela escola na atualidade. A partir desse mapeamento inicial do campo, em especial na área da Educação, elaboramos um direcionamento para prosseguir com nossos estudos.

2.2 PERÍODOS DE REALIZAÇÕES DAS PESQUISAS

Ao buscar os períodos em que foram realizadas as pesquisas, apesar de não delimitarmos uma periodização, foi possível constatar que elas vêm acontecendo de 2009 até o momento atual. Destacamos que dentro do tempo acima decorrido, a Educação é uma das áreas precursoras de pesquisas com essa temática, conforme afirmado anteriormente. Após o recorte que fizemos pelas pesquisas na área da Educação, mostramos no gráfico 2, abaixo, os períodos em que estas pesquisas foram realizadas, juntamente com suas quantidades. Conforme está sendo mostrada a distribuição dos trabalhos encontrados, fica evidenciado que a Educação não apresenta publicações em anos consecutivos, no entanto, de 2015 a 2017 ela apresentou mais publicações, duas, três e duas pesquisas anuais, respectivamente.

Gráfico 2 - Período de realizações das Pesquisas e quantidades



Fonte: BDTD (2018).

O gráfico 2, acima, nos mostra que, de modo geral, há um interesse recente pelo tema, o que nos questionou sobre os porquês desse despontamento de pouco tempo. Bourdieu (2004, p. 22-23) nos esclarece que não há neutralidade nas pesquisas, tendo em vista que todo campo científico é um campo de forças e de lutas que objetiva conservar ou transformar o próprio campo de forças. Nas palavras dele,

[...] os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é, num dado momento do tempo, o conjunto de objetos importantes, isto é, o conjunto das questões que importam para os pesquisadores, sobre as quais eles vão concentrar seus esforços e, se assim posso dizer, “compensar”, determinando uma concentração de esforços da pesquisa (BOURDIEU, 2004, p. 24-25).

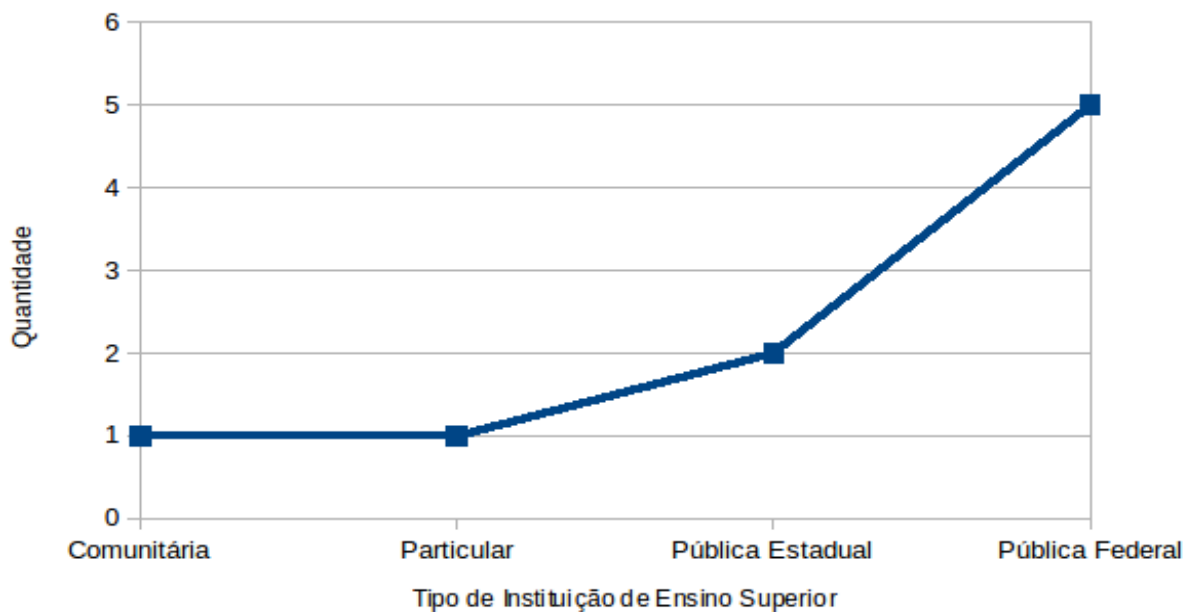
Nesse mesmo sentido, também nos questionamos sobre os motivos que teriam levado a uma realização maior de pesquisas com essa temática nos três últimos anos apontados.

2.3 INSTITUIÇÕES DE ENSINO VINCULADAS ÀS PESQUISAS

Também foi de nosso interesse saber sobre a origem institucional das pesquisas localizadas na BDTD e, para tanto, identificamos as universidades a que estavam vinculados os

respectivos autores e trabalhos. Constatamos que dos nove trabalhos apurados, sete estavam vinculados a universidades públicas, sendo cinco em universidades federais e dois em universidades estaduais. As outras duas universidades que abrigaram as pesquisas são comunitária e particular, com uma pesquisa em cada uma delas. Podemos conferir a distribuição destas instituições abaixo, no gráfico 3.

Gráfico 3 - Instituições de ensino em que foram realizadas as pesquisas



Fonte: BDTD (2018).

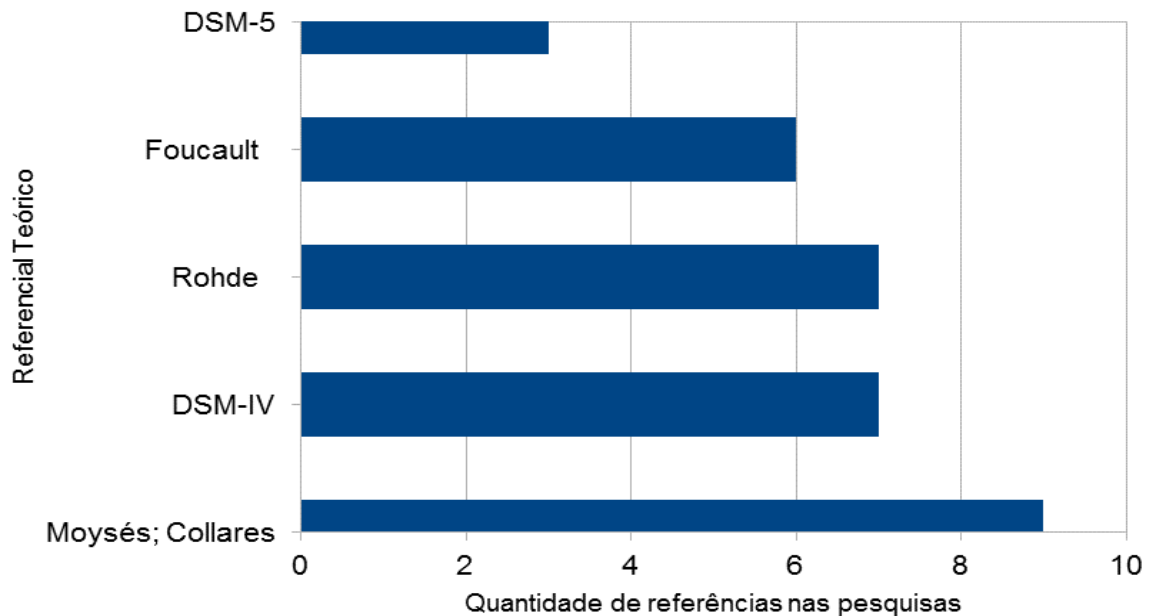
Quanto às universidades, verificamos ainda a quais regiões do país elas pertencem. Constatamos que seis delas são provenientes da região sudeste do Brasil, estas todas públicas. As outras três encontram-se na região sul, correspondendo a uma pública, uma comunitária e uma particular. Verificamos assim, que as pesquisas da Educação acerca da medicalização de alunos com TDAH têm sido feitas e/ou publicadas nestas duas regiões brasileiras, majoritariamente.

2.4 REFERENCIAIS TEÓRICOS MAIS UTILIZADOS NAS PESQUISAS

Nos interessamos também em investigar os referenciais teóricos mais utilizados nas pesquisas feitas pela Educação. Podemos verificar abaixo para uma maior apreciação, no gráfico

4, a distribuição dos autores e a indicação de dois documentos utilizados, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em diferentes versões.

Gráfico 4 - Referenciais teóricos mais utilizados nas pesquisas da Educação



Fonte: BDTD (2018).

A partir do gráfico 4, podemos verificar que as autoras mais utilizadas nas nove pesquisas tratam-se de Cecília Azevedo Lima Collares⁴, pedagoga brasileira e professora na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e, Maria Aparecida Affonso Moysés⁵, médica brasileira e professora na mesma instituição, sendo referenciadas em todos os nove estudos. Destacamos que as autoras têm ampla produção acadêmica juntas, mas também publicam resultados de suas pesquisas individualmente, assim, ressaltamos que um dos trabalhos utilizou apenas o referencial da segunda autora acima mencionada. Elas pesquisam sobre a medicalização e o fracasso escolar há aproximadamente 30 anos no Brasil, conforme verificação em seus *curriculum lattes*, e possuem uma vasta produção bibliográfica acerca dos resultados obtidos ao longo dos anos de trabalho. Juntas, elas pesquisam e produzem conhecimento a partir de suas áreas e, com legitimidade, abordam o fenômeno levantando questionamentos sobre a naturalização de

⁴ Cf. <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4787970E8>>. Acesso em 27 fev. 2018.

⁵ Cf. <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4780552D9>>. Acesso em 27 fev. 2018.

problemas com crianças e adolescentes, vistos de modo isolado em relação ao meio em que encontram-se inseridos. Nesse sentido, ao ler os trabalhos das autoras poderemos acessar um repertório de conhecimentos construídos a partir do olhar da Educação e também da Medicina.

Em sete estudos encontramos a referência a Luis Augusto Paim Rohde⁶. Ele é professor de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, diretor do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Vice coordenador do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento, conforme informações em seu *curriculum lattes*. Verificamos também que seu interesse no TDAH iniciou com o seu projeto de Doutorado, em 1995. Esse professor tem realizado uma ampla publicação de artigos e livros, a partir da compreensão do TDAH pelo olhar da psiquiatria.

Em seguida, encontramos Michel Foucault (1926-1984), referenciado em seis estudos. Trata-se de um filósofo francês que, ao longo da sua vasta produção bibliográfica, também escreveu sobre a disciplinarização dos corpos, sendo utilizado como referência clássica no tema. Ele nos esclarece que o corpo humano tem sido alvo de relações de poder e de saberes sociais que o controlam e o modificam e, devido a esse acesso ao corpo, “[...] sem dúvida, o biológico reflete-se no político [...]” (FOUCAULT, 2013, p. 155). Dessa forma, entendemos que as pesquisas que se utilizaram do referencial teórico deste filósofo buscavam suporte em suas concepções a fim de entender as práticas da medicalização de alunos, como alvo dessa relação de poder.

Mesmo não contabilizando o número dos autores mais citados, nos chamou a atenção as quatro referências feitas ao trabalho de Philippe Ariès. Trata-se de um historiador francês que escreveu em sua obra “História social da criança e da família” sobre a construção social da infância. Fizemos menção a esta obra por tratar-se de uma referência utilizada no curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para a compreensão da não naturalização da infância e sim de sua construção social.

Encontramos em sete dos trabalhos a referência ao Manual DSM-IV e, em três deles, a referência ao documento DSM-5⁷. O DSM é o manual que orienta a avaliação da saúde mental e neurológica humanas. Destacamos que a quarta versão do Manual foi lançada em 1994 e a quinta versão em 2013. Mesmo constatando que o maior número de pesquisas é posterior a essa última

⁶ Cf. <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4762976U3>>. Acesso em 02 mar. 2018.

⁷ É importante ressaltar que estamos utilizando as nomenclaturas conforme preveem os Manuais.

data, os pesquisadores se orientaram, em sua maioria, pela versão anterior, equivalente ao DSM-IV, que já apresentava critérios mais específicos e flexíveis a respeito do TDAH, o que facilitava a realização desse diagnóstico médico.

A abordagem sobre os autores e documentos (Manuais) mais utilizados como referencial teórico das pesquisas feitas pela Educação nos possibilitou conhecer o que embasa e fundamenta teoricamente os estudos sobre a medicalização de alunos. Enfatizamos que entre os autores elencados acima, Cecília Azevedo Lima Collares é a única que escreve a partir do lugar da Educação, trabalhando juntamente com a médica Maria Aparecida Affonso Moysés. Com isso, entendemos que suas publicações trazem elementos que ajudam a problematizar o fenômeno, pois consideram as especificidades que envolvem os alunos em suas dinâmicas de vida escolar e social.

2.5 TRABALHOS REPERTORIADOS PARA O ESTADO DA ARTE QUE SE REVELARAM DESVINCULADOS DESTA PESQUISA

Nos preocupamos em apresentar aqui as pesquisas que não utilizamos por não terem sido realizadas a partir da área da Educação, que é nossa área de interesse. Para isso, lemos todos os resumos e descrevemos abaixo elementos que compuseram cada uma delas. Com o intuito de melhor organizar as leituras, separamos as pesquisas por área de conhecimento. Desse modo, as descrições dos nove trabalhos, feitas na sequência, pertencem à área da Psicologia.

Percebemos que algumas pesquisas fizeram uma relação entre as famílias e a escola, de modo a considerar as duas instituições para a educação das crianças. Nesse sentido, Araújo (2017) analisa o significado que pais e mães de filhos com diagnóstico de TDAH, estudantes no Ensino Fundamental I, dão ao transtorno. Conclui que as famílias não questionam os diagnósticos médicos e medicalizam os filhos na tentativa de resolver seus problemas comportamentais e de aprendizagem escolar. A pesquisa aponta ainda que por não apresentar reflexão própria, a escola reproduz um discurso médico científico, o que colabora com a exclusão e discriminação dos alunos considerados anormais.

Em busca de compreender os significados e as peculiaridades que envolvem os sintomas do TDAH, explicando os diversos sentidos dentro das singularidades de cada caso, Schicotti (2013) faz uma pesquisa com três crianças diagnosticadas com TDAH e medicalizadas, com

acompanhamentos de médicos neuropediatras e psicólogos. Ela constatou uma grande recorrência na utilização de tecnologias medicamentosas/biológicas para auxiliar na educação de crianças e adolescentes, assim como também, verificou que a distinção dos papéis sociais entre pais e filhos não está muito clara. Desse modo, ela aponta que os laços familiares encontram-se instáveis e fugazes, o que não possibilita as melhores condições para oferecer bases morais sólidas para as crianças que não aprendem a desenvolver tolerância às frustrações. Enquanto que a postura da escola é a de acreditar ser necessário medicar para desenvolver os processos mentais superiores (a atenção, a memória e o pensamento) destas crianças.

Portella (2016) investigou os sentidos e os significados utilizados nas práticas educativas de mães de crianças com diagnóstico de TDAH, com o objetivo de orientar um planejamento para um trabalho de grupo de apoio a mães. Os resultados voltaram-se ao apontamento dos principais sentidos evidenciados pelas mães, como a proteção, a ansiedade mobilizadora, o reconhecimento da subjetividade e das capacidades dos seus filhos. Outras dificuldades apontadas pelas mães e que influenciam em suas práticas com os filhos referem-se à sobrecarga de trabalho que elas têm, à falta de redes de apoio, às dificuldades geradas por um sistema de ensino padronizado, ao apelo das escolas à medicalização, e à ansiedade materna gerada pela exclusão social dos filhos, por gerar inseguranças quanto ao futuro.

Mendoza (2014) propôs-se a reconstruir os processos de produção de diagnósticos, entre eles o de TDAH, sobre os comportamentos da infância no Ensino Fundamental I, envolvendo a escola e a família. Foi realizado um estudo de caso com uma criança de oito anos, de classe média, em uma escola privada. Ela conclui que existem visões hegemônicas que afetam o campo pedagógico, individualizando problemas de ordem política, social e econômica nas crianças. Segundo a autora essas visões vêm ao encontro das políticas neoliberais que enfraqueceram a visão crítica sobre as dinâmicas sociais e os fenômenos, instaurando a valorização acentuada de competências, individualidade e concorrência, mesmo que para isso seja necessário utilizar-se da medicalização. Para finalizar, ela destaca que para ter uma educação de qualidade é necessário que ela ocorra entre a família, a escola e a sociedade.

Silva (2014) analisa sentidos e significações que professores de escola particular (de elite) de Ensino Fundamental I atribuem ao TDAH. Ela verificou que algumas professoras apresentam particularidades nas situações de enfrentamento aos impasses na escola; que os discursos capitalistas e o cientificismo da ciência, juntos, trazem sérias consequências às pessoas, pois a

educação virou mercadoria; os valores familiares de educação passaram a ser responsabilidade das escolas; foi tirado o compromisso da educação dos responsáveis pela criança, inclusive dela mesma; e, possíveis mal-estares humanos passaram a ser compreendidos como alterações neuroquímicas no corpo. Assim, a autora aponta que se as famílias se isentam da responsabilidade de educar seus filhos, essa atribuição foi demandada à escola.

Outras pesquisas apontaram para um questionamento acerca dos papéis da ciência, da medicina e dos seres humanos na sociedade e, em especial, os modos de ser e viver das crianças. Encontramos em Mutarelli (2017) a realização de uma pesquisa de campo na França. Ela enfatiza que neste país, a psiquiatria aponta resistências aos diagnósticos de TDAH por tratar-se de uma expressão da medicalização, que busca controlar, assegurar, padronizar e prever os fenômenos dos seres humanos, submetendo-os à complexidade da medicina. A autora constatou que, com a medicalização da sociedade, os homens e a política perdem espaço para a ciência, que regulamenta os modos de viver. Em contrapartida, as estratégias de resistência à medicalização indicam formas de fortalecer o campo político.

Luengo (2009) analisou uma Escola de Educação Infantil Municipal, com o objetivo de discutir a relação estabelecida entre indisciplina e diagnóstico de TDAH. A pesquisadora constatou que o professor vem ocupando um papel central na Educação Infantil e atribui rótulos estigmatizantes, os quais culpabilizam as crianças pelos fracassos, causando exclusão na medida em que as apontam como indisciplinadas e incapazes dentro do contexto escolar. Estas atitudes não consideram as especificidades quanto ao modo de ser de cada uma. Ela constatou também que os professores não têm clareza sobre a diferença existente entre indisciplina e TDAH, normal e patológico, e essa lacuna na compreensão tem aumentado consideravelmente o número de crianças encaminhadas aos Centros de Saúde, com conseqüente patologização e medicalização.

Discutir a respeito dos processos de construção da homogeneização das crianças com diagnóstico de TDAH, por meio do discurso médico científico, foi o que instigou Lacet (2014), em sua pesquisa. Em conseqüência, esses processos reduzem os sujeitos e seus sofrimentos a processos neuroquímicos. A autora conclui que, de modo singular, os sujeitos renunciam ao seu espaço e a subjetivação do seu corpo para servir ao outro. Desse modo, ela entende a medicalização como uma construção social, na qual o crescente aumento do poder médico sobre as condutas e comportamentos passa a agir sob a normalização psíquica, o que constitui um novo sintoma social.

Braga (2011) preocupa-se em mostrar que na atualidade temas como dislexia e TDAH ocupam espaços acadêmicos e políticos, sendo que existem diversos projetos de lei dispostos a criar serviços para o diagnóstico e o tratamento. Contudo, o estudo detém sua atenção na dislexia, que também atribui a responsabilidade da não aprendizagem à criança. A pesquisadora conclui que, para as mães, os filhos com dificuldade de aprendizagem têm algum problema; as professoras não têm voz ao longo da construção do diagnóstico; a avaliação diagnóstica é feita via testes padronizados, que são contestados por diversos autores, pois não consideram as especificidades do encaminhamento, que é feito para uma criança com dificuldade na leitura e escrita. Assim, ela enfatiza que os diagnósticos feitos são limitados a uma orientação de falta.

Na sequência da Psicologia, subáreas da Saúde/Medicina foram repertoriadas em nossa busca, como veremos nos seis trabalhos a seguir. Verificamos que houve uma preponderância nessas pesquisas por analisar as compreensões que profissionais desta área e os da Educação têm a respeito do transtorno, que supostamente compromete a aprendizagem de inúmeros alunos.

Encontramos em Pereira (2010) a realização de uma revisão bibliográfica das produções acadêmicas de âmbito nacional, disponíveis no Banco de Teses da CAPES⁸, com a intencionalidade de avaliar a “penetração do tema ‘medicalização da aprendizagem’” entre os pesquisadores da área de Educação, Medicina e Psicologia. A autora problematiza que, dentre os diversos elementos que constituem o aprendizado, a vertente medicalizadora considera apenas os fatores biológicos. Ela conclui que algumas das pesquisas analisadas apresentam conceitos equivocados a respeito da medicalização e, os poucos que os abordam com propriedade, corroboram a ineficácia destes diagnósticos, considerando fatores históricos e sociais como influentes aos problemas de aprendizagem.

Santos (2017) analisou as falas dos profissionais da Educação e da Saúde acerca dos diagnósticos e tratamentos de criança com suposto TDAH. As entrevistas realizadas pela pesquisadora mostraram que o biomédico ocupa espaço na escola para explicar as dificuldades dos alunos; as condições e intensificação do trabalho docente têm colaborado para que esse discurso seja instituído; tanto na fala do profissional da Saúde quanto na da Educação, é atribuído a um fator biológico (falha no cérebro) na criança suas expressões de comportamento (agitado, hiperativo e desatento), sem considerar as mediações do trabalho pedagógico; apesar do discurso sobre o TDAH estar presente nas duas falas, na Educação permanecem dúvidas sobre o

⁸ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

transtorno, mostra-se vago aos profissionais, e, na Saúde, não há um consenso quanto ao diagnóstico, além de ser algo exclusivo da área médica, sem considerar outras áreas de conhecimento, como a Psicologia.

Brzowski (2009) analisou as visões que mães e professores têm sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH infantil. Ao fazer a análise das falas, foram sistematizados dois grandes eixos temáticos: "comportamentos anormais, normalização e controle social" e "classificação e classificados". A pesquisadora aponta, assim, que as crianças consideradas "anormais" desestabilizam as regras da escola representando um problema e, como estratégia para solucioná-lo, a escola tem se utilizado de encaminhamentos desses alunos aos Centros de Saúde. Ela enfatiza que medicalizar essas crianças é uma maneira rápida para resolver o incômodo que é tê-las na escola. Com isso, pais e professores mudam de atitude com a criança ao ter um laudo diagnóstico, e, em consequência, ela se torna "docilizável".

Os desdobramentos sobre a difusão do TDAH no cenário educacional do Brasil foram analisados por Chagas (2013). Em busca de compreender a associação que tem sido feita entre o TDAH e a educação, mais especificamente com o fracasso escolar, foram levantadas definições dos sintomas, das causas e de tratamentos, segundo o DSM, assim como também a história do transtorno, análise de materiais divulgados pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) e pelo Fórum Sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, que tratam-se de duas entidades que compreendem o fenômeno com leituras opostas. Foram apresentados também discursos acerca de crianças com problemas de aprendizagem e indisciplina. A pesquisadora conclui que, ao atribuir o fracasso escolar ao corpo biológico do aluno, são apagados os demais conflitos que surgem no espaço escolar, o que reforça o objetivo disciplinador da instituição. Ela destaca também que as percepções que os profissionais da Educação e da Saúde apresentam têm diferentes compreensões sobre a força do discurso médico formal.

Camilo (2014) investigou qual o conceito de doença e transtorno que profissionais da Saúde e Educação têm. Para isso, propôs-se a investigar a equipe multiprofissional do ambulatório de pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, assim como os professores das escolas públicas que encaminhavam as crianças para o ambulatório. Como resultado, ela pode perceber que há uma hegemonia do modelo biomédico; que apesar de ter vínculo estabelecido entre os profissionais da Saúde com a escola, não há uma efetiva intersectorialidade entre eles; e, que ocorrem falhas na discussão pós diagnóstico entre os dois setores. Para a autora, ficou

evidente a necessidade de uma articulação entre eles, de modo que convirjam as concepções acerca do transtorno, como também para criar estratégias para ações pedagógicas que considerem as necessidades de cada criança.

