



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
LICENCIATURA EM PEDAGOGIA

Medicalização da educação: o TDAH e sua produção diagnóstica

JAQUELINE DOS SANTOS

Orientadora: Prof.^a Dra. Cristiana Carneiro

Rio de Janeiro

2022

JAQUELINE DOS SANTOS

Medicalização da educação: o TDAH e sua produção diagnóstica

Monografia apresentada à Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título em Pedagogia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Carneiro

Rio de Janeiro

2022

JAQUELINE DOS SANTOS

Medicalização da educação: o TDAH e sua produção diagnóstica

Monografia apresentada à Faculdade de Educação,
da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
parte dos requisitos necessários à obtenção do
título em Pedagogia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Carneiro

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Elaine Constant

Prof. Dr. Felipe Salvador

Prof.^a Dr.^a Cristiana Carneiro (Orientadora)

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho a minha família e a minha querida cunhada Isabela (*in* memória). Não foi um adeus, mas sim um até breve. Até a eternidade, cunha!

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por me dar saúde e fortalecer minha jornada tanto no decorrer do curso como na elaboração deste projeto. Havia momentos em que eu pensava que não iria conseguir, mas Ele me sustentou com suas mãos.

Agradeço aos meus familiares. Sou grata por cada palavra de incentivo, por cada oração e por estarem comigo nos momentos felizes e nas adversidades.

Agradeço a minha família: Meus pais, irmãos, cunhadas e sobrinhos. Gratidão por todo apoio, pelas orações, por me incentivar a não desistir, por cada sorriso e cada momento desse período que vocês tornaram mais leve.

Agradeço aos meus colegas e amigos de graduação, em especial as minhas amigas: Ana Carolina, Dandarah, Érika, Jéssica, Juliana e Marcella. Obrigada por todo auxílio, pelo “sofrimento” compartilhado, pelo riso e pelo choro em todos esses anos de curso. Da UFRJ para a vida!

Agradeço a todos os professores do curso de Pedagogia da UFRJ. Vocês me ajudaram a compreender que todos nós somos capazes de aprender e entender que existem diversas formas de se apropriar do conhecimento. Gratidão por me orientarem nesse processo de conhecimento.

Agradeço a Prof.^a Elaine Constant e ao Prof. Felipe Salvador por prontamente aceitarem ser parte da banca examinadora. A Prof.^a Elaine sou grata também pelas aulas ministradas na disciplina: Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem. A temática que abrangia o Fracasso Escolar despertou o interesse de investigar o tema central deste projeto.

Por fim, mas não menos importante, eu quero deixar expressa minha gratidão à minha querida professora e orientadora Cristiana Carneiro. Sou imensamente agradecida pelo apoio, paciência e incentivo na elaboração e finalização deste projeto.

Finalizo este projeto com a sensação de dever cumprido e com imensa gratidão por todo o percurso percorrido. Este projeto foi elaborado com muito afinho, dedicação e vontade de apresentar o melhor. No decorrer dessa jornada enfrentei alguns momentos de dores que me fizeram pausar sua elaboração e tardar sua finalização; porém o desejo de finalizar minha graduação realizando um bom trabalho sempre esteve vivo em meu coração.

Foi o Senhor que fez isto, e é coisa maravilhosa aos nossos olhos!

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.
Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros
desaprendam a arte do voo.
Pássaros engaiolados são pássaros sob controle.
Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser.
Pássaros engaiolados sempre tem um dono.
Deixaram de ser pássaros.
Porque a essência do pássaro é o voo.
Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados.
O que elas amam são pássaros em voo.
Existem para dar aos pássaros coragem para voar.
Ensinar o voo, isso elas não podem fazer,
Porque o voo já nasce dentro dos pássaros.
O voo não pode ser ensinado, só pode ser encorajado.”
(Rubem Alves)