O último trabalho repertoriado nesta área, realizado por Paula (2015), faz uma análise sobre os procedimentos terapêuticos utilizados por profissionais da saúde mental infantil em um ambulatório do município de Guapimirim, no Rio de Janeiro, como uma possível resistência aos encaminhamentos das escolas para avaliação de saúde de crianças, em decorrência de desatenção, hiperatividade e impulsividade, sintomas característicos do TDAH. Para o pesquisador, o TDAH é uma estratégia de medicalização da aprendizagem com o objetivo de normatizar os comportamentos considerados indesejados socialmente. Ele conclui que os profissionais da Saúde não problematizaram os comportamentos das crianças que motivaram a queixa escolar. Suas interpretações vão ao encontro de que a criança possui uma questão médica, pela qual as intervenções são centralizadas nela mesma, sem levar em conta o contexto sociocultural que permeia suas aprendizagens.

Neste momento, elaboramos um último bloco de apresentação das pesquisas repertoriadas e não selecionadas por nós neste Estado da Arte. Destacamos três delas que foram elaboradas a partir da Sociologia, Antropologia e Administração, respectivamente.

Barbarini (2011) problematiza os limites do TDAH no corpo individual, sem considerar as questões sociais, históricas, culturais, econômicas e políticas. Analisou e interpretou o(s) TDAH/diagnóstico/tratamento/medicamentos a fim de desnaturalizá-lo(s) e apontar as relações com a sociedade atual. Foram realizadas entrevistas com profissionais de Saúde e com crianças (entre seis e doze anos) diagnosticadas com TDAH e atendidas neste ambulatório, com seus pais ou representantes legais, e, produção e interpretação de desenhos infantis. Ela constatou que o TDAH ultrapassa os limites da biologia e da medicina, por possuir raízes sociais, históricas e culturais provenientes de uma sociedade que valoriza crianças como pessoas que serão, não as considerando em seu presente. Assim, são classificadas, punidas e corrigidas e, com isso, justifica-se o seu tratamento como um mecanismo de “biopoder”.

Moura (2015), analisou os professores de um colégio público. A proposta da pesquisa era analisar a forma como há investimentos de alguns elementos para uma possibilidade patológica que pode vir a se constituir em um quadro de TDAH, por meio de uma característica, como a atenção, que pode tornar-se um sintoma no universo escolar. Ele conclui que na

contemporaneidade a medicina tem se apropriado de um extenso campo de possibilidades, enquanto que os governos nas escolas não funcionam e, com isso, a medicalização entra em cena.

Moraes (2012) teve como objeto empírico o TDAH. Ele questiona a produção de patologias nos corpos, pois quando considerados anormais, eles são transformados em doentes mentais. Foram analisadas entrevistas com cinco psiquiatras, e também 114 matérias obtidas no Jornal Folha de S. Paulo (publicadas entre 1997 e 2011), o site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, produções escritas provenientes de congressos e materiais informativos, e Projetos de Lei em tramitação na Federação e também no estado de São Paulo. O pesquisador buscou a compreensão sobre os efeitos do discurso medicalizante nos corpos e constatou que, entre outros, visa ao melhoramento do desempenho/performance dos indivíduos, necessário à escola e à economia da sociedade em que vivemos.

Após apresentar estes trabalhos, assinalamos que eles apresentam, cada um com suas especificidades, discussões importantes para pensar os processos de medicalização escolar. Contudo, por nos localizarmos no campo da Educação, optamos por destacar as produções feitas a partir do nosso lugar de estudo e, por isso, não faremos um maior aprofundamento sobre estes trabalhos acima sintetizados. Lembramos ainda que as pesquisas realizadas e não utilizadas somam a quantidade de 18, dentro do total de 27 trabalhos encontrados na busca do Estado da Arte. Recordamos também que quatro deles apareceram duas vezes, e por isso somavam trinta e um trabalhos, mas que não foram considerados neste rateio, os dos autores Cabral (2016), Pereira (2010), Barbarini (2011) e Richter (2012).

2.6 SÍNTESE DOS TRABALHOS REPERTORIADOS E SELECIONADOS DA ÁREA DA EDUCAÇÃO

Dentro dos 27 trabalhos que encontramos na pesquisa inicial, os nove que foram selecionados para esta apreciação serão sintetizados abaixo. Levantamos pontos em comum nas pesquisas com o objetivo de entender o que os pesquisadores da Educação buscam e descobrem. Encontramos na maioria dos trabalhos a constatação de que os professores não estão sabendo lidar com os problemas que se manifestam na escola e não desenvolvem práticas pedagógicas conforme as demandas e especificidades dos alunos. Tendo em vista esse apontamento, pode-se

justificar a aproximação da Educação com a área médica como uma saída para resolver problemas que ocorrem nas salas de aula. Expomos abaixo, então, as sínteses das pesquisas.

Lenzi (2015) pesquisa sobre a compreensão que pais e professores têm sobre a medicalização das crianças e o TDAH nas escolas. Por meio da realização de entrevistas com pais e professores de alunos com diagnóstico, percebeu uma vulgarização do saber médico e uma apropriação de conhecimentos equivocada. As queixas principais decorrentes do agito e falta de atenção das crianças iniciam na Educação Infantil, e atrapalham na adequação do “ofício de aluno”. Lenzi aponta que por acontecerem, em sua maioria, na primeira consulta, os diagnósticos não consideram as realidades que compõem as vidas das crianças; são aceitos pelos responsáveis e professores, constatando assim uma configuração do “biopoder” sobre a sociedade, conforme Foucault; e, apresentam-se como um modo rápido e eficaz para resolver questões comportamentais e de aprendizagem das crianças. Em consequência, a autora enfatiza que a infância passa a ser vista como um problema social, juntamente com a ideia de crise da infância e da autoridade parental, sendo por isso, necessário medicalizar para impor limites e docilizar corpos.

Côas (2016) problematiza o conhecimento que os docentes têm para atuar com alunos com diagnóstico de TDAH nas escolas públicas (estaduais e municipais) do município de Paranaguá, no Paraná. Como resultado, a autora mostrou que os docentes apresentavam conhecimentos insuficientes acerca do TDAH e que as disciplinas em seus processos de formação docente não davam conta das especificidades da prática pedagógica. Devido a essa insuficiência formativa, os professores rotulavam os alunos, alegando problemas biológicos e fomentando a medicalização. Ela conclui, assim, que as dificuldades enfrentadas na prática pedagógica com alunos com TDAH geralmente se devem aos conhecimentos docentes insuficientes.

Cabral (2016) problematiza os modos como a medicalização entra na escola e forma subjetividades, assim como as incertezas sobre os seus discursos, e, a relação entre a escola e a medicalização. Foram examinados relatórios encaminhados pela rede municipal de ensino de Juiz de Fora à Secretaria de Educação, nos quais eram descritas situações com os considerados “alunos problema”. A análise considera a ligação entre escola, professores, famílias e medicina, como constituição para as subjetividades. Com isso, o autor conclui que está sendo buscada nas áreas da Saúde a resolução para os problemas que se apresentam na esfera da Educação, o que tem elevado o número de diagnósticos de TDAH e prescrição de “drogas da obediência”.

Oliveira (2017) analisou como escola e professores agem frente ao diagnóstico multiprofissional do TDAH e como a psicoterapia poderia auxiliar nas ações docentes. Os dados da pesquisa foram recolhidos via entrevistas com professores/pedagogos/diretores e as crianças diagnosticadas, além de duas técnicas projetivas visando entender como percebiam o espaço escolar e suas aprendizagens. A pesquisadora conclui que a escola não possui informação e nem formação docente necessárias para respaldar o trabalho com as crianças diagnosticadas com TDAH, sendo que estas crianças não entendiam o trabalho institucional desenvolvido para melhorar suas aprendizagens. Desse modo, ela aponta que a compreensão dos processos de aprendizagem poderia ser melhor trabalhada com o auxílio da Psicopedagogia.

Santos (2015) investiga os sentidos que professoras (uma de sala de aula regular e uma da sala de recursos) de uma escola pública de ensino fundamental no município de Bauru e uma psicóloga da área educacional (que recebe alunos encaminhados para avaliação e acompanhamento) atribuem ao processo de medicalização de crianças. Os resultados mostraram que há uma sistematização sobre o processo de encaminhamento de alunos que envolve as duas professoras que antecedem o encaminhamento das crianças ao médico; os motivos dos encaminhamentos de alunos se dão pela desatenção, desinteresse, hiperatividade e dificuldades na aprendizagem da leitura e escrita; segundo elas o fracasso escolar tem suas raízes na educação familiar, em especial, quando não existe apoio e imposição de limites por parte dos pais; e, consideram ainda que, independente das ações educativas, alguns transtornos como o TDAH necessitam da medicação dos alunos.

Mesquita (2009) investiga o TDAH a partir do espaço escolar, pois o transtorno tem justificado problemas que a escola vem enfrentando, como os fracassos escolares e comportamentos inadequados de alunos. Segundo ela, essa aproximação entre Saúde e Educação e, devido à primeira ter um domínio sobre esta questão em relação à segunda, tem favorecido os processos de patologização e medicalização escolar e, ao centrar o problema na criança, o debate sobre a educação e a solução de questões que ela não alcança, não acontecem. Como resultados, a pesquisadora apresenta que construções representativas dos docentes mostraram que o TDAH é visto mais como comportamento escolar desviante diante do cenário da escola nos dias de hoje do que como patologia. Justificando assim o número recorrente de diagnósticos na atualidade, o que tem levado a crer que a criança com o transtorno é a criança problema. Para concluir, a ela

entende que o consenso entre os professores não deve ser forçado e, para isso, é preciso uma discussão para propor uma resposta da Educação ao TDAH.

Vizacre (2017) aponta que na infância os acidentes e casos de TDAH são frequentes e, por esse motivo, elaborou, aplicou e avaliou os resultados de um curso de formação à distância para graduandos de Pedagogia sobre as duas especificidades. O curso foi realizado com 35 universitários do 1º ao 4º ano, abordando questões conceituais, causas, prevenções, estratégias pedagógicas, entre outros. Como resultados, ela constatou que os estudantes não tinham conhecimentos e orientações decorrentes das disciplinas da graduação e consideraram importante essa abordagem na sua formação para elaborarem estratégias de ações para quando forem docentes da Educação Básica.

Richter (2012) propõe pensar o TDAH como um fenômeno que está vinculado à cultura, tendo em vista tratar-se de um dos transtornos mais diagnosticados em escolares. Desse modo, são problematizadas estratégias de controle dos corpos hiperativos via medicalização; a relação entre medicalização e ensino; e medicalização como solução para problemas comportamentais em sala de aula. A pesquisadora analisou exemplares da revista Nova Escola entre 1986 e 2011, cujas matérias discorriam sobre hiperatividade, desatenção e/ou indisciplina. Ela conclui que o discurso neurocientífico perpassa as noções de sujeito e interfere nas práticas escolares. Para a pesquisadora, os processos de biologização, patologização e medicalização de modo interligados constituem os fenômenos que articulam-se ao TDAH na atualidade.

Ferreira (2016) questiona o excesso de medicalização em crianças, principalmente nos espaços escolares, por vir ao encontro de uma perspectiva disciplinadora dos corpos, por meio da “biopolítica”. A pesquisadora, com referencial teórico em Foucault, utiliza o termo diagnóstico como um dispositivo, inscrito em uma estratégia onde a relação de poder sobre os sujeitos os captura e os determina, e, em Christoph Türcke, o qual discorre sobre a fascinação estética das imagens produzidas por aparatos audiovisuais. Ela questiona, assim, como ficará a constituição humana com o excesso de repetição de imagens, nas gerações atuais. Aponta que esse novo modelo colabora para a constituição de novos padrões de socialização, como a atenção, que pode estar sendo modificada pela cultura midiática. Para a pesquisadora, a Educação também tem um desdobramento, pelo qual a tecnologia se sobrepõe aos sujeitos, levando a uma forma de alienação. Assim, ela enfatiza que o TDAH encontra-se nesse espaço em que a criança afetada pertence a esta cultura *high-tech*.

Ao final das leituras, percebemos que os trabalhos têm especificidades que permitem ampliar a nossa compreensão acerca do questionamento sobre medicalização da infância. Percebemos que os autores apontam um despreparo docente para lidar com questões de aprendizagem e comportamental dos alunos, o que acaba reforçando os procedimentos médicos. Verificamos ainda, de um modo geral, a acusação ao fenômeno da biologização do corpo infantil, que busca por meio de medicamentos resolver as diferentes manifestações das vidas das crianças, com as quais expressam necessidades e anseios, provenientes de uma dinâmica da vida social em que estão inseridas e tentam se adaptar.

2.7 CONSIDERAÇÕES

Tomar contato com as pesquisas neste Estado da Arte, em especial àquelas feitas por meio da Educação, nos possibilitou refletir sobre os dilemas atuais que crianças e adolescentes/alunos vêm enfrentando. Algumas pesquisas revelaram que os processos de medicalização não têm ocorrido apenas nas escolas públicas, mas nas particulares também. Apontaram também que a insuficiente formação dos professores e precárias condições de trabalho vêm se mostrando como fortes colaboradores para as referidas práticas.

Para nós, pedagogas formadas e em formação, ao nos depararmos com questões que colocam em conflito as condições de permanência dos alunos nas escolas, sejam crianças ou adolescentes, torna-se necessário pensar sobre quem são esses alunos e como a escola está lidando com eles. Muitas histórias de vida mobilizam seus comportamentos, histórias estas não consideradas por professores, profissionais da Saúde e não compreendidas pelas famílias, que passivamente aceitam os diagnósticos e, como meio de controlar os comportamentos agitados/hiperativos e os insucessos escolares dos filhos, os medicalizam. Intencionam assim, colaborar com a orientação da escola e com a prescrição médica a respeito de um tratamento que fará com que seus filhos tenham maiores chances de aceitação e sucesso no meio em que vivem.

3 RESQUÍCIOS DE UM PROJETO HIGIENISTA/SANITARISTA

O contato com algumas Resoluções para a Educação Especial nos causaram a necessidade de conhecer mais sobre o contexto histórico que estimulou a elaboração das legislações para crianças e adolescentes pobres no Brasil. E, para nos auxiliar neste processo de análise das Resoluções, buscamos a contribuição da obra organizada por Irene Rizzini e Francisco Pilotti, intitulada: “A arte de governar crianças, a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil” (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Ao escolher esta obra, mesmo cientes de que se trata de uma análise histórica brasileira, percebemos que ela possibilita a compreensão das Resoluções para a Educação Especial de Santa Catarina que analisaremos no capítulo seguinte, já que as influências de um contexto maior também deixam marcas nas construções locais. Nesse sentido, ao ler a obra, nos deparamos com questões pertinentes às diferentes épocas, inclusive ainda presentes na atualidade e que mobilizam a formulação das legislações.

Com a leitura, sentimos a necessidade de registrar elementos históricos nela apresentados, pois podem se revelar fios condutores para entendermos alguns desencadeamentos sociais e legais que dizem respeito ao nosso trabalho. Desse modo, trazemos na sequência uma síntese sobre o movimento higienista, sem a intenção de abordá-lo profundamente, devido aos limites deste trabalho. Essa leitura nos possibilitará, em seguida, entender alguns dos desdobramentos decorrentes desse projeto para a sociedade, assim como também nos fornecer novas lentes interpretativas. Na sequência, faremos uma abordagem sobre o DSM, o qual abriga o TDAH, buscando maiores conhecimentos sobre o transtorno segundo este Manual. Por fim, verificaremos possíveis aproximações entre higienismo e DSM.

3.1 PROJETO HIGIENISTA NO BRASIL

Neste capítulo levantamos elementos sobre o projeto higienista e seus desdobramentos para o desenvolvimento da sociedade brasileira. Entretanto, entendemos que a propagação deste projeto tem uma vasta repercussão na história do Brasil, o que faz com que não tenhamos condições de abordá-lo aqui como seria necessário, até mesmo por entendermos que sua implicação é forte desde o período da escravidão e, posteriormente, com a abolição. Mesmo

assim, faremos uma rápida abordagem sobre estes marcos históricos por considerar que sua passagem pela história deste país tem consequências até hoje percebidas.

Objetivando entender as marcas políticas e sociais desse projeto, assim como para a compreensão de suas influências no Brasil, encontramos em Arantes (2011) uma narrativa sobre o movimento no período de transição do Brasil Colônia para o Brasil República. A autora aponta que no período de escravidão os filhos dos senhores eram controlados por estes e, com isso, geralmente não causavam problemas à ordem social. Já, os filhos dos escravos, eram controlados pelos seus donos e não pelos seus pais. Com a Lei da Abolição da Escravatura (1888), teoricamente todos estariam livres, contudo, as condições para que essa liberdade fosse gozada não foram oferecidas aos negros recém libertos, pois essas famílias não tinham condições materiais para ter uma vida digna. Assim, as crianças filhas de ex-escravos passaram a frequentar as ruas (brincando, pedindo esmola, trabalhando), o que fez com que logo fossem caracterizadas como “menores abandonados material e moralmente”. (Ibidem, p. 193)

No início da República brasileira, os governos não desenvolveram propostas para resolver os problemas sociais que faziam com que essas crianças estivessem nas ruas. Destacamos que a falta de condições para que elas fossem criadas em segurança e fora da rua acometia a todas as famílias pobres. Irene Rizzini (2011a, p. 116) aponta que as legislações elaboradas na transição do século XIX para o XX vinham ao encontro da manutenção da ordem pública e dos bons costumes, com vistas à garantia da tranquilidade e paz social, regulamentando inclusive o trabalho infantil para não deixar crianças ociosas na rua, para que não se tornassem preguiçosas e perturbadoras da ordem.

Ao longo da história do Brasil, percebe-se que há uma articulação entre o campo político e campo econômico de modo a criar estratégias para que as crianças pobres fossem encaminhadas para o mercado de trabalho. Ao tratar com diferença tais crianças, a desigualdade social era encarada como natural. Assim, por meio do trabalho, estaria sendo combatida a vagabundagem, os delitos e os vícios que poderiam desenvolver com a ociosidade.

Um dado importante da história do Brasil refere-se ao processo de desenvolvimento do país enquanto República na transição do século XIX para o XX. Em busca de um progresso, houve transformações nas cidades e, com isso, os conhecimentos e cuidados médicos sobre a higiene e doenças infecciosas passaram a ganhar importância social. Dessa forma, o movimento higienista se aproxima do sistema jurídico e juntos passam a intervir sobre as crianças e suas

famílias (RIZZINI, 2011a). É devido ao nosso trabalho ser sociológico e ter um olhar para a pluralidade do contexto que fazemos apontamentos referentes ao viés social do movimento, dessa forma, não negamos a sua importância para a preservação da saúde por meio do controle de diversas doenças infecciosas e da aquisição de hábitos de higiene física.

O movimento de que falamos se configurou por meio de um projeto chamado “projeto disciplinar higienista” (ARANTES, 2011, p. 189), no qual constavam orientações para que os pobres adquirissem práticas de melhor higiene e combate às doenças. Primeiramente, o mesmo foi aplicado às crianças das famílias ricas, as quais recebiam atenção e cuidados médicos e, somente depois, às crianças pobres, de modo que estas deveriam utilizar os modelos seguidos pelas primeiras. Os referidos modelos e exemplos não se limitavam apenas aos cuidados com a saúde, mas também logo seriam adotados como padrão para a constituição das estruturas e ordens familiares.

A relação entre o projeto higienista e as pessoas pobres visava “prevenir males sociais” (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 327), assim como remediá-los. O projeto, que era promovido pelo Estado, realizava um trabalho para ser estabelecida uma “ordem do social” (Ibidem, p. 327). As crianças alvo da missão higienista recebiam um tipo de educação em substituição ao que haviam tido acesso por meio de suas famílias. Era uma educação nova, universal e adequada ao mercado de trabalho. Se verificava, assim, a influência do campo médico para o estabelecimento dessa ordem social, e que, por isso, suas ideias influenciaram os documentos legais que foram sendo postos em vigência para as crianças e os adolescentes ao longo do século passado.

Estes ideais vinham ao encontro de uma “descoberta' da criança” (RIZZINI, 2011a, p. 98). Conhecer a criança enquanto alguém que viria a ser um adulto ativo no país fez com que elas passassem a ser vistas como um problema para a nação, muito embora, paradoxalmente, não tenham deixado de ser percebidas como uma solução. Assim, ao longo deste período, atores sociais influentes da medicina, da justiça e da assistência tiveram grande relevância para o desenvolvimento nacional. Rizzini aponta que para analisar a criança pensava-se para além dela:

[...] Através da criança – de como a sociedade a concebe, a molda e regula seus destinos – apreendem-se certos traços que marcam a trajetória de uma nação. É também uma história de gerações e atribuições de responsabilidades. Quem deve cuidar da criança? Quem detém o poder sobre a mesma? Quem é o responsável, o tutor ou o guardião? Quais os papéis da família, da Igreja e do Estado nesta história? Tais possibilidades definem uma certa criança, cuja infância é classificada de acordo com sua origem familiar e sua “herança” social. (RIZZINI, 2011a, p. 98)

Nessa mesma perspectiva, Faleiros (2011) adverte sobre a influência das ideias higienistas e eugênicas que foram adotadas no tratamento das crianças e dos adolescentes. Elementos destes dois projetos causaram grandes marcas na história das políticas públicas brasileiras. Os sinais por eles deixados eram demonstrados inclusive nas formas de abordagens e tratamentos que crianças e adolescentes considerados delinquentes e/ou abandonados recebiam do Juízo de Menores. Irma Rizzini nos mostra que,

No processo de identificação das causas da sua conduta e/ou estado de abandono, o menor recebia um diagnóstico (ou “apreciação”), que definia a sua condição de indivíduo física e psicologicamente *normal ou anormal*. Auxiliado por esses exames técnicos, o Juízo atribuía ao indivíduo as causas de seu comportamento desviante, embora o discurso dos agentes reconhecesse a importância das causas sociais e econômicas da criminalidade. O diagnóstico (que não era somente médico, mas também psicológico), formulado por uma instituição que tinha o respaldo da ciência médica, como o Laboratório, legitimava, cientificamente, uma prática de exclusão e discriminação. (RIZZINI, 2011b, p. 251) (Grifos nossos)

O comportamento desviante ao qual se refere a autora possibilitava que o considerado “menor” recebesse uma avaliação, na qual constatasse sua normalidade ou não. Avaliação esta que não considerava as especificidades que motivavam as atitudes dos “menores”, nem suas condições de vida e nem os contextos sociais dos quais eram provenientes. Ao não considerar os elementos geradores dos problemas sociais aos quais essas crianças e esses adolescentes ficavam expostos, as tentativas de soluções adotadas pelo Estado eram focadas nelas mesmas, o que de fato nunca permitiu que os problemas fossem eliminados, pois o que os originava não era analisado para ser resolvido e eliminado e, em consequência, refletia em mais contratempos para a sociedade. (RIZZINI, 2011b)

Diversas crianças com o grau de normalidade considerado alterado pelas instâncias jurídicas e médicas eram, portanto, vistas como perigosas para a sociedade. Algumas delas chegaram a ser recolhidas em instituições chamadas de “asilos”. Em sua maioria mantidos por instituições religiosas, os asilos configuravam-se em lugares para os órfãos, os abandonados e as crianças que ameaçassem a ordem pública. Esta prática de “recolher crianças em asilos” originou uma cultura de “assistência ao menor”, presente até a atualidade (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 20). Sobre tais práticas, considera-se ainda que

[...] O recolhimento, ou a institucionalização, pressupõe, em primeiro lugar, a segregação do meio social a que pertence o “menor”; o confinamento e a contenção espacial; o controle do tempo; a submissão à autoridade – formas de

disciplinamento do interno, sob o manto da prevenção dos desvios ou da reeducação dos degenerados [...]. (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 20)

Os trabalhos realizados com as crianças por estas instituições eram voltados, sobretudo, à educação moral e ao amor ao trabalho. A urgência em “corrigir” crianças e adolescentes para que não causassem problemas à ordem social estava na base da ideia de que deveriam ser recolhidos para passar por um processo de “regeneração” e, assim, prevenir futuros riscos sociais. Com estas medidas, percebe-se uma compreensão sobre a criança e o adolescente como possíveis de serem modelados por meio de uma educação/reabilitação, evitando, assim, que os que se encontrassem em situações de potencial perigo para a nação, ao ficarem ociosos, não viessem a se tornar vagabundos e criminosos. (RIZZINI, 2011a)

Evidentemente, eram recorrentes as preocupações com as crianças das classes pobres, abandonadas ou vítimas de negligência familiar, para que não se tornassem delinquentes, não pelo bem estar da criança em si, mas para não trazer problemas aos demais. A legislação brasileira forjava o ideal de que salvar a criança da marginalidade era também uma forma de defender e desenvolver o país (RIZZINI, 2011a, p. 98). Contudo, o objetivo destas normativas visava fazer com que as crianças viessem a se constituir em indivíduos ideais à nação, ou seja, úteis e produtivos.

Nesse sentido, era entendido que as crianças e os adolescentes com problemas sociais, devido à falta de recursos financeiros e/ou de atenção das famílias, ficassem submetidos a riscos e com possibilidades de cometer irregularidades ou mesmo de se aproximar da marginalidade, sendo portanto, recolhidos pelo Estado. A lógica utilizada ao recolhê-los era de que “[...] se a família não pode, ou falha no cuidado e proteção ao menor, o Estado toma para si esta função” (ARANTES, 2011, p. 195). Contudo, a autora aponta que como estas situações não eram comuns às classes mais abastadas, os regulamentos que visavam a ordem social eram feitos para atender apenas as classes mais pobres, aqueles que manchavam, sujavam, maculavam a ordem pública. Daí o projeto higienista ser tão bem aceito.

A construção das legislações para crianças e adolescentes no Brasil, ao longo do século passado, utilizou-se de um ideal de cidadania que colaborasse com o desenvolvimento do país e que não atrapalhasse a ordem social. Por outro lado, desde a segunda metade do século XX, o crescimento dos movimentos sociais conquistou a participação na elaboração da Constituição Federal de 1988, com vistas à ampliação de direitos para crianças e adolescentes e, sobretudo, ao

combate às práticas que vinham sendo utilizadas com aqueles que pertenciam às camadas pobres da população. Pela primeira vez a atenção sobre a criança pequena se desloca da assistência e saúde para a educação. Faleiros (2011) ressalta que somente no ano de 1990 é conquistada uma maior garantia de direitos com a proibição do trabalho infantil e a ampliação da proteção para o trabalho juvenil, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Mas até alcançar os direitos com o ECA o Brasil passou por vários desafios políticos e sociais. A partir da Constituição Federal outras novas legislações para crianças e adolescentes foram elaboradas, contudo, resquícios quanto aos meios de lidar com crianças e adolescentes deste período ainda se fazem presentes na atualidade.

Embora não tenhamos a intenção de nos prolongarmos, enfatizamos que a ditadura militar vivida pelo Brasil, entre 1964 e 1985, teve forte impacto sobre as políticas sociais para crianças e adolescentes. Um dos grandes objetivos dos seus idealizadores era diminuir os “riscos sociais” que os “menores” – as crianças e os adolescentes pobres – representavam à pátria. As políticas sociais que foram elaboradas com vistas ao atendimento deste objetivo buscavam a “prevenção” de episódios que perturbassem a ordem pública. Embora fosse do conhecimento das autoridades que o “problema” do menor existia em decorrência do crescimento das cidades e consequente aumento da pobreza, o Estado não intervia de modo a resolver tais questões, como mencionamos acima. Essa postura fez com que as crianças e os adolescentes dessas camadas sociais fossem vistos como disseminadores de desordens e, portanto, deveriam ser interditados, retirados desse meio, o que fez com que inúmeros deles fossem internados em instituições de recuperação e assistência, assistidas pelo Estado. (AREND; DAMINELLI, 2014). Observamos, assim, a perfeita sintonia que havia entre o projeto higienista e o projeto da ditadura militar de 1964 quanto à ordem social.

A partir do que abordamos, percebemos que as políticas públicas e as legislações brasileiras para crianças e adolescentes foram influenciadas pelos contextos sociais juntamente com as perspectivas higienistas, ao longo do século XX. Partindo dessa compreensão, nos propomos a identificar possíveis aproximações desse projeto com as novas dinâmicas de tratamento desenvolvidas para crianças e adolescentes na atualidade, atravessadas nos contextos escolares. Com vistas à ampliação desta compreensão, apresentaremos na sequência como foi desenvolvido o Manual DSM, sendo que este é o Manual orientador das práticas de diagnósticos da saúde mental de crianças e adolescentes utilizado pelos médicos neuropsiquiatras.

3.2 ENQUANTO ISSO, NO OUTRO LADO DO CONTINENTE, ERA CONSTRUÍDO O DSM

Ao longo do século XX, com um cenário diferente do observado no Brasil, devido ao modelo de desenvolvimento do país e pela expansão das pesquisas na área médica, era desenvolvido nos Estados Unidos da América o Manual para diagnosticar transtornos mentais, o DSM. Este Manual foi escrito e é atualizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que é uma associação privada. Na sequência, abordamos aspectos da história da construção do DSM⁹, objetivando acompanhar sua evolução até a versão atual.

O DSM tem sua origem em decorrência da necessidade de identificação de problemas psicológicos e mentais que acometiam soldados que voltaram da Segunda Guerra Mundial, nos EUA. Essa guerra gerou diversos abalos físicos, psicológicos e mentais nos soldados e o exército estadunidense construiu nomenclaturas referentes aos distúrbios mentais visando tratamentos pelo sistema de saúde. No entanto, houve insatisfações entre os psiquiatras quanto à classificação que estes distúrbios mentais ocupariam na Classificação Internacional de Doenças (CID-6), conforme encaminhamento de proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo eles, essas classificações não davam conta de atender aos pacientes, pois não tinham “categorias nosológicas”, ou seja, agrupamentos de sintomas que definissem determinadas doenças para que fossem identificadas e tratadas. Assim, em 1952 era lançado o DSM-I para atender a estas demandas da psiquiatria. (DERBLI, 2011)

Após a publicação do DSM-I, a OMS revisou as classificações no CID-6, sem fazer mudanças significativas na versão lançada posteriormente, o que gerou nova insatisfação nos psiquiatras estadunidenses. Com isso em vista, a OMS convocou um grupo de trabalho para que fossem reavaliadas as classificações sendo que, dentre eles, havia membros da APA. Em 1968 é lançada uma nova atualização no então CID-8 abrangendo novas categorias de tratamento e uma publicação do DSM-II, também com mais categorias, divisões e subdivisões. (DERBLI, 2011)

Uma importante mudança/ruptura de paradigma quanto à classificação das doenças, que até aquele momento vinha sofrendo influência da psiquiatria social, aconteceu com o lançamento do DSM-III. Em meados dos anos de 1960 a psiquiatria passava por questionamentos, pois estava distanciando-se da medicina “tradicional”, cujo viés era predominantemente biológico. Com isso,

⁹ A leitura que estamos fazendo do DSM considera a sua construção histórica, no entanto, a nossa análise do Manual vem ao encontro de problematizar questões referentes ao TDAH, sem abranger outras especificidades.

surgiram movimentos contestadores dentro da comunidade psiquiátrica, tendo em vista que os problemas psiquiátricos estavam sendo percebidos como questões psicossociais e, portanto, deveriam ficar a cargo das ciências sociais. Desse período até o início da década seguinte houve reduções nas verbas destinadas às pesquisas da psiquiatria como resultado da insatisfação que as instituições governamentais vinham apresentando. Esta situação foi a propulsora para o lançamento da terceira versão do Manual, em 1980, que elencava 265 categorias para diagnósticos, reduzindo consideravelmente as menções à etiologia de doenças, constantes na versão do CID-9, demarcando sua relevância para o campo médico psiquiátrico. (DERBLI, 2011)

Entre as novidades do DSM-III estava a inclusão do *Attention Deficit Disorders* (ADD), sendo que “*Disorders*” foi traduzido como “transtorno” na versão em português. Esse transtorno aparece como resultado de pesquisas feitas por cientistas estadunidenses desde o final do século XIX, por meio das quais buscavam explicações biológicas para a dificuldade de aprendizagem escolar das crianças. Este transtorno apresentaria critérios de identificação vagos, utilizando-se de termos como “frequentemente” e de ações como: “parece não ouvir, age sem pensar, falha em terminar tarefas, tem dificuldades de aprendizagem” (MOYSÉS; COLLARES, s.d., p. 9).

Transcorridos quase dois anos, a ADD foi dividida em ADD e ADD-H, sendo que este último corresponderia às crianças que apresentassem hiperatividade para, em seguida, mudar o nome para *Attention Déficit and Hyperativity Disorders* (ADHD). Surgia assim, o que hoje se conhece por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Esta versão do DSM propõe a introdução do Manual nas orientações médico psiquiátricas, o que provocou o rompimento com tratamentos sem medicamentos, além de destacar que os diagnósticos das patologias seriam feitos a partir de agrupamentos de sintomas.

Quatorze anos mais tarde seria lançada uma quarta versão do Manual, com critérios de identificação dos diagnósticos ainda mais imprecisos. Em especial para os de TDAH, as fronteiras “entre o normal e o patológico” (CAPONI, s.d., p. 1), no tocante à saúde mental, estavam ainda mais flexíveis e ambíguas, o que fez com que condutas consideradas indesejáveis socialmente pudessem passar a ser vistas como “anormais”. Por meio do DSM-IV, lançado em 1994, a medicalização das condutas ficou mais evidente, intensificando a associação de tais comportamentos a questões biológicas.

A partir do DSM-III, mas ainda mais fortemente nas versões posteriores, os diagnósticos passam a estar relacionados a uma lógica de risco, segundo a qual é possível levar os acometidos

desses supostos transtornos a problemas mentais graves futuramente, caso não sejam diagnosticados e tratados em tempo. Na versão IV do Manual, o número de sintomas aumentou e as formas de fazer os diagnósticos foram modificadas.

A partir do DSM-IV, com sua maior imprecisão quanto aos diagnósticos e proliferação confusa dos sintomas, que permitiu diagnosticar condutas heterogêneas, foi multiplicado o número de diagnosticados. É a partir desta versão do Manual, e pelos motivos já apontados, que detalharemos mais as descrições que ele contém. Segundo o DSM-IV, não existem características físicas que possam ser associadas ao TDAH e nem exames laboratoriais para confirmar o diagnóstico do transtorno. Para ser realizado o diagnóstico é feita uma avaliação considerando os últimos seis meses de vida do indivíduo, analisando as condutas em pelo menos dois lugares diferentes, buscando levantar consequências negativas tanto para a criança ou o adolescente, quanto para os que também ocupam o mesmo lugar, comprometendo o desempenho coletivo esperado em diferentes situações.

O transtorno pode ser dividido em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade tipo combinado, tipo predominantemente desatento, e/ou tipo predominantemente hiperativo impulsivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). No DSM-IV é apontado que os sintomas do TDAH costumam aparecer antes dos sete anos de idade e especifica que,

[...] bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam pra lá e pra cá, movem-se “mais rápido que a sombra”, sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (p. ex., para escutar uma estória). As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor frequência¹⁰ ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade em permanecer sentadas, levantam-se com frequência e se remexem ou sentam-se na ponta da cadeira, como que prontas para levantar. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com frequência estas crianças se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa, falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas. [...] (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 113)

¹⁰ As citações feitas em nosso trabalho estão escritas conforme os documentos originais, sem considerar as normativas referentes ao Decreto 6.583, que promulga o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (BRASIL, 2008).

Apesar destas imprecisões quanto à frequência ou regularidade dos sintomas nas crianças, para serem feitos os diagnósticos, os pesquisadores Rohde e Halpern (2004, p. S65) consideram que tais critérios clínicos são “claros e bem precisos”.

Os diagnósticos para o TDAH podem ser realizados com ênfase para a desatenção, a hiperatividade ou, pela prevalência dos dois, sendo, portanto, de modo combinado. Ainda como uma quarta opção de diagnóstico, dispõe-se do item “Sem Outra Especificação” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 119), para os casos em que há evidências para a desatenção ou hiperatividade, mas “[...] que no entanto não satisfazem os critérios para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” (Ibidem, p. 119). Se percebe uma insistência do Manual DSM-IV para que sejam diagnosticados todos os que possuem sintomas considerados por ele como sendo referentes ao TDAH, ou mesmo para os que apresentam parcialmente tais sintomas.

A quinta versão do DSM foi lançada em 2013 e se encontra em vigência atualmente. Esta é ainda mais voltada a uma identificação precoce de possíveis transtornos mentais, em especial do TDAH, acentuando características da lógica de risco. Da versão IV do Manual para a 5 não houve muitos acréscimos de transtornos, mas foram incorporadas novas subdivisões classificatórias aos transtornos já existentes, as quais permitem que mais pessoas possam ser diagnosticadas com um mesmo transtorno. Esta versão do Manual apresenta sintomas de diferentes transtornos de forma análoga aos do TDAH, o que requer cuidados para que não sejam feitas confusões entre eles. Não obstante, algumas características de outros transtornos podem ser mais facilmente identificadas com o TDAH, aumentando as possibilidades de um tratamento combinado.

Ressaltamos que ao agrupar os sintomas para realizar os diagnósticos é intensificado o olhar médico no que concerne aos indícios de alguma doença, enquanto que as “narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das questões sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento” (CAPONI, 2014, p. 744) não são ouvidas e estas pessoas/vidas são silenciadas. Dessa forma, o Manual, voltado à identificação precoce de possíveis riscos de problemas mentais, sugere uma resposta preventiva aos referidos problemas, entretanto, as condições de vida dos diagnosticados não são consideradas como causas possíveis para a manifestação dos sintomas, e portanto nada é feito para mudar o contexto.

A quinta versão do DSM apresenta como possíveis causas do TDAH o tabagismo na gestação e, considera relativamente o “risco genético comum” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 62). Segundo o manual, o transtorno pode estar relacionado à dietas, abusos na infância e negligências. Essa versão mostra uma relação entre casos do transtorno na família biológica de primeiro grau, apontando que é substancial a hereditariedade e, ainda, afirma que interações familiares não causam TDAH na primeira infância, mas podem influenciar casos de desenvolvimento de outros transtornos de conduta posteriormente.

O DSM conta com cinco versões, conforme abordamos acima e também sintetizamos na tabela 1, abaixo. A contextualização histórica do DSM em suas cinco versões permite observar o que está posto para o campo médico psiquiátrico desde o século passado. Por sua vez, os comportamentos humanos que vêm se mostrando destoantes em relação a um modelo padrão esperado, que não se enquadram nos moldes estabelecidos socialmente, têm sido diagnosticados como anormais pela psiquiatria. Enfatizamos que as concepções desta área médica vêm se tornando cada vez mais flexíveis, como apontado acima, o que permite associar tais comportamentos a quadros de loucura, distúrbios, transtornos.

Tabela 1 - Versões do DSM e suas datas de publicações

VERSÃO DO DSM	DATA DE PUBLICAÇÃO
DSM-I	1952
DSM-II	1968
DSM-III	1980
DSM-IV	1994
DSM-5	2013

Fonte: Manuais DSMs.

3.3 HIGIENISMO E DSM, HÁ APROXIMAÇÕES?

Ao descrever os elementos históricos acima, embora ficássemos desconfortáveis com possíveis evidências sobre uma proximidade entre o higienismo e o DSM, insistimos na questão. Relacionamos três momentos que perpassam os diagnósticos de TDAH: no primeiro, há uma reclamação dos professores e/ou da escola feita às famílias sobre o comportamento considerado

destoado da criança ou do adolescente em relação aos demais ou então quando este aluno aprende aquém do esperado e, sem considerar outros fatores, é atribuído a ele dificuldade de aprendizagem e, com isso, é solicitado um encaminhamento médico para averiguação de sua saúde mental. No segundo momento, já em consultório, os pediatras, psicólogos e tantos outros profissionais acabam por encaminhar esses alunos aos neuropsiquiatras, que orientam-se pelas classificações propostas pelo DSM, as quais não costumam considerar as subjetividades humanas ao fazer um diagnóstico. Com isso, vem aumentando consideravelmente o número de diagnósticos, em especial para o TDAH, apesar de não serem solicitados exames físicos que comprovem a suposta “alteração biológica” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2012) no cérebro, a qual daria origem ao transtorno. No terceiro momento, ocorre a prescrição de um tratamento para o transtorno diagnosticado que, na maioria dos casos, é via medicamentos controlados, com eficácia duvidosa, com efeitos colaterais importantes e com forte dependência, como veremos a seguir.

Percebemos que as soluções adotadas para os problemas comportamentais, desde a manifestação do incômodo escolar até a orientação para o tratamento, são muito semelhantes às práticas exercidas pelos moldes higienistas de outrora. Caponi (2014) entende que, com a invenção do DSM, comportamentos que antes eram considerados normais passaram a ser vistos como patologias devido aos critérios psiquiátricos que foram desenvolvidos para identificá-los. Assim, pessoas com diferentes formas de expressão e histórias de vida passaram a ter seus comportamentos patologizados, ou seja, transformados em doenças com fundo biológico.

Os medicamentos que têm sido indicados para o tratamento de TDAH, como primeira opção, são estimulantes, sendo que o Metilfenidato é o mais prescrito pelos médicos. No Brasil, o Metilfenidato, que é elaborado à base de Anfetamina, tem sido fabricado e comercializado com os nomes de Ritalina, Ritalina LA e Concerta. Os diversos efeitos colaterais que tais medicamentos têm provocado nos usuários têm chamado a atenção, embora os artigos que tratam sobre esse tipo de medicalização não tenham tanta visibilidade (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2015). Segundo Illich (1975, p. 24) há medicamentos que podem ser considerados como “venenos potenciais”, contudo seus efeitos prejudiciais sempre foram subestimados.

Em entrevista ao Portal da UNICAMP, a pesquisadora Maria Aparecida Affonso Moysés explica que as anfetaminas possuem o mesmo mecanismo de ação que a cocaína, podendo causar dependência química, sendo classificada como um narcótico pela *Drug Enforcement*

Administration. Ao elevar os níveis de dopamina no cérebro, elevam-se as sensações de prazer, que são vivenciadas de forma mais intensa que os prazeres oportunistas pela vida e, para manter essas sensações de prazer constantes, se torna necessário o consumo de novos comprimidos (MOYSÉS, 2013).

Nos Estados Unidos, a *Agency for Healthcare Research and Quality*, do *Department of Health and Human Services* analisou milhares de pesquisas submetidas ao tratamento do TDAH com Metilfenidato. Destas, segundo as autoras Moysés e Collares (2013), apenas 12 apresentaram rigor científico. A partir destas 12 pesquisas científicas são mostrados os “[...] efeitos benéficos da orientação familiar e ausência de efeitos adversos, em contraste com fraca evidência de efeitos benéficos do Metilfenidato, aliada a efeitos adversos [...]” (Ibidem, p. 17). Considerando as fracas evidências sobre a eficácia do tratamento com Metilfenidato, as autoras afirmam que “[...] as drogas psicoativas não funcionam! [...] Entretanto, a pressão é tão grande que se chega ao absurdo de precisar provar que não existe o que nunca ninguém provou que existe. Em ciência, algo absolutamente surrealista.” (Ibidem, p. 18).

Nesse sentido, percebemos que a aproximação entre os campos médicos e farmacológicos têm se sobressaído para o tratamento de questões que são evidenciadas na escola, mas que não se reduzem a ela. Merecem a atenção de toda a sociedade, não apenas desses campos específicos. Percebemos que as fundamentações utilizadas pelo campo médico apresentam fragilidades pois não podem, inclusive, provar as anomalias que afirmam existir. Nesse sentido, entendemos que nossas suspeitas vieram ao encontro das conclusões a que chegaram Góis Junior e Lovisolo (2003). Os autores esclarecem que o movimento higienista ou sanitaria, com grande ênfase ao final do século XIX não terminou em meados dos anos de 1930/40, pois o mesmo ainda se fazia fortemente presente em meados da década de 1980 no Brasil. Para eles o movimento não deixou de existir, muito pelo contrário, persiste “muito possivelmente, até hoje, no início do século XXI” (Ibidem, p. 52).

As maneiras como são feitos os diagnósticos e prescritos os tratamentos para o TDAH vêm demonstrando uma ressignificação do modelo higienista. Assim como ocorria nos períodos de maior intensidade do programa, não são consideradas as diferentes formas de vida desses alunos, seus percursos, desafios e as condições em que vivem, buscando assim, resolver as aparências dos problemas, dos sintomas, sem fazer investigações quanto aos desencadeadores dessas manifestações. Podemos concluir que, mesmo se utilizando de outras roupagens, o

presente está repetindo o passado por meio de uma tentativa de resolver problemas de modo pontual, ou seja, medicalizar os alunos com base no argumento de que eles apresentam um transtorno biológico, quando suas condutas são as indesejáveis, não toleráveis, não aceitas, porque perturbam a ordem escolar. Enfatizamos, conforme aponta Silva (2014), que os processos medicalizantes não se limitam a crianças e adolescentes das esferas sociais mais baixas. Diferentemente do que aconteceu no passado, atualmente crianças/adolescentes que perturbam os ambientes com seus comportamentos, em especial, os escolares, têm sido alvo dos processos diagnósticos e medicalizantes.

Enfatizamos ainda que o exercício da psiquiatria vem sofrendo várias críticas devido a esta “flexibilidade” na orientação para a elaboração dos diagnósticos que levam diretamente à medicalização. Uma dessas críticas vem de Couto e Alberti (2008) por entenderem que a partir do DSM-III os Manuais se desvincularam dos saberes psiquiátricos que lhes forneciam apoio teórico. Com isso, houve a aproximação de um modelo de trabalho via “projeto empírico-pragmático” baseado no “empirismo dos fatos clínicos” e em evidências (Ibidem, p. 54). Assim, os autores afirmam que a área psiquiátrica ganhou uma configuração “ateórica”. Para eles, o DSM também segue uma lógica “sanitarista” e acaba por se colocar no centro das políticas de saúde pública. Eles atestam ainda que, principalmente por causa da normalização dos parâmetros comportamentais, o Estado se utiliza deste artefato para resolver questões de indisciplina.

Ainda, segundo Barroso (2016), os programas de higienização, precursores do sanitarismo, transcenderam os limites temporais através de um novo formato, o “neosanitarismo”. Com esse entendimento, a autora aponta que, desde as suas primeiras orientações, o programa “[...] se revestiu e se reestruturou recentemente na indústria farmacológica para medicalizar os comportamentos considerados desviantes hoje, para engessar as subjetividades, tornando os indivíduos sujeitos docilizados [...]” (Ibidem, p. 11-12). Para ela, os corpos hoje considerados desviantes e indisciplinados também compuseram a parcela de pessoas que foram acometidas pela “loucura”, segundo as compreensões que estiveram em evidência no último século. Dessa forma, as soluções encontradas para devolver a normalidade aos afetados foi via medicalização dos corpos/hábitos com psicofármacos¹¹.

¹¹ Sustâncias medicamentosas baseadas nas concepções da psiquiatria biológica e que atuam no Sistema Nervoso Central. São exemplos de prescrições médicas de consumo: antidepressivos, ansiolíticos, neurolépticos, antipsicóticos (BITTENCOURT, CAPONI, MALUF, 2013).