RESUMO

O tema central desta monografia é o vínculo entre medicalização e educação, com foco específico no Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. O problema apresentado procura compreender quais atitudes no ambiente escolar endossam o encaminhamento de crianças aos especialistas e a alimentar a proliferação do diagnóstico de TDAH. O objetivo é analisar o porquê do encaminhamento de crianças para diagnóstico de TDAH é realizado majoritariamente pela instituição escolar, buscando também explicitar o conceito de TDAH; compreender o aumento do TDAH na atualidade; evidenciar os meios que a escola tem para identificar o TDAH; investigar a relação entre encaminhamento para diagnóstico e a prática docente; e, por fim, compreender a relação entre o diagnóstico e a medicalização da educação e da infância. A metodologia deste trabalho se baseia em uma pesquisa bibliográfica, organizada em busca de referências com visões distintas do tema, aprofundando o campo das controvérsias. Esta revisão bibliográfica examina desde autores clássicos, defensores da existência do transtorno a autores donos de uma visão mais crítica e ampliada, incluindo também outras referências que estendem a discussão para o campo educacional. Como resultado, verifica-se a existência de uma íntima ligação entre a escola e a produção do diagnóstico do que passa a se chamar de comportamento fora dos padrões. O olhar do professor está sendo condicionado por meio de um processo de medicalização da educação e da vida a considerar essa criança como alguém que possui um “problema”. A desresponsabilização do sistema educação frente ao fracasso escolar é também uma das razões para que o corpo escolar oriente as famílias de alunos a buscarem auxílio médico para este “problema”. Observa-se, assim, que a criança que não corresponde a um ideal de educação é inserida em um ciclo de diferenciação em relação às demais, seguido de encaminhamento ao diagnóstico e, posteriormente, à medicação. Um ciclo marcado, ao final, pela culpabilização do aluno por um possível fracasso e pela desresponsabilização dos demais sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem. Em conclusão, se a escola puder entender que o aluno real pode não corresponder a criança ideal, e que diferentes caminhos podem ser trilhados na busca da educação ideal, passará a amparar essa criança, compreendendo suas diferenças.

Palavras-chave: TDAH; Educação; Medicalização da educação;

ABSTRACT

The central theme of this monograph is the link between medicalization and education, with a specific focus on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The problem presented seeks to understand which attitudes in the school environment endorse the referral of children to specialists and feed the proliferation of the diagnosis of ADHD. The objective is to analyze why the referral of children for the diagnosis of ADHD is carried out mainly by the school institution, also seeking to explain the concept of ADHD; understand the increase in ADHD today; highlight the means that the school has to identify ADHD; investigate the relationship between referral for diagnosis and teaching practice; and, finally, to understand the relationship between the diagnosis and the medicalization of education and childhood. The methodology of this work is based on bibliographic research, organized in search of references with different views on the subject, deepening the field of controversies. This bibliographic review examines from classic authors, defenders of the existence of the disorder to authors with a more critical and expanded view, also including other references that extend the discussion to the educational field. As a result, there is an intimate connection between the school and the production of the diagnosis of what is now called non-standard behavior. The teacher's gaze is being conditioned through a process of medicalization of education and life to consider this child as someone who has a "problem". The lack of responsibility of the education system in the face of school failure is also one of the reasons for the school body to guide the families of students to seek medical help for this "problem". Thus, it is observed that the child who does not correspond to an ideal of education is inserted in a cycle of differentiation in relation to the others, followed by referral to diagnosis and, later, to medication. A cycle marked, in the end, by the student's blaming for a possible failure and the lack of responsibility of the other subjects involved in the teaching and learning process. In conclusion, if the school can understand that the real student may not correspond to the ideal child, and that different paths can be followed in the search for the ideal education, it will support this child, understanding their differences.

Keywords: ADHD; Education; Medicalization of education;

LISTA DE ABREVIATURAS

Associação Americana de Psiquiatria - APA

Associação Brasileira de Déficit de Atenção - ABDA

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP

Child Behavior Checklist - CBCL

Classificação Internacional de Doenças - CID

Diagnosical and Statistical Manual - DSM

Disfunção Cerebral Mínima - DCM

Distúrbio de Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade - DDA

National Health Institutes - NHI

Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e Adolescência Contemporâneas - NIPIAC

Organização Mundial de Saúde - OMS

Programa de Promoção da Aprendizagem - PROAP

Programa de Saúde na Escola - PSE

Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência - SPIA

Sistema Único de Saúde - SUS

Transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade - TDA

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - TDAH

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Universidade Federal Fluminense - UFF

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Critérios diagnósticos	23
---	----