Sem a intenção de nos estendermos na questão da loucura, lembramos que historicamente os “loucos” estiveram condenados ao recolhimento em hospitais psiquiátricos, assim como algumas crianças foram recolhidas em asilos, conforme apontamos acima, pois ambos representavam perturbações à sociedade. Os hospitais eram os lugares de abrigo aos que estavam excluídos socialmente, aos rejeitados. Ali, toda forma de manifestação corporal, expressões dos internados, quando consideradas perigosas pelos profissionais dos hospitais, sofriam contenções por meio de camisas de força. Tomamos como exemplo a reforma psiquiátrica feita na Itália, através de uma breve abordagem, a qual eliminou as camisas de força do hospital, entre outras mudanças ocorridas, passando a utilizar medicamentos para controlar os “loucos”, quando necessário. (VASCON, 1985)

O que nos chama a atenção na reforma psiquiátrica italiana é que não apenas os psiquiatras e enfermeiros sabiam sobre a função destes medicamentos, mas os próprios internados entendiam que os mesmos eram indicados para contê-los fisicamente, pois era dado a eles a quantidade considerada necessária até acalmá-los, quando agitados. Trazemos o relato de uma das freiras que trabalhava neste hospital, a qual percebia a atuação dos medicamentos nos internados e, segundo ela, quando era utilizada a camisa de força para controlá-los era com o objetivo de contenção por estarem agitados, mesmo ciente de que para esses métodos utilizava-se da força física dos profissionais, contudo, segundo ela, “[...] Já hoje não podemos. Antigamente, quando estavam numa fase boa ficavam bem, sorridentes... Agora estão todo o tempo um pouco melancólicos...” (VASCON, 1985, p. 70).

Consideramos prudente destacar aqui que não condenamos a utilização dos medicamentos, quando necessários, e nem questionamos a reforma psiquiátrica italiana que tomamos como exemplo. Contudo, é por conta de procedimentos como os adotados por ela que os medicamentos para conter os comportamentos passaram a ser mais disseminados, e intencionamos dar visibilidade aos efeitos desses medicamentos, que podem ser perversos. Conhecer esta reforma, mesmo que superficialmente, nos mostrou que a mudança de tratamento com os internados permitiu uma aproximação entre todas as pessoas que ocupavam aquele espaço, o que se mostra de modo positivo. Passou a ser desenvolvido um maior comportamento dialógico entre todos, foram rompidas as barreiras físicas dando condições para que os internados circulassem em diversos lugares do hospital. Trata-se, portanto, de uma nova forma de lidar com os internados, a qual permite que se expressem mais e por meios distintos.

A partir desta reflexão sobre o TDAH nos questionamos: por que as crianças e os adolescentes que recebem o diagnóstico, em vez de serem contidas via medicamentos, não têm uma melhor atenção e compreensão dos demais ao seu redor? O que está sendo feito com eles é o mesmo que historicamente foi feito com os “loucos” no hospício? Estão sendo contidos à força, só que não física, mas medicamentosa? Essas crianças e adolescentes não estão sendo considerados os rejeitados da atualidade, os excluídos, os que não são suportados?

3.4 CONSIDERAÇÕES

Após esse breve relato, voltamos a pensar sobre a disseminação de medicamentos que estão sendo utilizados nos tratamentos de TDAH para controlar os comportamentos indesejados dos alunos na sala de aula. O recolhimento de quem perturba o espaço público e a contenção dos comportamentos indesejados são expressões já vistas no higienismo, nas práticas dos hospitais psiquiátricos, no sistema judiciário. Agora, estas expressões acometem alunos em processos de escolarização.

Entendemos, assim, que há uma aproximação entre o higienismo e o DSM. A resignificação que o primeiro teve por meio do segundo faz com que os seus ideais possam continuar a ser disseminados na sociedade atual, numa perspectiva de “limpeza” dos considerados maus modos de se comportar. Com isso em vista, intencionamos continuar nossos estudos, em busca de respostas às perguntas que nos mobilizam. Na sequência, analisaremos as Resoluções para a Educação Especial de Santa Catarina, as quais abarcam o transtorno que estamos pesquisando e que foram nossas fontes de inspiração para desenvolver este capítulo.

4 TDAH E AS RESOLUÇÕES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL DE SANTA CATARINA

Ao realizar os estudos sobre a medicalização de alunos com TDAH percebemos que não se trata de um problema local. Contudo, preocupamo-nos em entender o que vem respaldando as práticas das escolas da rede estadual de educação de Santa Catarina, recorte desta pesquisa, quanto aos encaminhamentos médicos dos alunos. Verificamos que não há um amparo ou protocolo legal orientador para tais práticas, no entanto encontramos quatro Resoluções do Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina para a Educação Especial, Resoluções estas que abarcam o TDAH por se tratar de um transtorno. Ressaltamos que apesar de nossa análise ser das quatro Resoluções neste capítulo, à medida que elas foram sendo homologadas, as anteriores foram invalidadas. Enfatizamos também que delimitaremos o nosso olhar para o que se refere ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, escopo deste trabalho. Nesse sentido, ao referirmo-nos à legislação analisada estaremos dando ênfase para o TDAH e isso ficará evidente em nossa forma de escrita.

Dito isso, ressaltamos que no capítulo anterior relembramos brevemente a história do projeto higienista no Brasil, assim como o processo de elaboração do DSM nos Estados Unidos, com sua posterior exportação para diversos países do mundo. Salientamos também que houve uma ressignificação desse projeto por meio dos Manuais DSM, com os quais ganhou legitimidade ao poder prescrever medicamentos. Assim, com o estudo que realizamos no capítulo anterior, nos sentimos melhor preparadas para examinar as Resoluções da Educação Especial de Santa Catarina. Neste momento da nossa pesquisa, ao analisarmos as Resoluções para a Educação Especial, intencionamos identificar semelhanças entre elas, o projeto higienista e os DSMs. Ao realizar estas aproximações percebemos que elas ratificaram a entrada do campo médico no campo da educação, de forma que o Manual é o dispositivo orientador quanto aos sintomas de crianças e adolescentes que, supostamente, fugiriam aos padrões aceitáveis de normalidade.

Torna-se necessário observar que crianças em diferentes condições sociais historicamente despertaram interesses políticos e legais. Conhecer alguns fatores que impulsionaram a atenção das autoridades brasileiras às suas crianças permite-nos, pois, entender com maior precisão as políticas que para elas foram sendo elaboradas ao longo dos anos, ainda que nos concentremos no público específico do TDAH. Destacamos que considerar aspectos do passado não nos encerra em seus limites, ao contrário, permite-nos uma visão mais alargada e contextualizada dos

acontecimentos dos diferentes tempos, perspectiva esta que também é explicativa das decisões, medidas e regulamentos elaborados e que vigoram em nosso tempo atual.

O caminho que estamos percorrendo para analisar as Resoluções também considera os sujeitos historicamente constituídos que, dadas às diferentes condições de vida se produzem diversamente e que, por vezes, não atendem aos ideais (projetados ideologicamente por classes dominantes) de cidadãos desejados para a sociedade. Apesar dos limites que se possa apontar, entendemos que dispor de uma legislação específica para a educação especial é uma conquista de direitos para as pessoas com deficiências. O público da educação especial passou a ganhar mais visibilidade e suas especificidades passaram a ser consideradas para a realização do trabalho pedagógico, aumentando assim, suas potencialidades e expressões de direito. Nesse sentido, nossa análise não pode deixar de destacar esta conquista social.

Destacamos também que a primeira das quatro Resoluções foi aprovada em 1984 e a última em 2016, estando em vigência até o presente momento. Reiteramos que é de nosso conhecimento que no ano em que foi homologada a primeira Resolução ainda vigorava uma Ditadura Militar no país e este cenário deixou suas marcas negativas na elaboração deste documento legal. Embora não façamos referência a esse regime posteriormente, seus vestígios ficarão evidentes na escrita das Resoluções para a Educação Especial, ao demonstrarem semelhanças com expressões do higienismo. Pretendemos, assim, analisar como foi organizada cada uma das Resoluções, cientes de que devemos entender o que estimulou a elaboração de cada uma delas, para poder compreender a que está em vigência na atualidade.

4.1 PREVENÇÃO, RISCO, TRABALHO

Ao fazermos as leituras das Resoluções para a análise, observamos a recorrência das palavras “prevenção” e “risco”. Verificamos também que nas duas primeiras Resoluções, 06/1984 (SANTA CATARINA, 1984) e 01/1996 (SANTA CATARINA, 1996), esses termos aparecem com mais intensidade do que nas duas últimas, 112/2006 (SANTA CATARINA, 2006a) e 100/2016 (SANTA CATARINA, 2016). A primeira Resolução mostra-se voltada à prevenção ao “desenvolvimento da criança de alto risco” (SANTA CATARINA, 1984, Art. 5º), assim como também ao desenvolvimento de trabalhos de forma a prevenir e a reabilitar deficientes, conforme podemos conferir abaixo,

[...] IV – atuar no sentido *preventivo*, oferecendo o mais cedo possível os recursos capazes de minimizar a ação ambiental negativa que comprometa e dificulte o desenvolvimento da criança de alto *risco* ou deficiente;
 V – manter programas permanentes de esclarecimento sobre *prevenção* e reabilitação de excepcionais, chamando a comunidade a uma participação consciente e efetiva no atendimento a excepcionais no lar, na escola, na atividade econômica e na vida da comunidade (SANTA CATARINA, 1984, Art. 5º) (grifos nossos).

A Resolução 01/1996 assegura às “crianças com alto risco bio-psico-social” (SANTA CATARINA, 1996, Art. 5º, IV) o direito a uma Sala de Estimulação, até completar três anos de idade. O que nos causa um estranhamento é que, além de não trazer informações sobre quem é o público-alvo desse atendimento, também não descreve orientações quanto aos trabalhos a serem desenvolvidos pelos profissionais da educação. Nesse formato, percebemos uma incompletude na escrita do artigo quanto a um esclarecimento sobre a garantia do direito que este aluno tem.

O breve estudo histórico que fizemos no capítulo anterior a respeito dos ideais higienistas nos possibilita entender a marca histórica das palavras “prevenção” e “risco” presentes nas Resoluções. Elas corroboram principalmente a intenção de organizar a ordem para desenvolver a nação. Com isso em vista, observamos que na primeira Resolução a palavra “risco” aparece uma vez, e, “prevenção” é utilizada duas vezes. Já, na Resolução seguinte, estas palavras aparecem apenas uma vez cada uma. Observamos que ao elaborar a Resolução para a Educação Especial colocando em seu conteúdo a intenção de prevenir algum risco que o deficiente possa desenvolver/causar, deixando lacunas quanto ao que entende por risco e às formas de realização do trabalho pedagógico/preventivo, nos parece que não tem como perspectiva a garantia dos direitos. O que se espera do deficiente pode não estar descrito tão claramente na Resolução.

Conforme podemos apurar na tabela 2, abaixo, é a partir da versão do DSM-III que as Resoluções para a Educação Especial foram sendo regulamentadas. Verificamos que as formas de explicitação das duas primeiras Resoluções não apresentam um alinhamento com as descrições dos DSMs. Muito embora a Resolução 01/1996 tenha sido aprovada durante a vigência do DSM-IV e nela estar prescrito o “atendimento às crianças com alto risco bio-psico-social”, não há, contudo, nesta Resolução, uma apresentação de maiores detalhes quanto ao atendimento a estas crianças e nem especificações quanto ao público nela contemplado. Além disso, revela que sua identificação com a intencionalidade do Manual estaria mais evidente, mesmo que ainda de modo discreto.

Tabela 2 - Datas dos lançamentos das versões do DSM e das homologações das Resoluções

VERSÕES DO DSM	ANO DAS PUBLICAÇÕES DOS MANUAIS DSM	ANO DAS HOMOLOGAÇÕES DAS RESOLUÇÕES
DSM-I	1952	-
DSM-II	1968	-
DSM-III	1980	Nº 06 de 1984
DSM-IV	1994	Nº 01 de 1996
-	-	Nº 112 de 2006
DSM-5	2013	Nº 100 de 2016

Fonte: Manuais DSMs e Resoluções para a Educação Especial em Santa Catarina.

Na terceira Resolução (112/2006) a palavra “risco” não aparece nenhuma vez e, “prevenção”, apenas uma vez. Já, na Resolução 100/2016, ambas as palavras não são mencionadas. Entendemos que, mesmo que esses termos estejam ausentes nesta última Resolução, a intencionalidade se mantém ao serem intensificadas as aproximações com o conteúdo do DSM-5. Como já mencionamos, a partir da terceira versão do Manual, de modo cada vez mais intenso, eles se inscrevem em uma lógica de risco. Essa lógica, além de forçar diagnósticos, carrega a intenção de evitar que quem apresentar algum dos sintomas não venha a desenvolver, quando adulto, potenciais transtornos por não ter sido diagnosticado em tempo de evitá-los. Segundo o próprio Manual DSM-5,

[...] Crianças com TDAH apresentam uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão. [...] (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 63).

Apesar do estranhamento devido à maior incidência das palavras “risco” e “prevenção” nas Resoluções anteriores, entendemos que ao buscar aproximações com o DSM-5 não se fez necessário enfatizá-las. Os alunos que são encaminhados para avaliação médica passarão pelo crivo do Manual DSM sendo que, nele próprio, tais especificações já estão presentes. Assim, como apontamos acima, mais uma vez percebe-se uma ligação entre os campos médico e jurídico.

Outro vocábulo recorrente no texto das quatro Resoluções é “trabalho”. Na primeira Resolução estão escritos oito vezes os termos “trabalho” e/ou “profissional”, para os quais os deficientes deveriam ser encaminhados e, para isso, receberiam atendimento educacional e treinamento para futuras atividades laborais. Percebemos a ênfase em desenvolver cidadãos úteis e produtivos à nação, mesmo sendo estas pessoas consideradas limitadas. Na Resolução 01/1996 este termo aparece apenas uma vez, mas nela está enfatizada que as políticas deveriam estar apoiadas em medidas paralelas à “formação profissional e do trabalho” (SANTA CATARINA, 1996, Art. 4º). A Resolução 112/2006 faz três referências às palavras “trabalho” e/ou “profissionalizante”. Verificamos que no artigo 7º é previsto um “Programa Profissionalizante” para os alunos a partir de 16 anos de idade. Este oferecia oficinas e cursos voltados ao mercado de trabalho. No seu parágrafo 2º, inciso III, disponibiliza-se um “centro de convivência” para os que não apresentassem condições de cumprir funções laborais (SANTA CATARINA, 2006a). Observamos que houve um esforço para que fossem construídas perspectivas para que todo o público da educação especial cumprisse algum papel laboral em nossa sociedade. Por fim, na quarta Resolução, 100/2016, aparece uma única vez o vocábulo ao prescrever uma “iniciação ao trabalho” para os alunos entre 14 e 17 anos de idade, o que poderá ser objetivado por meio de instituições conveniadas com a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) (SANTA CATARINA, 2016). Essa iniciação ao trabalho apresenta um viés claro de encaminhamento destes alunos ao mercado de trabalho.

Conforme apontamos no capítulo anterior, o encaminhamento ao mercado de trabalho sempre esteve presente nos ideais dos governos brasileiros ao longo dos anos. Esperava-se que os habitantes deste país colaborassem individualmente para o seu desenvolvimento pelo trabalho, ou seja, era por meio do trabalho que se poderia mostrar alguma utilidade e valor para à nação. Individualmente, o trabalho historicamente colaborou para a disciplinarização do corpo e também da mente (RIZZINI, 2011b). Percebemos assim que o trabalho vem se mostrando atrelado às necessidades de que cada um exerça o seu papel social com vistas ao progresso nacional, conforme também vislumbrado no período higienista.

A seguir, desenvolvemos melhores compreensões acerca de duas características que atravessam as Resoluções, dentro do que estamos analisando, falamos sobre as “condutas típicas” e o “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”. Ao nosso ver, ao perpassarem as Resoluções, estas vão fornecendo um caráter de configuração ao transtorno investigado neste

trabalho. Assim como antes, levantamos possíveis afinidades com o movimento higienista e com as versões do DSM vigentes às épocas das suas aprovações.

4.2 DAS CONDUTAS TÍPICAS AO TDAH

A leitura das quatro Resoluções, com o olhar voltado ao nosso objeto de pesquisa, nos fez perceber que duas características de interesse as perpassam, tratam-se das “condutas típicas” e do “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”. Notamos que houve mudanças de abordagem da primeira Resolução para as demais, pois a primeira demarca mais fortemente a intenção de prevenção aos riscos, como já apontamos anteriormente e, a partir da segunda, são apontados termos que se associarão ao TDAH, que é amparado pelo DSM. Com cuidado, fomos fazendo estas aproximações e evitando linearidades, muito embora por vezes tenhamos tido essa impressão.

A segunda Resolução para a Educação Especial aprovada em Santa Catarina (01/1996), ocorreu 12 anos depois da primeira e introduziu algumas mudanças em relação à anterior. Esta resolução regulamentou em sete incisos quem é o público ao qual se destina e o descreve de modo mais expansivo e explicativo que a anterior. Ela abrange as “condutas típicas¹²” em seu leque de atendimentos, as quais referem-se às “[...] pessoas que apresentam manifestações de comportamentos próprios de síndromes, que ocasionam atrasos na aprendizagem, comprometendo o desenvolvimento e acarretando prejuízos no seu relacionamento social.” (SANTA CATARINA, 1996, Art. 2º, §3º). Ou seja, por meio desta nomenclatura passa a ser oferecido atendimento aos alunos com síndromes e atrasos na aprendizagem, sem maiores especificações, sendo que estas descrições são o que mais se aproxima do que virá caracterizar o TDAH na Resolução subsequente.

Esta Resolução prescreve alternativas para a realização de trabalhos com os alunos, mas não apresenta nada de específico para o trabalho com escolares com “condutas típicas” (SANTA CATARINA, 1996, Art. 5º). Essa constatação nos chamou a atenção, pois ela as inclui como um

¹² Conforme verificado no documento das Políticas de Educação Especial do Estado de Santa Catarina, de 2009, o estado catarinense tomou como base o documento das Políticas Nacionais de Educação Especial elaborado pelo Ministério da Educação (MEC), em 1994. Este documento define as “condutas típicas” como alvo da Educação Especial no Brasil. Contudo, no documento catarinense consta que ao consultar as diretrizes diagnósticas nos documentos oficiais da OMS, da CID-10 e do DSM-IV, tal nomenclatura não aparece. (SANTA CATARINA, 2006b, p. 26)

público-alvo, mas não faz referência às formas de trabalho pedagógico que poderiam potencializar o desenvolvimento daqueles que foram indicados. Nesse sentido, verificamos que no mesmo artigo, exceto para as “condutas típicas” e para a “deficiência física”, as demais deficiências recebem orientação sobre as “[...] modalidades alternativas de atendimento específico e adequado [...]” (Ibidem, Art. 5º).

Percebemos que o Artigo 5º regulamenta também a instalação de uma “Sala de Estimulação Essencial para atendimento às crianças com alto risco bio-psico-social ou atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor, com idade cronológica inferior a três anos, no período da frequência na educação infantil” (Ibidem, Art. 5º, inciso IV). Indagamos sobre a que/quem esta Resolução estaria se referindo ao mencionar crianças de “alto risco bio-psico-social”, pois nela não é feita menção a isso em nenhum outro lugar. Nossa inquietude se justifica pelo fato de que esta Resolução não regulamenta um trabalho específico para as “condutas típicas” e não especifica quem são as crianças com “alto risco bio-psico-social”. Com essa lacuna, lembramos de Rizzini (2011a) ao explicar que as crianças e os adolescentes, por serem diferentes do esperado para que servissem à pátria, recebiam tratamentos visando corrigi-los, evitando assim riscos futuros à nação.

Verificamos que a aprovação desta Resolução ocorreu durante a vigência do DSM-IV, publicado em 1994, versão do Manual que já apresentava mais detalhadamente os sintomas característicos do TDAH, desde bebês, e que também disponibilizou novas formas descritivas para fazer os diagnósticos, conforme já mencionamos. Esse novo formato descritivo dos sintomas criou maiores possibilidades para fazer um diagnóstico para o transtorno com vistas a identificar patologias mentais precocemente e, assim, prevenir o risco de não se diagnosticar uma criança ou um adolescente e virem a se tornar adultos com desvios ou problemas mentais irreversíveis (CAPONI, 2014). E, com isso, representar um risco futuro à sociedade.

Ainda sob a vigência da quarta versão do DSM foi aprovada a terceira Resolução para a Educação Especial em Santa Catarina (112/2006), dez anos depois, sendo que nesta é feita a transição dos termos que estamos analisando, de “condutas típicas” para TDAH. Embora seja mantido o termo “condutas típicas”, este é subdividido em dois tipos de transtornos: o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Apresentamos abaixo como foi regulamentado o TDAH nesta Resolução, ainda vinculado às “condutas típicas”,

Art. 2º As pessoas de que trata esta Resolução são aquelas diagnosticadas com deficiência, condutas típicas e altas habilidades.

[...]

§2º - A pessoa com condutas típicas é aquela que apresenta manifestações típicas dos seguintes quadros, de maneira isolada ou combinada:

I- Transtorno hipercinético ou do déficit de atenção por hiperatividade/impulsividade se caracteriza pela combinação de comportamento hiperativo com desatenção marcante.

[...] (SANTA CATARINA, 2006a, Art. 2º)

Assim sendo, é pela primeira vez que aparece a terminologia “transtorno” nas Resoluções para Educação Especial sendo que, na seguinte, a nomenclatura “condutas típicas” não mais aparecerá e o TDAH será considerado um dos serviços de atendimento da educação especial.

Consideramos também relevante esclarecer como o transtorno é entendido por instâncias como a OMS, tendo em vista que a partir dela são definidos programas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde das populações mundiais. Segundo esta organização, há um marco fundamental que difere a deficiência do transtorno mental, pois

[...] não se trata de uma condição unitária mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Há um intenso debate acerca de quais condições são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. [...] A definição de transtorno mental adotada por uma legislação nacional qualquer depende de muitos fatores. Acima de tudo, o propósito da legislação determinará os limites exatos da categoria. Assim, a legislação preocupada primordialmente com a admissão e tratamento involuntários pode restringir a categoria apenas a transtornos mentais graves. Por outro lado, a legislação preocupada com direitos positivos pode definir transtorno mental da forma mais ampla possível para estender os benefícios da legislação a todas as pessoas com transtornos mentais. A definição de transtorno mental também depende do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades [...]. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 27)

Esta descrição da OMS esclarece que ainda não há um consenso sobre a definição dos transtornos mentais. Por sua vez, ela faz apontamentos de como as diferentes instâncias podem cuidar desta questão interpretativa. Assim, se o foco de atendimento estiver voltado às pessoas que manifestam diferentes níveis de transtornos ou então apenas os casos mais graves, as legislações dos diferentes lugares repercutirão essa intencionalidade.

Com isso em vista, voltamos a observar que na Resolução 112/2006, cujo Artigo 2º evidencia o TDAH, as descrições dos sintomas ali apresentados são semelhantes aos adotados no DSM-IV. Está assim descrito, “Transtorno hipercinético ou do déficit de atenção por hiperatividade/impulsividade se caracteriza pela combinação de comportamento hiperativo com

desatenção marcante” (SANTA CATARINA, 2006a, Artigo 2º, § 2º, inciso I). A aproximação entre as características do TDAH nessa Resolução com as que constam no DSM-IV agora se mostram mais claras. Evidentemente, entendemos que é uma aproximação necessária pois para ser elaborada uma legislação sobre os transtornos é preciso ter uma orientação concreta. Lembramos, contudo, que existem inúmeras críticas quanto a ética científica do DSM, como assinalado anteriormente (CAPONI, 2014; MOYSÉS, COLLARES, 2014; COUTO, ALBERTI, 2008; DERBLI, 2011, entre outros).

Ponderamos que, enquanto profissionais da educação, concordamos que identificar precocemente alguma anomalia em escolares e poder iniciar o quanto antes trabalhos que potencializem o seu desenvolvimento é um grande acerto. Muito embora, temos que ressaltar que o passar dos anos tem mostrado que muitas crianças e muitos adolescentes com diferentes modos de vida têm recebido diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, sendo que os critérios para tais diagnósticos não são claros, mas vagos e abrangentes. A partir de então, diagnósticos com critérios tão flexíveis têm gerado um elevado número de casos de TDAH em crianças e adolescentes que, possivelmente, não apresentam patologias (MOYSÉS; COLLARES, 2014).