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Questões.....	13
1.2	Objetivo Geral.....	13
1.3	Objetivos específicos	13
1.4	Metodologia	13
1.5	Técnica.....	14
2	TDAH. BREVE HISTÓRICO, VISÕES E DEFINIÇÕES SOCIAIS	15
2.1	Revisitando o solo de onde foi elaborado o problema de pesquisa	15
2.2	Breve histórico sobre o surgimento do transtorno	18
2.3	O que é TDAH? Definições de órgãos oficiais	20
2.4	O diagnóstico	22
2.5	O Tratamento	26
3	CONTROVÉRSIAS SOBRE O QUE É O TDAH, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	29
3.1	Questionando as definições “oficiais” do TDAH.....	29
3.2	Mudanças no DSM e suas motivações	29
3.3	O discurso medicalizante	32
3.5	Comportamento normal x Sintomas de transtorno	39
4	A ESCOLA E O COMPORTAMENTO INFANTIL FORA DOS PADRÕES	43
4.1	Conceito de ideal do eu e sua relação com a educação.....	43
4.3	Relação entre a medicalização, o ideal de educação e ideal de aluno na produção da escola como identificadora do comportamento fora dos padrões.....	50
5	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas temos enfrentado um aumento no número de pessoas diagnosticadas com um ou mais transtornos, e um processo de medicalização da vida e da subjetividade (CARNEIRO; COUTINHO, 2020). A infância e adolescência também têm sido afetadas e se tornado alvo desses diagnósticos, sendo o Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) um dos transtornos que as atingem (LANDMAN, 2019).

A falta de atenção somada ou não a agitação em crianças e a impulsividade em adolescentes, se considerados em demasia, têm se configurado como sinais de doença e tornado os sujeitos que apresentam tais características objetos do processo da medicalização da vida. A mudança do olhar para essas ações tidas como fora da normalidade nos leva a questionar: o que a motivou? O que diferencia a criança agitada dos tempos atuais da criança de épocas precedentes que possuía essa mesma característica? O que difere no que tange a impulsividade, o adolescente de hoje daquele que anteriormente poderia ser considerado como rebelde ou subversor?

Para Landman (2019) a criança agitada tem se tornado cada vez mais o centro das preocupações de profissionais e responsáveis pela saúde mental, e a associação da agitação a falta de atenção tem proporcionado a propagação do chamado TDAH. Voltando nossa atenção à modificação deste olhar para agitação em crianças, principalmente aquelas que estão em fase pré-escolar ou as que iniciam a alfabetização e letramento, razão que motivou o interesse sobre a temática de pesquisa proposta neste trabalho, busca-se compreender o *boom* de diagnósticos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e o que vincula esse dito transtorno a escola uma vez que, os “sintomas” da “doença” passam a ser apontados nas crianças nos primeiros anos de sua trajetória escolar e a escola é indicada como quem mais encaminha crianças para obterem um diagnóstico (CARNEIRO; COUTINHO, 2020).

A partir disso temos como tema central desta monografia a articulação entre medicalização e educação, mais especificamente a partir do TDAH. Como problema delineamos: quais discursos/atitudes no ambiente escolar poderiam endossar o

encaminhamento de crianças aos especialistas e alimentar a proliferação do diagnóstico de TDAH?

1.1 Questões

Quais as possíveis razões do aumento dos diagnósticos de TDAH nas últimas décadas?

Como diferenciar o comportamento infantil de um suspeito diagnóstico de TDAH?

Qual é a relação entre a prática docente e o encaminhamento realizado pela escola?

Qual a relação entre o diagnóstico médico e o processo de medicalização da infância e da educação?

1.2 Objetivo Geral

Analisar o porquê do encaminhamento de crianças para diagnóstico de TDAH é realizado majoritariamente pela instituição escolar.

1.3 Objetivos específicos

Explicitar o conceito de TDAH;

Compreender o aumento do TDAH na atualidade;

Evidenciar os meios que a escola tem para identificar o TDAH;

Investigar a relação entre encaminhamento para diagnóstico e a prática docente;

Compreender a relação entre o diagnóstico e a medicalização da educação e da infância.