Nossa inquietação com relação à aproximação entre as Resoluções e os DSMs justifica-se também pelo fato de que, como vimos no capítulo anterior, ao longo do século XX as legislações para as crianças brasileiras tiveram influência do campo médico nos períodos de maior propagação das ideias higienistas. Pelo fato de as versões do DSM carregarem uma conotação semelhante a do higienismo, entendemos que essa aproximação expressa uma resignificação desses ideais. Recordando Faleiros (2011), salientamos que as ideias moralistas e a aposta na criança e no adolescente para o desenvolvimento do futuro da nação andavam de mãos dadas entre médicos e juristas. Estes passaram a regulamentar as práticas mais saudáveis e aceitáveis biológica e socialmente para os modos de ser e de viver.

A quarta Resolução (100/2016), aprovada dez anos depois, em 2016, encontra-se em vigência na atualidade e traz mais especificidades sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Já no primeiro artigo ao ser regulamentado o público a quem se destina, o TDAH aparece como um deles, em seu quarto parágrafo. São apresentadas maiores descrições sobre o transtorno, de modo separado para a desatenção e a hiperatividade, conforme podemos conferir abaixo:

Art 1º Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Resolução, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino para o atendimento das necessidades educacionais especiais de alunos com deficiência, transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e altas habilidades/superdotação.

[...]

§4º Alunos com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade caracterizam-se por apresentar níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e ou hiperatividade/impulsividade.

a) Desatenção/desorganização envolvem incapacidade em permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou nível de desenvolvimento.

b) Hiperatividade/impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou nível de desenvolvimento.

[...] (SANTA CATARINA, 2016, Art. 1º)

Observamos que, nesta Resolução, as descrições se aproximam ainda mais das descrições referentes à quinta versão do DSM, publicada em 2013. Nesse sentido, consideramos relevante destacar maiores detalhes sobre o DSM-5. Evidenciamos que a versão IV do DSM (1994) já trazia separadamente a desatenção e a hiperatividade e estava em vigência no ato da aprovação das Resoluções de 1996 e 2006. Todavia, além da divisão dos critérios para a avaliação neuropsiquiátrica para desatenção, para hiperatividade ou de modo combinado (para os dois sintomas), presentes no DSM-IV, mais novidades apareceram na nova versão. Falamos da “remissão parcial”, que tinha uma rápida nota no DSM-IV e, na quinta versão, aparece com mais informações. Ela se refere aos casos de pessoas que no passado apresentaram a quantidade mínima dos sintomas (seis ou mais) para receber o diagnóstico, mas que nos últimos seis meses não chegam a atingir esta quantidade mínima e, mesmo assim, os sintomas que lhes restam são prejudiciais no “funcionamento social, acadêmico ou profissional” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 60). Por meio da identificação dos sintomas apresentada de modo amplo e genérico, o DSM-5 vem facilitar ainda mais os diagnósticos com as diversas aberturas para poder fazê-lo, como por exemplo ao poder “especificar a gravidade atual” (Ibidem) dos sintomas, em leve, moderada ou grave.

4.3 CONSIDERAÇÕES

Consideramos prudente destacar aqui que as especificações quanto ao TDAH nas

Resoluções que estamos analisando, são mínimas. Estas Resoluções servem de base para todo o público da Educação Especial de Santa Catarina e, portanto, o TDAH é apenas uma das facetas contempladas. Reiteramos que, ao descrever a frequência com que as palavras “risco”, “prevenção” e “trabalho” aparecem nas Resoluções, consideramos suas leituras na íntegra. Nesse sentido, entendemos que ao aparecerem repetidamente, essas palavras guardavam a intenção de atingir a todo o público a que se destinam. Contudo, à medida que essas palavras foram sendo suprimidas, percebemos que as referências ao TDAH passaram a carregá-las semanticamente, aproximando-se com mais intensidade do DSM-IV e DSM-5, documentos orientadores para estas Resoluções.

Conforme fomos delineando em nossas escritas, a inscrição do TDAH no DSM ocorreu na terceira versão, na década de 1980. A Resolução para a Educação Especial de Santa Catarina inclui pela primeira vez o termo “condutas típicas” em sua segunda versão, 01/1996. Enfatizamos que a introdução desta nomenclatura e, posteriormente, do TDAH nas Resoluções iniciou de modo discreto quanto às disposições dos DSMs. No entanto, à medida que versões mais contundentes foram sendo lançadas, mais as Resoluções foram se adaptando às suas orientações. Apuramos com esta análise que, apesar de não servir como base de orientação aos professores e escolas quanto aos modos de tratamentos ou mesmo de encaminhamentos de alunos para consultas médicas a fim de averiguar sua saúde mental, estas Resoluções para a Educação Especial de Santa Catarina estão fundamentadas nos pressupostos dos DSMs. Tal constatação demarca que a Educação Especial acolhe em seu leque de atendimentos alunos que, conforme apontam os autores que mobilizamos acima, podem não ter nenhuma patologia, apenas modos de ser diferentes daqueles que são considerados normais e aceitáveis socialmente.

5 ALUNOS COM TDAH DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA

Após realizarmos a análise das Resoluções para a Educação Especial em Santa Catarina, mais precisamente sobre o que diz respeito ao TDAH, nos sentimos estimuladas a conhecer os números de alunos com estes diagnósticos na rede estadual de educação de Santa Catarina, recorte da nossa pesquisa. Dessa forma, neste capítulo, apresentamos os números relacionados ao Sistema da Rede Estadual de Educação de Santa Catarina, evidenciando o total de matrículas e, em seguida, apuramos quais são referentes ao TDAH que, por se tratar de um transtorno, são abrangidas pela Educação Especial. Lembramos que dentro da Educação Especial o nosso recorte é em relação ao TDAH, assim, após serem apresentados os números totais para ilustração, iremos nos deter àqueles referentes a esse transtorno.

Ressaltamos, entretanto, que para a escrita deste capítulo estamos mobilizando três fontes de dados para nos levar à apuração das informações a que nos propomos inicialmente. As três coletas diferenciadas de dados nos foram cedidas pela SED e serão utilizadas em momentos distintos, porém complementares. Dessa maneira, enfatizamos que uma das fontes se refere aos números totais de alunos da rede estadual distribuídos dentro dos níveis de ensino oferecidos. Outra fonte é relativa aos números de alunos com diagnóstico de TDAH que estão registrados na Educação Especial. *A priori* trabalharemos com esses dados para, posteriormente, em posse do terceiro relatório, fazermos uma apuração quanto aos números de alunos com diagnóstico de TDAH medicalizados.

5.1 ALUNOS MATRICULADOS NA REDE ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Em contato com a SED, apontamos o nosso interesse na pesquisa sobre os alunos com TDAH medicalizados na rede estadual, solicitando informações que pudessem nos levar a uma aproximação maior com estes números. Após explicitar nossa intencionalidade, obtivemos algumas informações por meio de relatórios. Através deles, levantamos a quantidade total de alunos matriculados na rede estadual até o início do segundo semestre de 2017, conforme é apresentado na tabela 3, abaixo:

Tabela 3 - Número de alunos matriculados na rede estadual de educação até o início do segundo semestre de 2017

ENSINO	NÚMERO DE ALUNOS	QUANTIDADE DE TURMAS
Ensino Fundamental – anos iniciais	114.678	5.433
Ensino Fundamental – anos Finais	181.245	7.333
Ensino Médio	168.897	6.720
Magistério	5.291	222
CEDUP – Centro de Educação Profissional	9.863	408
CEJA – Centro de Educação de Jovens e Adultos	36.585	4.200
Total:	516.559	24.316

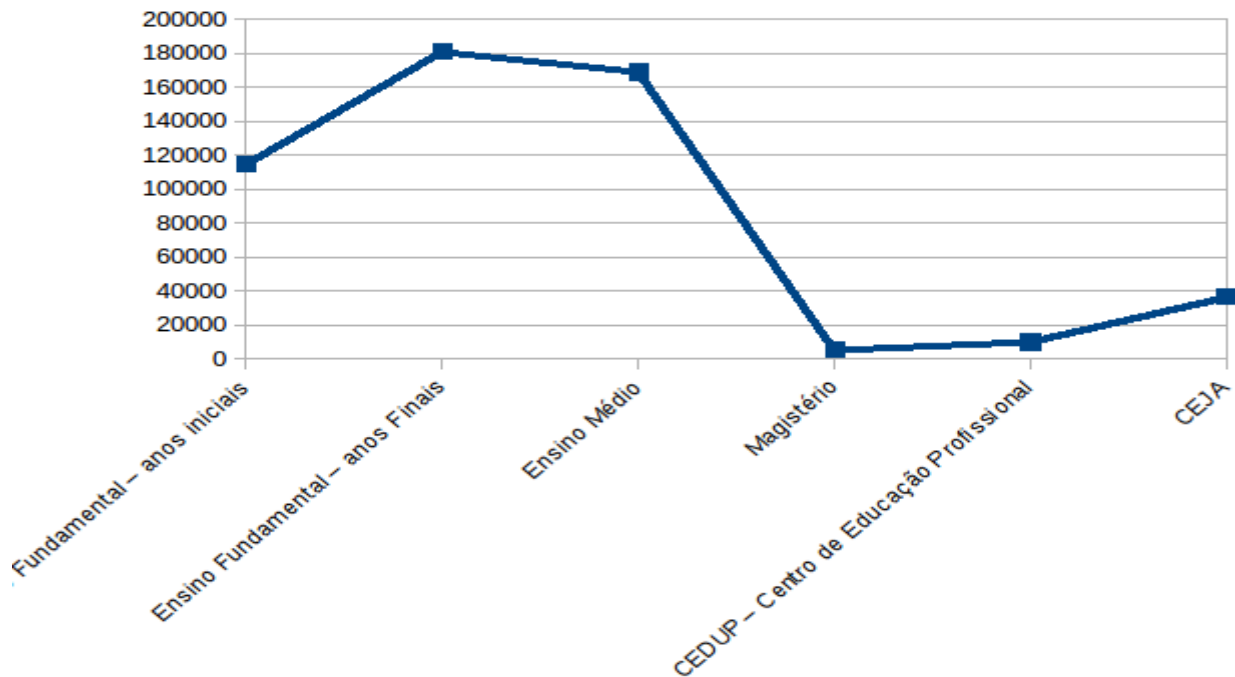
Fonte: Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Número de escolas da rede estadual, FRH/SED – (Ago/2017).

A tabela acima mostra como o estado de Santa Catarina está articulado quanto ao atendimento ao sistema educacional. Enfatizamos que conforme a Lei de Diretrizes da Educação Nacional (9.394/96), em vigência neste momento, está prescrito no Artigo 10 que os estados devem se organizar para oferecer prioritariamente o Ensino Médio, como também devem assegurar, em regime de colaboração com os municípios, a oferta do Ensino Fundamental. Esta lei regulamenta ainda que a formação inicial e/ou continuada dos profissionais do magistério deve ser promovida em regime de colaboração entre a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios, conforme o Artigo 62 e os parágrafos que a ele estão adicionados. A Educação Profissional também deve ser oferecida pelas instituições de ensino que mantêm o Ensino Médio, de modo articulado, ou subsequente, conforme os Artigos 36-A, 36-B, 36-C e 36-D. Não obstante, por meio dos Centros de Educação de Jovens e Adultos (CEJA), os Estados também devem garantir as matrículas juntamente com o direito subjetivo à escolarização de jovens e adultos que não estudaram dentro do período que era previsto, conforme o Artigo 37 (BRASIL, 1996).

Sabemos que a rede estadual de educação oferece atendimentos educacionais aos alunos de diferentes anos letivos. Esse primeiro levantamento mostrou que, em Santa Catarina, mais do que o Ensino Médio, a rede atende ao Ensino Fundamental, como podemos conferir no gráfico 5,

abaixo. O Ensino Fundamental, anos iniciais e finais somados, compreende 57,29% das matrículas, sendo que os alunos que estudam nos anos finais correspondem à maior quantidade de atendimento de educação na rede estadual, 35,09%. O segundo maior número de matrículas, um pouco aquém em relação ao primeiro, é referente ao Ensino Médio, 32,70%.

Gráfico 5 - Alunos matriculados na rede estadual de educação de Santa Catarina.



Fonte: Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Número de escolas da rede estadual, FRH/SED (Ago/2017).

Com esse breve apontamento objetivamos assinalar as responsabilidades educativas da rede estadual de ensino de Santa Catarina e como ela está articulada quanto aos atendimentos. Embora este relatório apresente a Educação de Jovens e Adultos como modalidade de ensino, outras que pertencem ao sistema de educação estão distribuídas nos dados elencados, tais como a Educação Indígena, a Educação Quilombola e a Educação do Campo. Optamos por especificar os diferentes níveis de ensino que a rede de educação estadual compreende pois, em nossas análises, não serão feitas distinções sobre eles, tendo em vista que trabalharemos com os números totais. Assim, por mais evidente que esteja que o número maior de matrículas na rede de educação do Estado é referente ao Ensino Fundamental e Médio, é possível que alunos que estudam no CEDUP, CEJA ou Magistério também estejam contabilizados entre os diagnosticados que

analisaremos. Em seguida, apresentamos outros dados coletados via SED, os quais nos conduzirão ao número de alunos atendidos pela Educação Especial, mais especificamente, aos números de alunos diagnosticados com TDAH.

5.1.1 Alunos com diagnóstico de TDAH matriculados na rede estadual de educação de Santa Catarina

Abaixo apresentamos dados provenientes do segundo relatório, o qual se refere aos alunos com deficiência e com diagnósticos de transtornos mentais matriculados na rede estadual de educação, cadastrados na Educação Especial. Conforme apontamos no capítulo anterior, e consideramos relevante retomar aqui para fins distintivos entre as deficiências e os transtornos mentais, a OMS considera que as primeiras se apresentam distintamente dos segundos devido às características que são comuns e que podem ser identificadas, por mais que o nível de comprometimento possa ser diferente. Os transtornos mentais, por sua vez, costumam apresentar apenas alguns pontos em comum, embora haja opiniões divergentes quanto ao que pode ou não ser denominado transtorno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 27). Consideramos prudente retomar essa compreensão nesse momento porque, apesar do elevado número de transtornos, não há um consenso quanto a eles, nem mesmo na medicina (MOYSÉS, 2001). Podemos conferir na tabela 4 as deficiências e os transtornos indicados pela Educação Especial na rede estadual de educação.

Tabela 4 - Números de alunos com deficiências e transtornos mentais

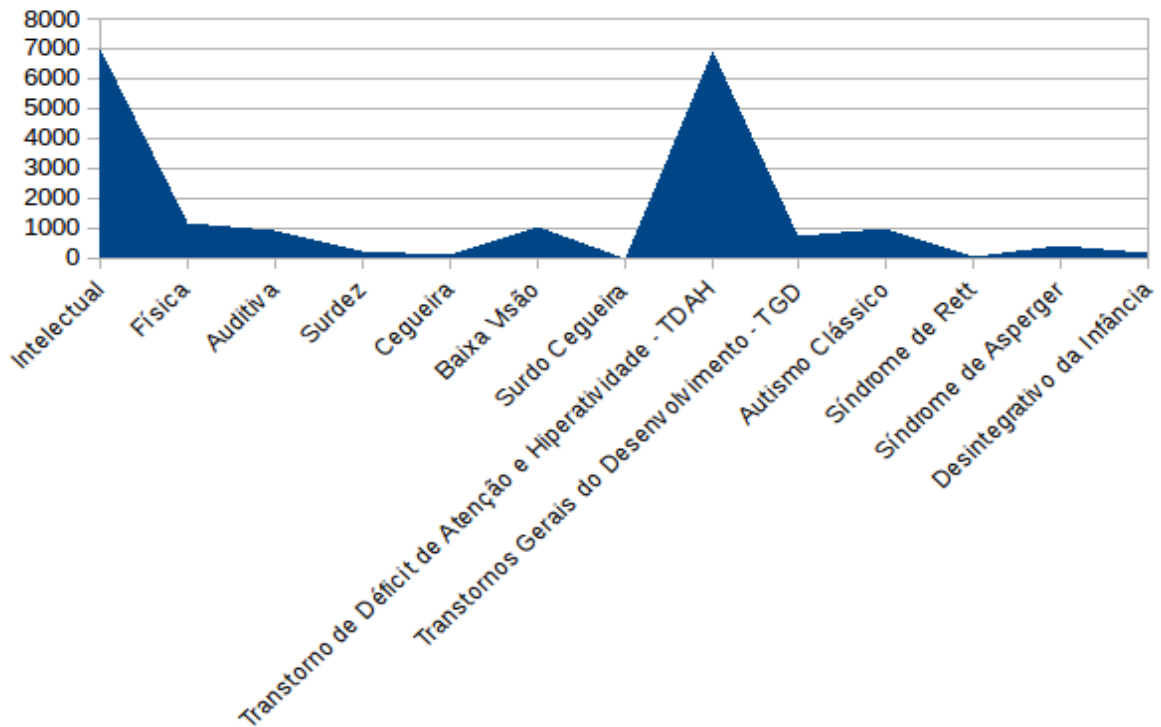
ALUNOS COM DEFICIÊNCIA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Intelectual	7.008	35,64%
Física	1.190	6,05%
Baixa Visão	1.012	5,15%
Auditiva	889	4,52%
Surdez	227	1,15%
Cegueira	102	0,52%
Surdo Cegueira	3	0,02%

Total de Alunos com deficiência:	10.431	53,05%
ALUNOS COM TRANSTORNO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH	6.936	35,27%
Autismo Clássico	997	5,07%
Transtornos Gerais do Desenvolvimento - TGD	745	3,79%
Síndrome de Asperger	403	2,05%
Desintegrativo da Infância	139	0,71%
Síndrome de Rett	12	0,06%
Total de alunos com transtornos:	9.232	46,95%
Total de alunos atendidos na Educação Especial:	19.663	100,00%

Fonte: Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Quadro demonstrativo do número de alunos da Educação Especial do estado de Santa Catarina por deficiência/regional (Nov/2017).

A tabela 4, se analisada de modo separado para deficiências e transtornos, possibilita uma apreciação diferente dos números. Vejamos. Ao apresentar o número de 10.431 alunos com deficiências e sendo que 7.008 possuem diagnósticos de deficiência intelectual, este caso representa 35,64% de todo o público da educação especial. Contudo, se a mesma for analisada somente dentro do público das deficiências, esta representa 67,18% desse total. A respeito dos alunos com diagnósticos de transtornos mentais, temos 9.232 alunos e, a ampla maioria, 6.936, é diagnosticada com TDAH, o que representa 35,27% de todo o público da Educação Especial. No entanto, considerando o mesmo raciocínio acima, do total de alunos diagnosticados com transtornos, 75,13% referem-se a diagnósticos de TDAH. Ambos os números são bastante expressivos, contudo, o que mais nos chama a atenção, evidentemente, é o elevado número de alunos diagnosticados com TDAH, seja em relação ao total de transtornos ou em relação a todos os registrados na Educação Especial. Para melhor ilustração sobre essa representatividade, apresentamos no gráfico 6 um comparativo entre os números totais.

Gráfico 6 - Números de alunos com deficiências e transtornos mentais na rede estadual de educação de Santa Catarina



Fonte: Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Quadro demonstrativo do número de alunos da Educação Especial do estado de Santa Catarina por deficiência/regional (Nov/2017).

O contato com a expressividade destes números nos inquieta a tal ponto que recordamos das pesquisadoras Collares e Moysés. As autoras problematizam as consequências das rotulações nos modos de ser dos alunos, classificações criadas para os que não se encaixam nos modelos reproduzidos na escola, alertando para os preconceitos decorrentes dessas atitudes geradas no cotidiano escolar. Elas enfatizam que os processos de patologização dos alunos são os que vão transformando crianças diferentes em crianças doentes. Segundo elas,

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos “problemas da vida” em doenças, em distúrbios. Surgem, então, os “distúrbios de comportamento”, os “distúrbios de aprendizagem”, a “doença do pânico”, apenas para citarmos alguns entre os mais conhecidos.

O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria [...] tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual. (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 75)

Uma leitura em Lenzi (2015), a partir do nosso Estado da Arte, aponta que uma das características das “sociedades disciplinares ou de controle” contemporâneas é mudar sua face do

regime fechado para um regime aberto e constante. Essa forma de controle vem se utilizando dos diagnósticos de transtornos mentais, os quais vêm aumentando cada vez mais, e também da prescrição dos psicofármacos. Visto por essa lógica, podemos considerar possíveis estratégias de controle que fazem com que a escola repasse ao campo médico questões que se apresentam nela, uma vez que não está dando conta de resolvê-las por meio de seus processos pedagógicos.

Mesquita, outra autora da qual pudemos nos aproximar pelo Estado da Arte, destaca que em sua pesquisa professores de alunos diagnosticados com TDAH e medicalizados passaram a questionar o referido diagnóstico. Eles percebem a relação de interdisciplinaridade que deveria contemplar a vida do aluno, mas que não está havendo. A autora aponta que essa falta de comunicação entre as famílias, a sociedade, a educação e a escola tem feito com que os professores sintam-se desamparados quanto às atitudes a tomar frente aos alunos “ditos diferentes”. A pesquisadora questiona a postura dos profissionais: “O psicólogo ‘conserta’, o médico ‘conserta’ ou o remédio ‘Concerta®’ o que acontece nessa relação educacional, sem reconhecer o lugar privilegiado do profissional pertencente a esse contexto?” (MESQUITA, 2009, p. 134). Entendemos que é fundamental que os profissionais da educação passem a questionar tais diagnósticos e a se interessar sobre suas práticas e também sobre a dos demais envolvidos no trabalho educativo.

Após termos pesquisado sobre a ressignificação que o higienismo vem manifestando e como isso vem impactando os espaços escolares e, em consequência, na sociedade de modo geral, não podemos olhar para os números com lentes que não permitam ver os efeitos. Ao averiguar os elevados números de alunos com diagnósticos de TDAH, considerando que os principais motivos que levam à reclamação da escola e posterior diagnóstico são baseados na estreita ligação entre indisciplina e dificuldade de aprendizagem, percebemos que a intensificação dos processos disciplinares levam a um modelo de normalidade dos comportamentos. Essas aproximações demonstram faces muito perversas pois, à medida que a escola é um dos lugares em que os alunos extravasam suas expressões, sejam de problemas ou de singularidades vividas, é também nela que podem ser particularizadas as responsabilidades e individualidades.

Ao compreendermos que a escola tem sido o palco de representação desses conflitos, que envolvem todo o contexto de vida dos alunos, percebemos também que é preciso considerar todo esse contexto social de vida para entendê-los e ajudá-los a criar uma consciência sobre si. Enquanto os alunos forem silenciados por medicamentos, os conflitos que os atingem não serão

resolvidos, ninguém os ouvirá, nem eles mesmos. Essa responsabilização dos/nos alunos sem ajudá-los a criar possibilidades de lidar com seus incômodos lhes oferece um pacote de sofrimentos em que a marca do fracasso escolar tende a ser mais um componente.

Esse pacote de perversidades pode ter facetas ainda não desveladas. Fazemos alusão ao elevado número de alunos da Educação Especial com diagnósticos de TDAH: 35,27%. Conforme já relatamos anteriormente, a disseminação do diagnóstico considera os níveis de intensidade do transtorno, podendo variar de leve à grave. Estes marcadores, além de avaliarem o quanto o transtorno é acentuado no aluno, podem influenciar na necessidade de precisar ou não do atendimento especializado da Educação Especial. Portanto, nem todos os que apresentam esse transtorno recebem atendimentos especializados. Não obstante, fuge aos limites deste trabalho levantar os dados de quantos alunos com TDAH recebem tais atendimentos. Ainda assim, nos questionamos sobre qual seria a consequência deste elevado número de alunos com TDAH para os atendimentos da Educação Especial, que presta serviço ao alunado no contraturno. Ou, de outro modo, a Educação Especial consegue dar conta de atender a todos os alunos com deficiência e diferentes transtornos que dela precisam para potencializar suas habilidades, tendo em vista que a segunda maior demanda de alunos da educação Especial são os diagnosticados com TDAH? Estas perguntas nos inquietam, mas estão para além das esferas balizadoras deste trabalho.

5.2 ALUNOS DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA COM DIAGNÓSTICOS DE TDAH E QUE TOMAM MEDICAMENTOS

O terceiro relatório que analisamos apresenta os números de alunos com diagnóstico de TDAH na rede estadual de educação de Santa Catarina e que fazem uso de medicamentos. As informações que nele estão contidas pertencem à Educação Especial da rede estadual de ensino, mas foram alimentadas pelas escolas que pertencem a esta Secretaria. Esse relatório mostra que existem 1.088 alunos diagnosticados com TDAH e medicalizados. Contudo, ao averiguar com mais cuidado as informações que nele constam, percebemos que em 11 casos havia a observação de que não tomam medicamentos. Por esse motivo os excluímos do cômputo total e passamos a trabalhar com o número de 1.077, tendo em vista que nosso foco são as informações referentes aos alunos com diagnóstico de TDAH e medicalizados.

Observamos também que, deste total, alguns alunos pertencem às modalidades de EJA ou CEDUP. Embora no CEDUP os alunos estejam, em sua maioria, na idade certa, consideramos a hipótese de que na EJA pode haver alunos adolescentes que não concluíram o Ensino Fundamental ou Médio. Nos atentamos a isso, pois levantamos a hipótese de que ter alunos da EJA com diagnóstico do transtorno, e por estarem na relação dos alunos medicalizados, pode ser um indicativo de que eles sofreram as consequências de fracasso e/ou evasão escolar.

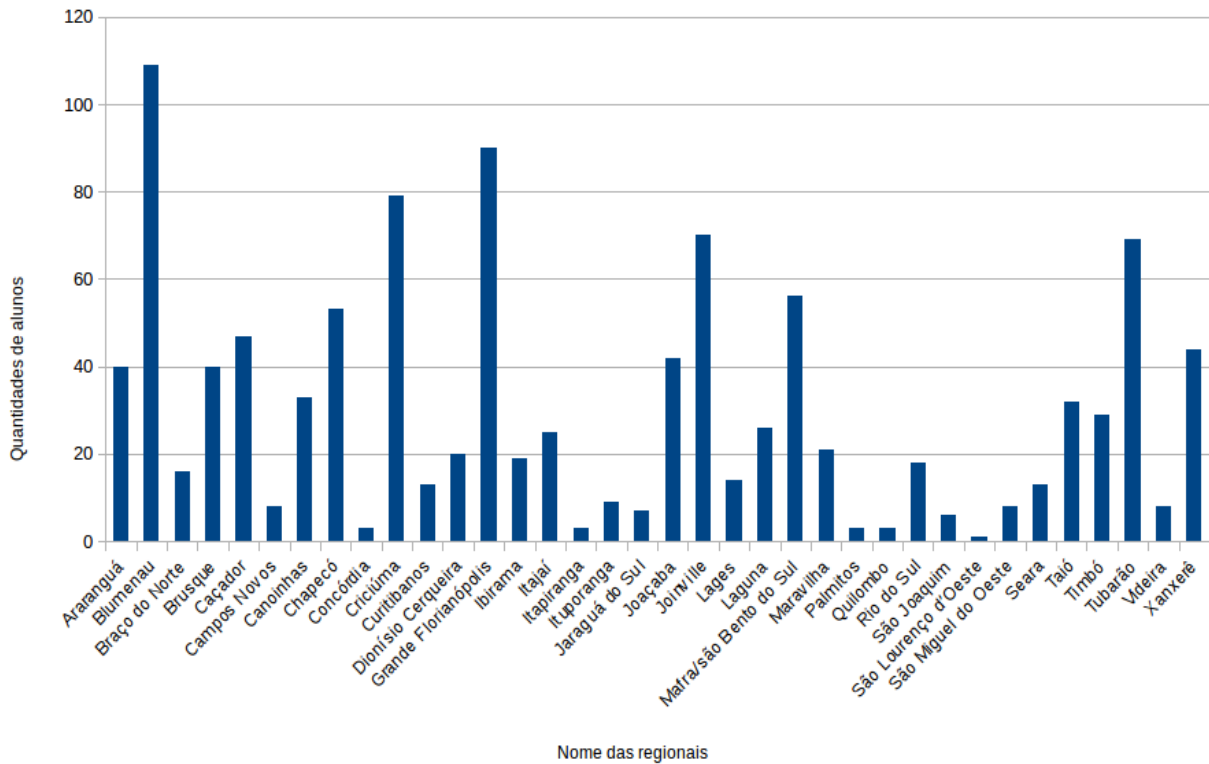
Outra questão que consideramos importante destacar é referente aos alunos que não tiveram preenchidas as informações sobre tomar ou não medicamentos prescritos pelos psiquiatras ou que declararam consumir outros tipos de medicamentos. Nos referimos a medicamentos consumidos para diversas finalidades biológicas, dentre as mais citadas apareceram alergias respiratórias, problemas cardíacos, disfunções urinárias, tratamentos musculares, intestinais, de hormônios do crescimento – enfatizando que um dos efeitos do metilfenidato é a interferência no sistema endócrino e, conseqüentemente, na hipófise, o que inibe a secreção do hormônios do crescimento, conforme Moysés (2013) – e para tratamentos de epilepsia. Verificamos também que 140 alunos não tinham nada descrito sobre o uso de medicamentos para o TDAH, mas que em nenhum lugar estava registrado o contrário, por esse motivo, os consideramos no montante total de alunos medicalizados.

5.2.1 Localização dos alunos com diagnóstico de TDAH e medicalizados na rede estadual de educação

Uma das primeiras curiosidades que tivemos ao acessar esse relatório foi descobrir de onde são os alunos diagnosticados com TDAH e medicalizados, matriculados na rede estadual de educação de Santa Catarina. Ressaltamos que embora não tenhamos o dado sobre o total de alunos que as regionais de educação atendem, para fins comparativos entre o total de alunos, os diagnosticados e os medicalizados, podemos formular como hipótese que as que possuem maiores populações municipais e, em consequência escolares, apresentam também o maior número de alunos com diagnósticos. Nesse sentido, apontamos que as quatro regionais que têm o maior número de alunos medicalizados são: Blumenau (109 alunos), Grande Florianópolis (90 alunos), Criciúma (com 79 alunos) e Joinville (com 70 alunos). Por outro lado, as regionais com menor número de medicalizados são as de: Concórdia, Itapiranga, Palmitos e Quilombo (com 3

alunos em cada uma delas) e Lourenço d'Oeste (com 1 aluno). Para melhor visualizar esta distribuição, apresentamos no gráfico 7, abaixo, esta distribuição.

Gráfico 7 - Alunos com diagnósticos de TDAH, medicalizados, distribuídos por Regional de Educação

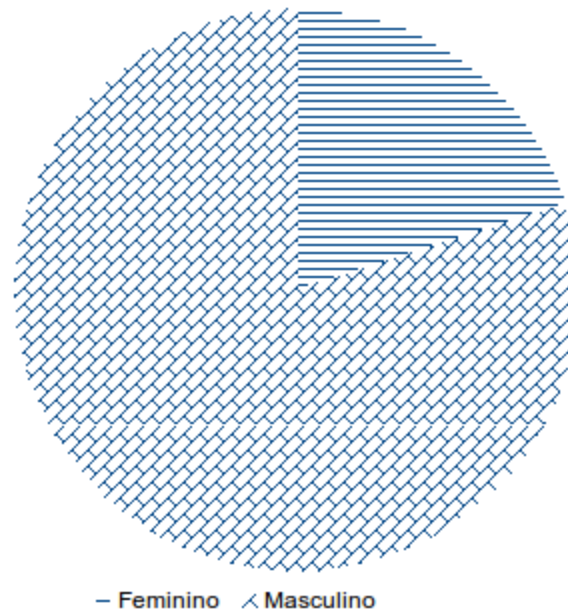


Fonte: Secretaria de Estado de Educação de Santa Catarina. Alunos da Rede Pública Estadual com TDAH e medicalizados (2017).

5.2.2 Alunos com diagnóstico de TDAH medicalizados, conforme o sexo

Outro interesse que tivemos foi a divisão por sexo dos alunos diagnosticados e medicalizados. Verificamos que, dos 1077 alunos que estamos considerando, 216 pertencem ao sexo feminino, enquanto que 861 são do sexo masculino. Apresentamos no gráfico 8, abaixo, essa distribuição dentro da quantidade total de alunos que estamos analisando para ter uma melhor apreciação.

Gráfico 8 - Alunos diagnosticados com TDAH e medicalizados, por sexo.



Fonte: Secretaria de Estado de Educação de Santa Catarina. Alunos da Rede Pública Estadual com TDAH e medicalizados (2017).

A impactante expressão desses números nos estimulou a buscar em Pierre Bourdieu um auxílio para melhor entender essa disparidade. Em sua obra, “A dominação masculina”, Bourdieu (2014) discorre sobre os papéis socialmente construídos para homens e mulheres, os quais são introjetados em forma de *habitus*, sendo repassados aos descendentes. Nesse sentido, o autor aponta que há uma “divisão entre os sexos” que está naturalizada socialmente, de modo que os homens são educados para um despojamento maior nos espaços externos, usufruindo de prazeres, enquanto que as mulheres são educadas para uma maior contenção dentro dos limites internos, conservando uma submissão no modo de ser. Obviamente, entendemos que na atualidade existem diversas dinâmicas que pretendem burlar essa reprodução rígida dos papéis sociais, contudo a prevalência da submissão feminina e extravagância masculina ainda são por demais evidentes.

Com esse esclarecimento, resgatamos o efeito de contenção que os medicamentos utilizados para tratar os alunos diagnosticados têm causado. Ainda, autoras como Moysés e Collares (s.d.) enfatizam que o efeito dos psicoestimulantes têm uma ligação direta com a melhora no comportamento, principalmente dos meninos. Muito embora elas questionem sobre o real interesse dos professores nesses diagnósticos e tratamentos, pois eles têm servido para a

contenção de comportamentos inadequados dos alunos e não para melhorar a dificuldade de aprendizagem.

O psiquiatra Mario Rodrigues Louzã Neto¹³, coordenador do Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODATH) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, diz que os diagnósticos de TDAH na infância prevalecem sobre os meninos, contudo há uma discussão tendo em vista que eles costumam ter mais hiperatividade e incomodar mais do que as meninas, que tendem mais à desatenção. Com isso, as chances de não ser percebido o transtorno nelas é maior, segundo o psiquiatra (LOUZÃ NETO, s.d.). Os pesquisadores Luis Augusto Rohde e Ricardo Halpern têm o mesmo entendimento que Louzã Neto, enfatizando que as meninas, por terem mais predomínio à desatenção, costumam causar “menos incômodo às famílias e à escola” sendo, com isso, “menos encaminhadas para tratamento” (ROHDE; HALPERN, 2004, p. S62).

5.2.3 Psicofármacos prescritos para tratar os diagnosticados com TDAH

As informações que vínhamos tendo acesso por meio desse relatório nos estimularam a investigar ainda mais. Passamos, portanto, a observar os medicamentos que estão sendo consumidos pelos alunos. Atentamos que, para os 1077 alunos, estão sendo consumidas 42 variedades de remédios, considerando os seus princípios ativos e não a diversidade de medicamentos produzidos por diferentes laboratórios farmacêuticos, o que aumentaria ainda mais esse número. Na tabela 5, abaixo, podemos acompanhar a quantidade de psicofármacos que os alunos declararam consumir.

Tabela 5 - Quantidade de medicamentos/psicofármacos consumidos pelos alunos

ALUNOS MEDICALIZADOS	QUANTIDADE
Alunos medicalizados ao total	1077
Alunos que não especificaram o que consomem	140
Alunos medicalizados com 1 medicamento	721
Alunos medicalizados com 2 medicamentos	170
Alunos medicalizados com 3 medicamentos	33

¹³ Cf. <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4780144Y7>>. Acesso em 18 mai. 2018.

Alunos medicalizados com 4 medicamentos	10
Alunos medicalizados com 5 medicamentos	3

Fonte: Secretaria de Estado de Educação de Santa Catarina. Alunos da Rede Pública Estadual com TDAH e medicalizados (2017).

Temos ficado constantemente perplexas com os dados que levantamos nesta pesquisa. Para fins ilustrativos, elaboramos um arquivo com os nomes dos princípios ativos dos medicamentos prescritos aos alunos com diagnósticos de TDAH, descrevendo suas indicações de uso conforme as bulas e colocamos como apêndice (Apêndice – Medicamentos/psicofármacos consumidos pelos alunos da rede estadual de educação de Santa Catarina), para conhecimento. O que também nos assombrou foi descobrir que diversos alunos que têm diagnóstico para TDAH estão consumindo inúmeros psicofármacos que não estão prescritos para essa finalidade, conforme suas bulas. Além dos já conhecidos Ritalina e Concerta, cujo princípio ativo é o Metilfenidato, que 619 dos alunos dizem consumir, identificamos outro medicamento indicado para tratar o TDAH, o Dimesilato de Lisdexanfetamina, vendido pelo nome comercial de Venvanse, o qual é consumido por dois dos alunos. Contudo, indagamo-nos, por que esses alunos com diagnóstico de TDAH estão consumindo outros 40 tipos de princípios ativos/psicofármacos que, em sua maioria, atuam no Sistema Nervoso Central?

Levantamos a hipótese de que os alunos que estão sendo medicalizados com psicofármacos cuja indicação não é para tratar o TDAH, embora vários deles sejam para fins comportamentais, receberam diagnósticos e tratamentos combinados. Conforme já assinalamos, a versão do DSM-5 apresenta vários sintomas comuns a diversas (a)normalidades de crianças e adolescentes, de modo que possam ter diagnósticos combinados. Característica essa que, como também apontamos, vem atender a uma lógica de risco que visa diagnosticar e tratar possíveis afetados, ao invés de não fazê-lo, correndo o risco de ter essa criança e/ou adolescente acometido por problemas mentais futuros. Segundo essa lógica, ainda, ao fazer o diagnóstico são evitados outros males futuros que poderiam prejudicar a eles mesmos e à sociedade.

Aqui voltamos a apresentar um entendimento do psiquiatra Louzã Neto, o qual afirma ser comum o TDAH estar associado a outros transtornos e/ou doenças. Segundo ele, no período da infância, é comum se manifestar a ansiedade e problemas de aprendizagem, como a dislexia, disgrafia e discalculia (LOUZÃ NETO, s.d.). Para ele, diferentes questões de aprendizagem que afetam os alunos são resolvidas com uma combinação de diagnósticos e medicamentos. Rohde e

Halpern (2004) professores de psiquiatria e de pediatria respectivamente, relatam que é comum a manifestação do TDAH estar atrelada a outros transtornos de conduta e que, na adolescência, há um risco maior quanto ao uso e possível abuso de drogas.

Aqui, voltamos a enfatizar que a medicina vem atravessando o espaço social e efetivando uma vigilância contínua, conforme Moysés (2001). Ao desenvolver e disponibilizar meios de cura para diversos males físicos, a medicina tornou-se “a autoridade normativa sobre a vida”, cerceando-a totalmente. As manifestações que estamos apresentando nesse trabalho vêm corroborar as práticas de “medicalização da sociedade” que têm sido feitas via crianças e adolescentes. Reforçamos que ao apresentar problemas de ordem comportamental e de aprendizado na escola, os alunos têm recebido da medicina a “promessa” de resolver tais problemas e, com isso, viver sem o que os perturba. (Ibidem)

A “promessa” de resolver problemas de saúde (saúde principalmente como forma de normatização dos comportamentos sociais) é uma das essências do higienismo, conforme vimos anteriormente. Podemos perceber que as aproximações com o higienismo estão muito presentes na atualidade e que, a escola tem sido um dos lócus preferenciais para sua manifestação. Importante dizer que a redução do ser humano ao biológico também leva a cair em determinismos abrindo, assim, espaços para o discurso das aptidões humanas. Ao reduzir a complexidade humana à esfera biológica, se percebe cada vez mais uma espécie de seleção entre as pessoas, nada menos que um “darwinismo social”. (Ibidem)

Consideramos também importante reforçar que uma de nossas autoras de referência, Maria Aparecida Affonso Moysés, é médica e não concorda com os encaminhamentos feitos por vários de seus colegas de profissão, assim como com a postura de diversos profissionais, inclusive da educação. Ela aponta que dentro da medicina existem entendimentos que não são consensuais e que muitos desses profissionais “criticam as novas nosografias, que pretendem classificações e distinções tão facilmente perceptíveis.” (Ibidem, p. 195). Ao serem normatizadas as diferentes esferas da vida, entre elas a aprendizagem e os comportamentos, todas elas passam a ser consideradas clínicas. No entanto, a sociedade aprendeu a aceitar essa postura dos profissionais de saúde. Moysés (Ibidem, p. 171) é enfática ao lembrar que o discurso médico e por conseguinte o científico estão “intimamente afinado[s] com as demandas dos grupos politicamente hegemônicos”.

Para finalizar, gostaríamos de chamar a atenção para a introjeção de doenças que esses alunos vão acumulando, chegando a atribuir a elas suas dificuldades diante da vida. Ao serem rotulados com possíveis doenças e demências, além de não serem ouvidos pelos adultos para entender o que se passa com eles, não são estimulados a refletir sobre as questões que os inquietam, transformando-se em indisciplina ou em dificuldade de aprendizagem. Tudo o que se passa com eles passa a ser justificado pelo rótulo, pela classificação imposta e, em consequência, ele não é mais percebido como aluno, como uma criança ou adolescente, mas como alguém com uma patologia que deve ser controlada (Ibidem).

5.3 CONSIDERAÇÕES

Para trabalhar este capítulo foi exigido uma vigilância epistemológica muito grande. As situações que estão colocadas para esses alunos não são nada agradáveis e é difícil não mobilizar sentimentos de não aceitação, que por vezes escorregam na escrita. No entanto, viemos tentando construir ao longo deste trabalho formas de olhar para a escola, para os professores, para os alunos, para as famílias, como pertencentes a uma sociedade que não vive de fragmentos, mas que está mergulhada na complexidade do coletivo. Com isso, queremos dizer que tentamos evitar o foco da atenção em apenas um desses fragmentos, os quais acabam por reforçar as práticas medicalizantes dos alunos.

Como profissionais da educação, pensamos que precisamos trabalhar de modo que os alunos possam superar, ao menos, algumas de suas dificuldades de viver em uma escola e sociedade que vêm regulamentando formas disciplinares de se portar. Após a análise dos relatórios, sentimos que além de nos mobilizarmos para que sejam descontinuadas as práticas de diagnósticos de TDAH e de medicalização, é preciso atentarmos à quantidade de outros psicofármacos que estão invadindo o mercado farmacológico e sendo prescritas aos alunos que, enfatizamos, são crianças e adolescentes. Em consequência, cada vez mais alunos irrequietos ou desatentos ficam vulneráveis aos interesses de controle disciplinares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa pesquisa mostrou algumas das faces dos processos de medicalização de alunos com diagnóstico de TDAH. Entendemos que os seus limites não se esgotam nos apontamentos que fizemos aqui, contudo, o condicionamento de algumas atitudes que evidenciamos se mostram como princípios desencadeadores do fenômeno. Conforme fomos realizando os estudos e análises propostos nos capítulos, a vigilância epistemológica esteve presente conosco, pois se cada um desses capítulos fosse pensado separadamente, seus apontamentos persuasivos nos atrairiam fazendo com que perdêssemos a noção de conjunto para a análise. Evidenciamos que esse abandono de uma noção maior do fenômeno é algo que evitamos desde o início da nossa proposta.

No entanto, compreendemos que para interpretar o contexto maior também se torna necessário aproximar as particularidades identificadas nos fragmentos da pesquisa. Nesse sentido, nos propomos a trazer nas linhas a seguir algumas compreensões que tivemos a partir dos estudos realizados. Ratificamos que, por pesquisarmos a partir do campo da educação, ao evidenciar elementos que colaboram com a construção dos processos medicalizantes de alunos, intencionamos propiciar possibilidades reflexivas para os professores.

Ao retomarmos os entendimentos que fomos construindo ao longo da pesquisa, enfatizamos que a construção de cada um dos capítulos foi relevante para que esse processo se efetivasse. O Estado da Arte nos mostrou que várias das pesquisas inscritas na área da educação têm concentrado seus esforços na busca por possíveis responsáveis pelos processos de medicalização. Ao percebermos essa perspectiva de análise, compreendemos que a nossa contribuição para o campo da educação poderia apresentar maior relevância se pudéssemos construir uma reflexão sobre possíveis fatores que poderiam estar desencadeando esse fenômeno.

Entendemos que a culpabilização dos professores, conforme diversas pesquisas apontadas em nosso Estado da Arte evidenciaram, não leva a entender e nem a resolver o problema. Assimilamos que é no entrelaçamento entre os diferentes atores sociais que os alunos acabam sendo medicalizados. Percebemos a constituição de uma cadeia de responsabilização, por meio da qual se procuram culpados, contudo ninguém se responsabiliza. Entendemos, assim, que não interessa à reflexão apontar culpados, é preciso observar o entorno para entender os sinais que o problema emite para ser compreendido na essência e não apenas na manifestação do sintoma.

Observamos, desse modo, uma leitura parcial de alguns dos trabalhos que verificamos em nosso Estado da Arte.

Embora o Estado da Arte tenha evidenciado que há problemas na formação dos professores, pontuamos que os currículos das licenciaturas são elaborados a partir de instituições políticas e que, portanto, seguem suas perspectivas. Essa sinalização nos faz pensar na formação de professores como peça de um jogo que forma os cidadãos de uma nação. Se ela está precária, a educação deve estar sendo usada para cumprir algum objetivo de maior amplitude.

Enquanto formanda em Pedagogia, percebo que as alunas dessa licenciatura continuam enfatizando a necessidade de estudar sobre conteúdos que orientem sobre os modos de fazer docentes, em vez de estudar também disciplinas teóricas. Quanto a isso compreendo que, ao conhecer e adotar uma teoria (via conhecimentos sociológicos, filosóficos ou mesmo psicológicos) que direcione as práticas docentes, é possível desenvolver elementos propícios para a prática de ensino com os alunos. Conhecer sobre o aluno e o papel da educação na sociedade nos parece de extrema importância para que o professor tenha direcionamentos que contemplem mais amplamente a educação que é oferecida às novas gerações. Não digo que aprender os métodos de trabalho docente não tenham sua importância, muito pelo contrário. Todavia enfatizo que o acesso a elementos que permitam uma reflexividade do professor sobre suas práticas, sobre os alunos e sobre toda a sociedade são norteadores para a execução de um trabalho de base social.

Enquanto professoras devemos ter a consciência de que não se pode formar cidadãos com base em um ideal sem conhecer sua intencionalidade. Precisamos saber que tipo de sociedade o nosso trabalho pedagógico está ajudando a construir, ter ciência sobre o tipo de educação que queremos para os nossos alunos e para a nossa sociedade, enfim, precisamos conhecer o campo da educação para jogar este jogo, o menos inconscientemente possível. Ao não permitir a reflexividade sobre as práticas educativas o professor muito facilmente passa a ser um profissional reprodutivo dos interesses dominantes que estão postos naquele espaço.

Outro alvo de responsabilização para os complexos problemas e fracassos escolares dos alunos são as suas famílias. Sem perspectivar a história de vida dessas crianças e desses adolescentes, as famílias de que são provenientes, muitas vezes, têm sido responsabilizadas. Muitas delas têm, inclusive, sido classificadas como “famílias desestruturadas”. Quanto a isso, trazemos reflexões das autoras Collares e Moysés (1996), as quais lembram que o modelo de família que por muito tempo foi utilizado como referência para a sociedade era um modelo

estruturado em “concepções moralistas”, que enfatizavam as ordens familiares. Este modelo familiar preconizava uma “organização familiar adequada e necessária à consolidação de uma nova ordem econômica” (Ibidem, p. 72). Ignorar que historicamente os padrões das famílias variaram conforme os “interesses políticos, sociais e econômicos” é fortalecer a ideia de um modelo padrão de “família normal” (Ibidem, p. 175), o que faz com que diferentes constituições familiares sejam alvo de preconceito, inclusive por parte de alguns professores.

As diferentes constituições das infâncias e adolescências que frequentam a escola têm padecido, ao longo do tempo, de diversos preconceitos. A escola coloca-se como “vítima de uma clientela inadequada” (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 27). Enquanto isso as causas do fracasso escolar ficam centralizadas na criança, na família, no professor, sendo que, todos estes estão sendo vítimas do sistema educacional reprodutor, circunscrito em uma sociedade administrada, capitalista, normalizada e vigiada. Enquanto não houverem modificações na instituição escolar e no modo de fazer pedagógico, segundo as autoras, não haverá avanços nas discussões e nem melhorias para estas situações.

Outro grave fator que decorre dos processos patologizantes e medicalizantes são as construções e introjeções das doenças mentais nesses alunos. Essas situações levam “à estigmatização de crianças inicialmente sadias, que incorporam o rótulo, sentem-se doentes, agem como doentes. Tornam-se doentes. Compromete-se sua auto-estima, seu autoconceito e, aí sim reduzem-se suas chances de aprender.” (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 217). O contexto de vida em que essas crianças e adolescentes estão inseridos está formulado em um *modus operandi* da construção das suas supostas doenças mentais/transtornos.

É por considerarmos a gravidade sobre a internalização do estigma nessas crianças e nesses adolescentes que enfatizamos a complexidade que é viver suas vidas. Goffman (1988) explica que a centralidade do estigma na vida das pessoas é a sua “aceitação”, o que reforça a insegurança diante dos demais e da vida por não saberem como serão, e se serão, recebidos e aceitos pelos demais. Ao “aceitar” o estigma a pessoa pode buscar meios para corrigi-lo, no caso dos alunos com TDAH, entendemos que essa correção pode ser via medicamento, que tira o sintoma e, em consequência, o comportamento que evidencia o suposto transtorno. Nesse sentido, “[...] os processos de estigmatização parecem ter uma função social [...], funcionar como um meio de controle social formal [...]” (Ibidem, p. 149-150). É devido a essa compreensão que os modos de ser, com suas diferentes especificidades, que os considerados normais e os

estigmatizados passam a ser considerados como “perspectivas” que surgem a partir das relações sociais.

Ao utilizarmos os ensinamentos de Bourdieu como lentes interpretativas para construirmos nossas reflexões, nos atentamos para não realçar singularidades com conseqüente abandono de um contexto maior. Nesse sentido, trazemos questões acerca do espaço escolar, mas que têm sua constituição baseada em diferentes interesses sociais. Alguns deles, que se configuram em projetos sociais para uma sociedade, são voltados para o atendimento dos privilégios das classes socialmente dominantes.

Uma dessas faces é mostrada via ressignificação dos projetos higienistas, conforme enfatizamos no capítulo três. Ao retomar elementos desses projetos com sua ênfase em manter a ordem social, visando aos interesses das classes dominantes, discutimos sobre modelos disciplinares que passaram a ser regulados como os ideais para crianças e adolescentes, punindo os que não se adéquam a tal perfil. Hoje, considerando essa ressignificação, também encontramos formas de violência que vêm sendo cometidas contra crianças e adolescentes, agora no papel de alunos que, do assistencialismo, passaram à intervenção médico farmacológica.

Este estudo nos mostrou que diversos conflitos no meio escolar se tornam expressões de fracasso escolar de alguns alunos. Estes podem não ter uma vida próspera e de sucessos na escola, mesmo que por diferentes motivos. A não aceitação de determinados perfis de alunos no espaço escolar, como os que apontamos ao longo do trabalho, faz com que estes sejam excluídos dela, ou, em muitos casos, percebam a seleção que é feita dentro da escola e que não os inclui porque prioriza competências que eles não possuem, por inúmeros motivos, mas que de todo modo leva a escola a escolher uns e não outros. Os não escolhidos, em grande parte os alunos aos quais nos referimos nesse trabalho, ao não serem aceitos pela escola também manifestam sua rejeição a ela. Nesse sentido, concordamos com Bourdieu e Champagne (2014) ao enfatizar que a escola exclui os alunos que não são os eleitos para lá estarem, os que nela ingressam e diferem do padrão ideal de aluno desejado pela instituição. Tal constatação mostra a fragilidade da democratização do acesso à escola, promessa da modernidade que ainda não foi garantida para todos.

Ao longo do nosso trabalho também sinalizamos a aproximação existente entre as práticas do higienismo e sua aproximação com alguns dos conteúdos elaborados na Resolução para a Educação Especial de Santa Catarina, como também, com os manuais DSMs. Encontramos, nos

três, elementos que visam a uma segurança social, uma prevenção ao risco, sendo que todos apontam indícios para a conservação de uma ordem social, conforme as especificidades descritas anteriormente. É sobretudo por vias dessas evidências que ressaltamos a necessidade de ter uma formação docente que qualifique as reflexões e práticas dos professores.

Ao analisar essas aproximações, podemos inferir a imposição de um projeto social, com forte apelo a partir da escola. Quando escrevemos que alguns psiquiatras como Luis Augusto Paim Rohde e Mario Rodrigues Louzã Neto, orientados segundo o DSM, defendem que o TDAH tem chances de diagnóstico associado a outros transtornos de comportamento e aprendizagem, constatamos que para as mais diferentes expressões destes alunos estão havendo prescrições de diagnósticos. O TDAH em especial, atrelado a supostas disfunções mentais e, em consequência, comportamentais, ao ganhar um diagnóstico adicional carrega simultaneamente mais receituários psiquiátricos, como vimos em nossa análise sobre os casos de consumo de psicofármacos por alunos da Educação Básica, em que apareceram o consumo de até cinco diferentes tipos por aluno.

O dispositivo médico disciplinar que criticamos nesta pesquisa, via medicalização das condutas, visa levar à normalização os que se encontram na suposta condição de anormalidade. Mais do que isso, os processos medicalizantes atuam como “dispositivo de vigilância e controle” (KAMERS, 2013, p. 158) sobre crianças e adolescentes e suas famílias consideradas incapazes de tutelar os filhos. Ao classificá-los fora da condição da normalidade, segundo a pesquisadora, está sendo “fabricada” a sua loucura. E, ao medicalizá-los, está sendo oportunizada a cura, tirando-lhes os sintomas.

Ao longo da escrita e análise dos relatórios fornecidos pela SED, surgiram várias hipóteses que não tivemos como confirmá-las ou refutá-las, mas isso nos mostra o quanto há a investigar sobre esse fenômeno. Temos a impressão de que muito mais do que combater as práticas de estigma da loucura nos alunos e criar uma cultura de não atribuição à medicina daquilo que não lhe cabe, é denunciar a situação pela qual estes alunos estão passando, pelos sofrimentos que acumulam, pela somatória de injustiças a que são submetidos em diversas esferas de suas vidas, e, pela conivência que está sendo oferecida pelas instâncias disciplinadoras.

Com vistas a contemplar as considerações para esta pesquisa, não intencionamos finalizar essa discussão, que merece a apreciação de diversos fatores para o seu entendimento. O que propomos é uma reflexão sobre os momentos que estamos vivendo, as condições de vida que

formam as subjetividades dos alunos e que formam e transformam os seus modos de ser, enquanto crianças e adolescentes. Arriscamos fazer algumas inferências quanto às novas dinâmicas de vida mundial, embora não entremos nessa discussão, mas ponderamos sobre como elas podem estar afetando também as jovens vidas. Não nos referimos a algo que parte das crianças e adolescentes, mas que é introjetado e passa a constituí-los como seres sociais. Algumas que podemos elucidar são: as dinâmicas diárias de atividades de crianças e adolescentes baseadas nas agendas dos adultos; a ausência familiar devido aos excessos de trabalho em busca da conquista de melhores condições de vida; o elevado tempo do dia em que crianças e adolescentes passam fora de casa e convivendo com diferentes tipos de pessoas, o que pode dificultar a criação de alguma identificação de referência com o adulto; os excessos de estímulos recebidos ao longo do dia; as compreensões de alguns professores as quais enfatizam que o papel da escola é somente o de ensinar, pois a educação cabe às famílias; a incapacidade do modelo escolar de atender a todos os alunos; as condições de trabalho docentes insuficientes e/ou precárias; as provas que determinam os currículos das escolas em detrimento de um maior despertar para o conhecimento; os médicos despreparados para entender os motivos que levam as pessoas aos seus consultórios; enfim, inúmeros fatores que poderiam ser elencados para análise, pois interferem diretamente na constituição dos modos de ser de crianças e adolescentes.

Ao buscar e apontar possíveis culpados, a responsabilidade que cada instituição, física ou governamental, pode assumir é amenizada ou dissimulada. Com isso, queremos dizer que alguém não é necessariamente culpado, mas que todos os envolvidos nas vidas de crianças e adolescentes, enquanto alunos, têm responsabilidades com o seu aprendizado e com o seu bem-estar. Se a vida em sociedade é coletiva, não devemos considerar apenas os fragmentos. Ao entendermos o macrossocial, além de termos uma visão alargada dos conflitos sociais e como estes refletem nas diversas esferas da vida cotidiana, teremos maiores condições de acumular elementos para que, enquanto professores, possamos entender o lugar de nossos alunos e melhor colaborar com os seus desenvolvimentos enquanto seres sociais. Assim, temos percebido que localizar fragmentos não resolve alguns dos problemas presentes em nossa sociedade por se tratarem de problemas sociais.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (DSM-IV-TR™). Trad. Cláudia Dornelles. 4.ed.. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (DSM-5). Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 5.ed.. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Rostos de Crianças no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 153-202.
- ARAÚJO, Wilma Fernandes de. **Discurso e medicalização: O significado do TDAH para pais e mães de alunos do Ensino Fundamental**. 2017. 84 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Campo Grande. Disponível em: <<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/2837>>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- AREND, Silvia Maria Fávero; DAMINELLI, Camila Serafim. Políticas sociais para infância e juventude carente e infratora (1970-1980). In: BRANCHER, Ana; LOHN, Reinaldo L. (Orgs.). **Histórias na ditadura: Santa Catarina: 1964-1985**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014.
- BARBARINI, Tatiana Andrade. **O controle da infância: caminhos da medicalização**. 2011. 192 f.. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/278993>>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- BARROSO, Elaine Aparecida Laier. Higienismo, controle social e capitalismo - método de leitura da medicalização contemporânea das subjetividades. In: XX Encontro Regional de História: História em tempos de crise, 2016, Uberaba. **Anais...** Uberaba: Anpuh, 2016. Disponível em: <<http://encontro2016.mg.anpuh.org/site/anais?impressao>>. Acesso em: 23 mar. 2018.
- BITTENCOURT, Silvia Cardoso; CAPONI, Sandra; MALUF, Sônia. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 219-247, Agosto 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132013000200001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 set. 2016.
- BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Trad. Denice Barbara Catani. São Paulo: UNESP, 2004.
- _____. **A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOURDIEU, Pierre; CHAMPAGNE, Patrick. Os excluídos do interior. In: BOURDIEU, Pierre. **Escritos da educação**. Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani (Orgs.). 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 243-256.

BRAGA, Sabrina Gasparetti. **Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos no processo de escolarização**. 2011. 166 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-07112011-120816/pt-br.php>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

BRASIL. **Decreto no 6.583, de 29 de setembro de 2008**. Promulga o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, assinado em Lisboa, em 16 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6583.htm>. Acesso em: 07 fev. 2018.

_____. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. **Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: Medicalização, classificação e controle dos desvios**. 2009. 90 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/92393>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-961, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Medicamentos estimulantes: uso e explicações em casos de crianças desatentas e hiperativas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 15, p. 01-23, 2015. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3365>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

CABRAL, Cláudio Orlando Gamarano. **Entre xaropes, baleias e TDAHs: a escola e a medicalização**. 2016. 170 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1631>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

CAMILO, Lujani Aparecida. **O conceito de TDAH: concepções e práticas de profissionais da saúde e educação**. 2014. 110 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Botucatu. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/123180>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

CAPONI, Sandra. **A propósito das classificações psiquiátricas O DSM e suas dificuldades**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.academia.edu/15268104/A_prop%C3%B3sito_das_classifica%C3%A7%C3%B5es_psiqui%C3%A1tricas_O_DSM_e_suas_dificuldades>. Acesso em: 23 mar. 2018.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000300741&script=sci_abstract&tlng=p>. Acesso em: 07 fev. 2018.

CHAGAS, Beatriz da Silva. **Novo transtorno, velho problema: a identificação do TDAH pelo olhar do professor**. 2013. 120 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6700. Acesso em: 22 fev. 2018.

CÔAS, Danielly Berneck. **O conhecimento dos docentes em salas de aula com alunos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em escolas públicas do Município de Paranaguá-PR**. 2016. 160 f.. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba. Disponível em: <<http://localhost:8080/tede/handle/tede/1088>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. *Série Ideias*, São Paulo, n. 23, p. 25-31. 1994. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008>. Acesso em: 25 fev. 2018.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez. 1996.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, enero-diciembre 2008, p. 49-59. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

DERBLI, Marcio. Uma breve história das revisões do DSM. *ComCiência* [online, ISSN 1519-7654], Campinas, n. 126, [s.p.], 2011. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542011000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FERREIRA, Giuliana Sorbara. **TDAH: uma doença que se pega na escola**. 2016. 174 f.. Tese (doutorado em educação escolar) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/144463>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 23 ed. Rio de Janeiro, Edições Grall, 2013.

SILVA, Marianna da Gama e. **O “TDAH” e os professores de escola particular: contribuições da psicanálise**. 2014. 199f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06032015-155426/pt-br.php>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan S.A., 1988.

GÓIS JUNIOR, Edivaldo; LOVISOLO, Hugo Rodolfo. Descontinuidades e continuidades do Movimento Higienista no Brasil do século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 25, n. 1, 2003, p. 41-54. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/172>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

ILLICH, Ivan. Primeira parte iatrogênese clínica. In: ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nemesi da medicina**. Tradução: José Kosinski de Cavalcanti. 3. ed.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p. 8 a 30.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2013, p. 153-165. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010>. Acesso em: 13 jul. 2016.

LACET, Cristine Costa. **A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 2014. 150 f.. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-03122014-150050/pt-br.php>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

LENZI, Cristiana Roth de Moraes. **O milagre da Ritalina: agora ele copia tudo! O que dizem pais e professores de crianças diagnosticadas com TDAH**. 2015. 141 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau. Disponível em: <http://www.bc.furb.br/docs/DS/2015/360543_1_1.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Entrevista**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/crianca-2/deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah/>> [s.d.]. Acesso em: 13 mai. 2018.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. 2009. 119 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97572>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MENDOZA, Ana María Tejada. **Escolarização em diagnóstico: crianças em concreto**. 2014. 200 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-12112014-114038/pt-br.php>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MESQUITA, Raquel Cabral de. **A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional?**. 2009. 152 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-826PZP>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MORAES, Rodrigo Bombonati de Souza. **“...como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizada**. 2012.

402 f.. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9879>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MOURA, Fernando Augusto Groh de Castro. **Da falta de atenção ao déficit de atenção: diagnóstico e medicalização de estudantes na perspectiva de professores e professoras de escola pública**. 2015. 138 f.. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/135153>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida. A ritalina e os riscos de um 'genocídio do futuro'. **Universidade Estadual de Campinas**, Campinas, 05 ago. 2013. Entrevista concedida ao Portal UNICAMP. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 11-21, dez. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/2456>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Mais de um século de patologização da educação. **Diálogos em Psicologia**, Ourinhos/SP, ano I, n. 1, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.fio.edu.br/revistapsi/arquivos/moyses.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. **O lado escuro da dislexia e do TDAH**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.academia.edu/10650848/O_LADO_ESCURO_DA_DISLEXIA_E_DO_TDAH>. Acesso em: 02 abr. 2018.

MUTARELLI, Andreia. **Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa**. 2017. 284 f.. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-29052017-102934/pt-br.php>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

OLIVEIRA, Carolina Alvim Scarabucci. **A criança diagnosticada com TDAH: e agora, professor?**. 2017. 147 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/20324>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar, sim – excluir, não**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018.

PAULA, Igor Juliano de. **Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental**. 2015. 153f.. Dissertação (Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14056>>. Acesos em: 22 fev. 2018.

PEREIRA, Juliana Garrido. **A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional**. 2010. 94 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/310770>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

PORTELLA, Roseni Aparecida. **Sentidos e significados das práticas educativas de mães de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) sob o olhar da psicologia social comunitária**. 2016. 64 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Tuiuti do Parana, Curitiba. Disponível em: <<http://localhost:8080/tede/handle/tede/1022>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

RICHTER, Bárbara Rocha. **Hiperatividade ou indisciplina: o TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola**. 2012. 126 f.. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/55071>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

RIZZINI, Irene. Crianças e menores: do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011a. p. 97-149.

RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011b. p. 225-286.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROCHA, Julia Siqueira da; VALLE, Ione Ribeiro. **Os indisciplinados, patologizados e medicalizados**. 2018. (Mimeo).

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 61-70, Abril 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300009>. Acesso em: 18 mai. 2018.

SANTA CATARINA. **Resolução n. 06**, de 03 de julho de 1984. Fixa normas para a educação especial em Santa Catarina. Florianópolis, jul. 1984. Disponível em: <http://www.cee.sc.gov.br/index.php/legislacao-downloads/educacao-basica/outras-modalidades-de-ensino/educacao-basica/educacao-basica-ensino-especial-resolucoes/resolucoes-13>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTA CATARINA. **Resolução n. 01**, de 15 de fevereiro de 1996. Fixa normas para a Educação Especial no Sistema de Ensino de Santa Catarina. Florianópolis, fev. 1996. Disponível em: <http://www.cee.sc.gov.br/index.php/legislacao-downloads/educacao-basica/outras-modalidades-de-ensino/educacao-basica/educacao-basica-ensino-especial-resolucoes/1476-resolucao-1996-001-cee-sc>. Acesso em: 19 jan. 2018.

SANTA CATARINA. **Resolução n. 112**, de 12 de dezembro de 2006a. Fixa normas para a

Educação Especial no Sistema Estadual de Educação de Santa Catarina. Florianópolis, dez. 2006. Disponível em:

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi2->

[Nj8puLYAhUCkZAKHavHDMAQFgg0MAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fcee.sc.gov.br%2Findex.php%2Fdownloads%2Flegislacao%2Flegislacao-especifica-da-educacao-especial%2F460-resolucao-112-atualizada%2Ffile&usg=AOvVaw05wIOL3sEZ_iulNmxCadN](http://www.fcee.sc.gov.br/Fin dex.php%2Fdownloads%2Flegislacao%2Flegislacao-especifica-da-educacao-especial%2F460-resolucao-112-atualizada%2Ffile&usg=AOvVaw05wIOL3sEZ_iulNmxCadN). Acesso em: 18 jan. 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina**: Coordenador Sergio Otavio Bassetti - São José: FCEE, 2006b. 52p. Disponível em:

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwipsO->

[3heLYAhUKHJAKHebeAmMQFgg0MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.sed.sc.gov.br%2Fdocum entos%2Feducacao-especial-legislacao%2F5695-politica-de-educacao-especial&usg=AOvVaw33-J13YiyHFNWog91qQs2l](http://www.sed.sc.gov.br/2Fdocum entos%2Feducacao-especial-legislacao%2F5695-politica-de-educacao-especial&usg=AOvVaw33-J13YiyHFNWog91qQs2l)>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SANTA CATARINA. **Resolução n. 100**, de 13 de dezembro de 2016. Estabelece normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Educação de Santa Catarina. Florianópolis, dez. 2016. Disponível em:

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiKiqOcquLYAhUCQJAKHTBnDhsQFgg0MAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fcee.sc.gov.br%2Findex.php%2Fdownloads%2Flegislacao%2Flegislacao-especifica-da-educacao-especial%2F775-resolucao-100-2016-cee-sc%2Ffile&usg=AOvVaw0ViW-h14abtsBGPxnLhCmv>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SANTOS, Caio Cesar Portella. **Medicalização na educação: sentidos de professoras e de uma psicóloga que atua na área educacional**. 2015. 130 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba. Disponível em:

<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8445>>. Acesso em 22 fev. 2018.

SANTOS, Regina Célia dos. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e medicalização na infância: uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde**. 2017. 150 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150123>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SCHICOTTI, Rosana Vera de Oliveira. **TDAH e infância contemporânea: um olhar a partir da psicanálise**. 2013. 157 f.. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/105623>>. Acesso em 22 fev. 2018.

VALLE, Ione Ribeiro. Formação de professores: um esforço de síntese. **Educar em Revista**, Curitiba: n. 25, jan./jun., 2005, p. 215-235. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a13.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2018.

VASCON, Nino. Introdução Documentária. In: BASAGLIA, Franco (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 13-98.

VIZACRE, Ana Paula. **Formação a distância para graduandos de pedagogia sobre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e prevenção de acidentes infantis**. 2017. 126 f.. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/151058>>. Acesso em 22 fev. 2018.

APÊNDICE – MEDICAMENTOS/PSICOFÁRMACOS CONSUMIDOS PELOS ALUNOS DIAGNOSTICADOS COM TDAH DA REDE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA

NOME DO REMÉDIO/ PSICOFÁRMACO	DESCRIÇÕES INDICATIVAS¹⁴
<p>Carbamazepina (Tegretol)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado para Epilepsia - Crises parciais complexas ou simples (com ou sem perda da consciência) com ou sem generalização secundária. - Crises tônico-clônicas generalizadas. Formas mistas dessas crises. - A carbamazepina é adequada para mono terapia e terapia combinada. A carbamazepina geralmente não é eficaz em crises de ausência e em crises mioclônicas. - Mania aguda e tratamento de manutenção em distúrbios afetivos bipolares para prevenir ou atenuar recorrências. - Síndrome de abstinência alcoólica. - Neuralgia idiopática do trigêmeo e neuralgia trigeminal em decorrência de esclerose múltipla (típica ou atípica). - Neuralgia glossofaríngea idiopática. - Neuropatia diabética dolorosa. - Diabetes insípida central. Poliúria e polidipsia de origem neuro-hormonal. <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=7678952015&pIdAnexo=2827108. Acesso em: 10 abril 2018.</p>
<p>Topiramato Amato</p>	<p>- Indicado como mono terapia tanto em pacientes com epilepsia recentemente diagnosticada como em pacientes que recebiam terapia</p>

¹⁴ As descrições indicativas dos medicamentos foram retiradas do site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Salvo pequenas alterações, as escritas são cópia do site. OBS: Alguns fitoterápicos não foram encontrados no site da Anvisa, sendo recolhidas suas indicações de outros endereços eletrônicos. Todos os endereços eletrônicos estão descritos abaixo das classificações/indicações.

	<p>adjuvante e serão convertidos à mono terapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicado para adultos e crianças como adjuvante no tratamento de crises epiléticas parciais, com ou sem generalização secundária e crises tônico-clônicas generalizadas primárias. - Indicado, também, para adultos e crianças como tratamento adjuvante das crises associadas à Síndrome de Lennox-Gastaut. - Indicado, em adultos, como tratamento profilático da enxaqueca. O uso de topiramato para o tratamento agudo da enxaqueca não foi estudado. <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5950682015&pIdAnexo=2723617. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de clorpromazina (Amplictil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado na Neuropsiquiatria para: quadros psiquiátricos agudos, ou então no controle de psicoses de longa evolução. - na Clínica geral para: manifestação de ansiedade e agitação, soluços incoercíveis, náuseas e vômitos e neuro toxicoses infantis; também pode ser associado aos barbitúricos no tratamento do tétano. - na Obstetrícia para: em analgesia obstétrica e no tratamento da eclampsia. - Amplictil também é indicado nos casos em que haja necessidade de uma ação neuroléptica, vagolítica, simpatolítica, sedativa ou antiemética. <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10797992017&pIdAnexo=7140148. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de Amitriptilina (Amytril)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado para o tratamento da depressão em suas diversas formas e enurese noturna, na qual as causas orgânicas foram excluídas. <p>Disponível em:</p>

	<p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5289362014&pIdAnexo=2107194. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Aripiprazol (Aristab)</p>	<p>Uso adulto, é indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Transtorno Bipolar (Mono terapia) <p>Disponível em:</p> <p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24149482016&pIdAnexo=3970226. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de Sertralina (Assert, Tolrest)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado para o tratamento de transtorno depressivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático, fobia social e síndrome da tensão pré-menstrual (STPM) e/ou transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM). - Em crianças e adolescentes (6 a 17 anos) está indicado apenas no tratamento do TOC. <p>Disponível em:</p> <p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2706572017&pIdAnexo=5035518. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Fenobarbital (Barbitron, Gardenal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É um barbitúrico com propriedades anticonvulsivantes, devido à sua capacidade de elevar o limiar de convulsão. - Age no sistema nervoso central, utilizado para prevenir o aparecimento de convulsões em indivíduos com epilepsia ou crises convulsivas de outras origens. <p>Disponível em:</p> <p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8960792015&pIdAnexo=2888514 e http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=17245762017&pIdAnexo=8886653. Acesso em: 03 maio</p>

	2018.
Calman	<p>- Remédio fitoterápico indicado no tratamento da ansiedade, depressão, irritabilidade, distúrbios de sono como insônia ou para o tratamento da enurese noturna, em adultos e crianças.</p> <p>- Também é indicado como tratamento complementar em alguns casos de pressão alta.</p> <p>Disponível em: https://www.smerp.com.br/anvisa/?ac=prodDetail&anvisaId=118610017 e https://www.bulario.com/calman/. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
Calmapax	<p>- Sedativo suave (fitoterápico) e reequilibrador das distonias neurovegetativas, indicado para os estados de angústia, insônias nervosas, stress, e na ansiedade dos cardiopatas.</p> <p>Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/bula/1108/calmapax.htm. Acesso em: 11 Abril 2018.</p>
Carbonato de Lítio	<p>- Indicado para o tratamento de episódios maníacos nos transtornos bipolares; diminuindo a frequência dos episódios maníacos e a intensidade destes quadros; na prevenção da mania recorrente; prevenção da fase depressiva e tratamento de hiperatividade psicomotora.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9650462015&pIdAnexo=2930079. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
Cloridrato de Biperideno (Akineton)	<p>- Indicado para o tratamento da síndrome parkinsoniana, especialmente para controlar sintomas de rigidez e tremor; sintomas extrapiramidais como distonias agudas (espasmos musculares prolongados), acatisia (inquietação) e síndromes parkinsonianas induzidas por neurolépticos (medicamentos que suprimem movimentos espontâneos) e outros</p>

	<p>fármacos similares.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6512602017&pIdAnexo=5927000. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de Clomipramina</p>	<p>Para adultos, indicado para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estados depressivos de etiologia e sintomatologia variáveis: depressão endógena, reativa, neurótica, orgânica, mascarada e suas formas involucionais; depressão associada à esquizofrenia e transtornos da personalidade; síndromes depressivas causadas por pré-senilidade ou senilidade, por condições dolorosas crônicas, e por doenças somáticas crônicas. - Transtornos depressivos do humor de natureza psicopática, neurótica ou reativa; - Síndromes obsessivo compulsivas; - Fobias e crises de pânico; - Cataplexia associada à narcolepsia; - Condições dolorosas crônicas; - Ejaculação precoce. <p>- Em crianças e adolescentes é indicado para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndromes obsessivo compulsivas. - Enurese noturna (apenas em pacientes acima de 5 anos de idade e desde que as causas orgânicas tenham sido excluídas). - Ao iniciar o tratamento com clomipramina para enurese noturna em crianças e adolescentes, deve-se avaliar cuidadosamente os benefícios frente aos riscos para os pacientes. Terapias alternativas potenciais devem ser consideradas. <p>Não existem dados clínicos disponíveis para crianças abaixo de 5 anos de idade.</p> <p>Para crianças e adolescentes, não há evidências suficientes de segurança</p>

	<p>e eficácia de cloridrato de clomipramina no tratamento de estados depressivos de etiologia e sintomatologia variáveis, fobias e crises de pânico, cataplexia associada à narcolepsia e condições dolorosas crônicas. Portanto, o uso de cloridrato de clomipramina em crianças e adolescentes (de 0 a 17 anos de idade) nestas indicações não é recomendado.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9791912015&pIdAnexo=2937987. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de Paroxetina (Pondera, Paxil CR)</p>	<p>Adultos, é indicado pra tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressão - Tratamento dos sintomas do transtorno depressivo de todos os tipos, inclusive depressão reativa e grave e depressão acompanhada de ansiedade. Após uma resposta satisfatória inicial, a continuação da terapia com cloridrato de paroxetina é eficaz na prevenção de recidiva da depressão. - Transtornos de ansiedade. - Tratamento dos sintomas e prevenção de recidiva do TOC. - Tratamento dos sintomas e prevenção de recidiva do transtorno do pânico com ou sem agorafobia. - Tratamento de fobia social/transtorno de ansiedade social. - Tratamento dos sintomas e prevenção de recidiva do transtorno de ansiedade generalizada. - Tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. <p>Para crianças e adolescentes menores de 18 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não é indicado para crianças nem adolescentes menores de 18 anos (ver a seção Advertências e Precauções). - Estudos clínicos controlados feitos com crianças e adolescentes que apresentavam transtorno depressivo maior não evidenciaram eficácia e

	<p>não embasam o uso de cloridrato de paroxetina no tratamento de depressão nessa população.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=18663422016&pIdAnexo=3556546. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de Metilfenidato (Concerta, Ritalina)</p>	<p>- Concerta: é indicado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). A eficácia de Concerta no tratamento do TDAH foi estabelecida em ensaios clínicos controlados de crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos e adultos com idade entre 18 e 65 anos que preenchiam os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística, 4ª edição (DSM-IV) para TDAH.</p> <p>- Indicado para uso adulto e pediátrico acima de 6 anos.</p> <p>- O cloridrato de metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central. O mecanismo de ação terapêutica no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) não é conhecido. Acredita-se que o metilfenidato bloqueie a recaptção de norepinefrina e dopamina no neurônio pré-sináptico e aumente a liberação destas monoaminas no espaço extraneuronal.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4938372015&pIdAnexo=2663162. Acesso em: 03 maio 2018.</p> <p>- Ritalina® e Ritalina LA: indicações:</p> <p>- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). O TDAH era anteriormente conhecido como distúrbio de déficit de atenção ou disfunção cerebral mínima. Outros termos utilizados para descrever essa síndrome comportamental incluem: distúrbio hipercinético, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, disfunção cerebral menor</p>

	<p>e síndrome psicorgânica dos pacientes. Ritalina® é indicada como parte de um programa de tratamento amplo que tipicamente inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais, direcionadas a pacientes estáveis com uma síndrome comportamental caracterizada por distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade. O diagnóstico deve ser feito de acordo com o critério DSM-IV ou com as normas na CID-10.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1975702014&pIdAnexo=1989280. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de Propranolol</p>	<p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controle de hipertensão (pressão alta). - Controle de angina pectoris (sensação de pressão e dor no peito). - Controle das arritmias cardíacas (alterações no ritmo dos batimentos cardíacos). - Prevenção da enxaqueca (dor de cabeça forte). - Controle do tremor essencial. - Controle da ansiedade e taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos) por ansiedade. - Controle adjuvante da tireotoxicose (aumento da secreção da glândula tireoide) e crise tirotoxicosa. - Controle da cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (aumento do volume do coração e problemas no seu funcionamento). - Controle de feocromocitoma (tipo de tumor, geralmente benigno, localizado na glândula suprarrenal). Neste caso, o tratamento com cloridrato de propranolol deve apenas ser iniciado na presença de um bloqueio alfa efetivo. <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNu</p>

	Transacao=3462212017&pIdAnexo=5212727. Acesso em: 03 maio 2018.
Cloridrato de Fluoxetina (Daforin, Fluoxetin, Fluxene, Verotina)	<p>- Indicado para o tratamento da depressão associada ou não com ansiedade, bulimia nervosa (transtorno alimentar), TOC (ansiedade caracterizada por pensamentos obsessivos) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo TPM, irritabilidade e disforia (mudança repentina e passageira de ânimo como sentimentos de tristeza, pena, angústia).</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=105742017&pIdAnexo=4507427. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
Divalproato de Sódio (Depakote)	<p>- Indicado para o tratamento de episódios de mania associados ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), com ou sem características psicóticas, em pacientes adultos. Os sintomas típicos de um episódio de mania (período distinto de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável) incluem: agitação, diminuição da necessidade de sono, pensamentos acelerados, aceleração do ritmo da emissão das palavras, hiperatividade motora, fuga de ideias, grandiosidade, prejuízo da crítica, agressividade e possível hostilidade.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=15759712016&pIdAnexo=3338414. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
Diazepam (Medicamento genérico)	<p>- Indicado para o tratamento e alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade. Pode também ser útil como coadjuvante no tratamento da ansiedade ou agitação associada a desordens psiquiátricas. O Diazepam é útil no alívio do espasmo muscular reflexo devido a traumas locais (lesão, inflamação). Pode ser igualmente usado no tratamento da</p>

	<p>espasticidade devida a lesão dos interneurônios espinhais e supra espinhais tal como ocorre na paralisia cerebral e paraplegia, assim como na atetose e na síndrome rígida.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8824822015&pIdAnexo=2882018. Acesso em: 03 maio 2018</p>
<p>Valproato de Sódio (Ácido Valpróico, Epilenil, Toval, Valpakine, Depakene)</p>	<p>- Indicado para o tratamento de Epilepsia: é destinado, isoladamente ou em combinação a outros medicamentos, no tratamento de pacientes (adultos e crianças acima de 10 anos) com crises parciais complexas, que ocorrem tanto de forma isolada quanto em associação com outros tipos de crises convulsivas, e no tratamento de quadros de ausência simples e complexa. Ausência simples é definida como breve perda dos sentidos ou perda de consciência, acompanhada por determinadas descargas epilépticas generalizadas, sem outros sinais clínicos detectáveis. Ausência complexa é a expressão utilizada quando outros sinais também estão presentes.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8560312013&pIdAnexo=1822672. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Oxalato de escitalopram</p>	<p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamento e prevenção da recaída ou recorrência da depressão; - Tratamento do transtorno do pânico, com ou sem agorafobia; - Tratamento do transtorno de ansiedade generaliza (TAG); - Tratamento do transtorno de ansiedade social (fobia social); - Tratamento do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24833822016&pIdAnexo=4016588. Acesso em: 03 maio</p>

	2018.
Clobazam (Frisium)	<p>- Ansiolítico e sedativo. Frisium é um sedativo utilizado em casos de transtornos psico vegetativos e psicossomáticos restringe-se aos casos em que não haja causas orgânicas diagnosticada (ausência de problemas cardíacos, gastrintestinal, respiratório ou urinário). São exemplo de sintomas de transtornos psicossomáticos: suores, náuseas, agitação, dores de estômago, taquicardia, tensão muscular, sudorese, tremores, tontura, dormência ou dificuldade em respirar.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11794532016&pIdAnexo=3052662. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
Ácido Gamaminobutírico (Gammar)	<p>- Indicado para o tratamento das dificuldades de atenção e concentração, diminuição da memória, dificuldade de aprendizagem e, também, de outras alterações das atividades do cérebro, como, por exemplo, as causadas por derrames, paralisia cerebral, envelhecimento e aterosclerose.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5334792013&pIdAnexo=1681370. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
Haloperidol (Haldol)	<p>- Indicado para o alívio de transtornos do pensamento, de afeto e do comportamento como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acreditar em ideias que não correspondem à realidade (delírios); - desconfiança não usual; - ouvir ou ver ou sentir coisa que não está presente (alucinações); - confusão (algumas vezes associada ao alcoolismo); - agitação psicomotora. <p>Além disso, haloperidol é indicado para tratar movimentos incontrolados como:</p>

	<p>- tiques; - soluços; - náusea e vômito.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6147552014&pIdAnexo=2140483. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de venlafaxina (Halenthus)</p>	<p>- Indicado para o tratamento da depressão, incluindo depressão com ansiedade associada, para prevenção de recaída e recorrência da depressão. Também está indicado para o tratamento, incluindo tratamento em longo prazo, do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), do Transtorno de Ansiedade Social (TAS) também conhecido como fobia social e do transtorno do pânico.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5656042013&pIdAnexo=1695102. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Hemifumarato de quetiapina</p>	<p>- Indicado para o tratamento da esquizofrenia, como mono terapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar, dos episódios de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, no tratamento de manutenção do transtorno afetivo bipolar I (episódios maníaco, misto ou depressivo) em combinação com os estabilizadores de humor lítio ou valproato, e como mono terapia no tratamento de manutenção no transtorno afetivo bipolar (episódios de mania, mistos e depressivos).</p> <p>- Em adolescentes (13 a 17 anos), hemifumarato de quetiapina é indicado para o tratamento da esquizofrenia.</p> <p>- Em crianças e adolescentes (10 a 17 anos), hemifumarato de quetiapina é indicado como mono terapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar.</p>

	<p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=29843172016&pIdAnexo=4463037. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de imipramina (Imipra, Tofranil, Mepramin)</p>	<p>- Antidepressivos tricíclicos, que são usados para tratar depressão e distúrbios do humor. Estados de pânico, dores crônicas e incontinência urinária noturna em crianças acima de 5 anos de idade são outras condições psicológicas que podem ser tratadas com este medicamento.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10099012013&pIdAnexo=1886170. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Palmitato de paliperidona (Invega sustennatm)</p>	<p>- Uso adulto.</p> <p>- Indicado para o tratamento da esquizofrenia e para a prevenção da recorrência dos sintomas da esquizofrenia.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8963602015&pIdAnexo=2888612. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Lamotrigina (Medicamento genérico)</p>	<p>- Indicado para o tratamento de crises convulsivas parciais e crises generalizadas. Pode ser instituída como mono terapia (única droga do tratamento) ou em terapia combinada (associada a outras drogas antiepiléticas).</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10968362013&pIdAnexo=1921554. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Clozapina (Leponex)</p>	<p>- Indicado para o tratamento de pessoas que apresentam esquizofrenia e que já utilizaram outros medicamentos antipsicóticos e não se</p>

	<p>beneficiaram suficientemente ou não toleraram outros medicamentos antipsicóticos devido às reações adversas.</p> <p>- Também é usado para tratar pessoas que apresentam esquizofrenia ou transtorno esquizo afetivo que podem tentar cometer suicídio. (A esquizofrenia é uma doença mental que envolve distúrbios no pensamento, reações emocionais e de comportamento).</p> <p>- Além disso, é usado para tratar distúrbios do pensamento, emocionais e comportamentais em pacientes com doença de Parkinson, quando o tratamento convencional falhou. A doença de Parkinson é um distúrbio cerebral crônico (persistente). Afeta principalmente a forma como o cérebro coordena os movimentos dos músculos em várias partes do corpo.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=20717892016&pIdAnexo=3726955. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de levomepromazina (Neozine)</p>	<p>- Está indicado nos casos em que haja necessidade de uma ação neuroléptica, sedativa em pacientes psicóticos e na terapia adjuvante para o alívio do delírio, agitação, inquietação, confusão, associados com a dor em pacientes terminais.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5292672014&pIdAnexo=2107342. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Maleato de fluvoxamina (Luvox)</p>	<p>- Indicado para o tratamento da depressão e do TOC.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=25363362016&pIdAnexo=4048978. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Cloridrato de</p>	<p>- Indicado para o tratamento da Doença de Parkinson primária e em</p>

<p>amantadina (Mantidan)</p>	<p>sintomas de Doença de Parkinson secundários a lesões encefálicas e a doenças ateroscleróticas.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5323662014&pIdAnexo=2108486. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Periciazina (Neuleptil)</p>	<p>- Indicado para o tratamento de distúrbios do caráter e do comportamento, revelando-se particularmente eficaz no tratamento dos distúrbios caracterizados por autismo, negativismo, desinteresse, indiferença, bradipsiquismo, apragmatismo, suscetibilidade, impulsividade, oposição, hostilidade, irritabilidade, agressividade, reações de frustração, hiperemotividade, egocentrismo, instabilidade psicomotora e afetiva e desajustamentos.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11655972017&pIdAnexo=7357003. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Piracetam (Nootropil)</p>	<p>- Indicado para o tratamento sintomático da síndrome psico orgânica (referente à parte mental) cujas características melhoradas pelo tratamento são: perda de memória, distúrbios da atenção e falta de direção.</p> <p>- Tratamento de dislexia (transtorno caracterizado pela habilidade deficiente em compreender palavras ou frases escritas) em crianças, em associação com medidas apropriadas como fonoaudiologia (conjunto de métodos utilizados para a correção de vícios de pronúncia).</p> <p>- Tratamento de vertigem (tontura) e alterações de equilíbrio associadas, exceto nas vertigens de origem vasomotora (quando ocorre a modificação do calibre de um vaso sanguíneo através de uma ação nervosa, química ou física) ou psíquica (mental)</p> <p>Disponível em:</p>

	<p>http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11093562015&pIdAnexo=3012264. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Olanzapina (medicamento genérico)</p>	<p>- Indicado para o tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia e outros transtornos mentais (psicoses), nos quais sintomas positivos (exemplo: delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança) e/ou sintomas negativos (exemplo: afeto diminuído, isolamento emocional/social e pobreza de linguagem) são proeminentes. A olanzapina alivia também os sintomas afetivos secundários na esquizofrenia e os transtornos relacionados. A olanzapina é eficaz na manutenção da melhora clínica durante o tratamento contínuo nos pacientes que responderam ao tratamento inicial. A olanzapina, em mono terapia ou em combinação com lítio ou valproato, é indicado para o tratamento de episódios de mania aguda ou mistos do transtorno bipolar, com ou sem sintomas psicóticos e com ou sem ciclagem rápida. A olanzapina é indicada para prolongar o tempo entre os episódios e reduzir as taxas de recorrência dos episódios de mania, mistos ou depressivos no transtorno bipolar.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24940842016&pIdAnexo=4023290. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Oxcarbazepina (Trileptal)</p>	<p>- Indicado para tratar crises parciais (convulsões simples, complexas e secundariamente generalizadas) e generalizadas tônico-clônicas. A oxcarbazepina pode ser utilizada isoladamente (isto é, mono terapia) ou em combinação com outros medicamentos antiepilépticos.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=13222292016&pIdAnexo=3140501. Acesso em: 03 maio 2018.</p>

<p>Cloridrato de nortriptilina (Pamelor)</p>	<p>- É um antidepressivo tricíclico não inibidor da monoaminoxidase. O mecanismo de melhora do humor por antidepressivos tricíclicos é, no momento, desconhecido.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9508752015&pIdAnexo=2920557. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Mirtazapina (Rapazina)</p>	<p>- Indicado para o tratamento de estados depressivos.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6612942015&pIdAnexo=2763637. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Risperidona (Respidon, Risperdal, Riss, Zargus)</p>	<p>- Risperidona é um medicamento usado para tratar as assim chamadas psicoses (por exemplo, esquizofrenia). Isto significa que ele tem um efeito favorável sobre um certo número de transtornos relacionados ao pensamento, às emoções e/ou às atividades, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade, ser excessivamente introvertido etc.</p> <p>- Também melhora a ansiedade, a tensão e o estado mental alterado por estes transtornos. Risperidona pode ser usada tanto em quadros de início súbito (agudos) como nos de longa duração (crônicos). Além disso, após o alívio dos sintomas, risperidona é usada para manter os distúrbios sob controle, isto é, para prevenir recaídas.</p> <p>- É usada, também, em outras condições, especificamente para controlar os transtornos do comportamento tais como agressão verbal e física, desconfiança doentia, agitação e vagar em pessoas que perderam suas funções mentais (isto é, pessoas com demência). Outra condição para a qual você pode receber risperidona é a mania, caracterizada por sintomas como humor elevado, expansivo ou irritável, autoestima</p>

	<p>aumentada, necessidade de sono reduzida, pressão para falar, pensamento acelerado, redução da atenção e concentração ou diminuição da capacidade de julgamento, incluindo comportamentos inadequados ou agressivos. Risperidona também pode ser usada para o tratamento de irritabilidade associada ao transtorno autista, em crianças e adolescentes, incluindo sintomas de agressão a outros, como autoagressão deliberada, crises de raiva e angústia e mudança rápida de humor.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1826932015&pIdAnexo=2487109. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Vigabatina (Sabril)</p>	<p>- Indicado como coadjuvante no tratamento de pacientes com epilepsias parciais resistentes, com ou sem generalização secundária, as quais não estão satisfatoriamente controladas por outros fármacos antiepilépticos ou quando outras combinações de fármacos não foram toleradas. É indicado também em mono terapia no tratamento de espasmos infantis (Síndrome de West)</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8819592013&pIdAnexo=1831526. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Dimesilato de lisdexanfetamina (Venvanse)</p>	<p>- Indicado para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças com idade superior a 6 anos, adolescentes e adultos. O diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH; DSM-IV-TR®) implica na presença de sintomas de hiperatividade impulsividade e/ou falta de atenção, que causam prejuízo da funcionalidade do indivíduo e estavam presentes antes dos 7 anos de idade. Os sintomas devem causar prejuízo clinicamente significativo da funcionalidade, como por exemplo, na</p>

	<p>performance social, acadêmica e estar presentes em dois ou mais ambientes, como por exemplo, na escola e em casa. Os sintomas não devem ser atribuídos a outro transtorno mental. Para o tipo desatento, pelo menos 6 dos seguintes sintomas devem persistir por pelo menos 6 meses: falta de atenção a detalhes/cometer erros por descuido, falta de atenção por tempo prolongado, não escutar quando lhe dirigem a palavra, não conseguir terminar as tarefas, ter dificuldade para organizar tarefas e atividades, evitar tarefas que exigem esforço mental constante, perder coisas, distrair-se facilmente, ser esquecido. Para o tipo hiperativo impulsivo, pelo menos 6 dos seguintes sintomas devem persistir por pelo menos 6 meses: agitar pés e mãos/remexer-se, não conseguir manter-se sentado, correr/escalar em situações inadequadas, ter dificuldade em atividades silenciosas, estar “a todo vapor”, falar em demasia, dar respostas precipitadas, não conseguir esperar a vez, interromper ou se intrometer em assuntos de outros. O tipo combinado exige que ambos os critérios para desatenção e hiperatividade impulsividade sejam preenchidos.</p> <p>Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24013492016&pIdAnexo=3961937. Acesso em: 03 maio 2018.</p>
<p>Clonazepam (Rivotril)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado para distúrbio epiléptico, para crises epiléticas e espasmos infantis (Síndrome de West). E também para: - Transtornos de ansiedade. - Como ansiolítico em geral. - Distúrbio do pânico com ou sem medo de espaços abertos. - Fobia social (medo de situações como falar em público). - Transtornos do humor. - Transtorno afetivo bipolar (fases de depressão e mania): tratamento da mania.

- Depressão maior: associado a antidepressivos na depressão ansiosa e início do tratamento.
- Síndromes psicóticas.
- Acatisia (inquietação extrema, geralmente provocada por medicamentos psiquiátricos).
- Síndrome das pernas inquietas (desconforto ou dor nas pernas que leva a necessidade de movimentá-las, prejudicando o sono).
- Vertigem e distúrbios do equilíbrio: náuseas, vômitos, desmaios, quedas, zumbidos e distúrbios auditivos.
- Síndrome da boca ardente (sensação de queimação na parte interna da boca, sem alterações físicas).

Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=21121842016&pIdAnexo=3761915. Acesso em: 03 maio 2018.