1.4 Metodologia

O presente trabalho se baseia em uma pesquisa bibliográfica. Foi organizado a partir de uma busca de referências com visões distintas da temática, justamente para aprofundar o campo das controvérsias. Inicia com autores clássicos que defendem com afincos a existência do transtorno, sobretudo Barkley (2008) e, no

Brasil, Rohde (2000), trazendo ainda nessa vertente a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). Posteriormente, em uma visão mais crítica e ampliada, a escrita traz como referência o psiquiatra francês Landman (2019) e, no Brasil, Lima (2005). Por fim, já nessa perspectiva, traz autores de referência como: Carneiro (2020), Guarido (2009), Voltolini (2009), Collares (2013) e Moysés (2013), que ampliam a discussão para o cenário educacional.

No intuito de compreender as questões levantadas e tentar respondê-las, a pesquisa foi estruturada trazendo em seu primeiro capítulo o que suscitou o interesse pelo problema, um breve histórico que permite a compreensão de como o transtorno surgiu e as definições oficiais propagadas sobre o que é o TDAH, o seu diagnóstico e seu tratamento.

No segundo capítulo são apresentadas visões que contradizem as versões oficiais do que é o TDAH, e controvérsias a respeito de seu diagnóstico e tratamento. Para embasar as controvérsias, o capítulo expõe as mudanças ocorridas no manual utilizado no diagnóstico do transtorno e suas motivações, o que está por trás do discurso medicalizante, uma crítica a visão biológica do TDAH, além de uma reflexão a respeito do que se considera comportamento normal *versus* o que se considera como sintoma do transtorno.

O terceiro capítulo traz o olhar da escola a respeito do comportamento infantil considerado fora dos padrões. Para melhor compreensão desta visão da instituição em referência ao aluno que apresenta comportamento desviante, é introduzido o conceito de ideal do eu articulado ao lugar correspondente ao aluno e a educação, e o conceito de medicalização da educação. Por fim é estabelecida uma relação entre esses dois conceitos com o intuito de compreender como eles atuam na produção de uma escola que identifica aqueles que apresentarão um comportamento fora dos moldes.

1.5 Técnica:

Revisão Bibliográfica.

2 TDAH. BREVE HISTÓRICO, VISÕES E DEFINIÇÕES SOCIAIS

2.1 Revisitando o solo de onde foi elaborado o problema de pesquisa

A partir das aulas que abordavam a temática problema de aprendizagem e fracasso escolar, surgiu o interesse em compreender o aumento dos casos diagnosticados de TDAH. Meu interesse se voltou para aquilo que diferencia o comportamento irrequieto de uma criança de um caso diagnosticado com o transtorno, em especial com crianças que iniciam o processo de alfabetização e letramento no primeiro e segundo ano do ensino fundamental.

Algumas experiências em estágio reforçaram e consolidaram meu interesse em investigar o tema. Observei que as crianças que apresentavam falta de atenção e/ou agitação eram tachadas pelos docentes como crianças “problema” e portadores de algum transtorno. Esse discurso era acompanhado do anseio por um diagnóstico.

No estágio de Educação Infantil tive a oportunidade de acompanhar uma turma do maternal I. As crianças que faziam parte da turma estavam com 2 anos e meio e 3 anos de idade. Nessa faixa etária vi que as crianças iniciam a consolidação da linguagem oral. Também pude observar naquela turma, que nessa idade as crianças não ficam presas às atividades propostas por muito tempo, e que as regras impostas pelos adultos começavam a ser introjetadas; regras, como por exemplo, o horário de dormir e horário para brincar. Vi também que, em alguns momentos, as crianças apresentavam um comportamento opositor a essas mesmas regras.

Considerando a individualidade de cada criança, se compreende que algumas estavam em um estágio mais avançadas em relação à oralidade, eram mais agitadas ou não obedeciam ao que lhes era solicitado.

Levando em conta as questões acima citadas, um ponto que sempre me levava à reflexão nessa experiência de estágio era observar o comportamento da professora e da auxiliar de turma a respeito de um dos alunos. Ao se referir ao aluno, a fala geralmente era acompanhada de: “esse menino tem algum problema, ele não é “normal”. Se a mãe levar no médico vocês verão que ele tem algum tipo de transtorno”. E qual era a justificativa utilizada por elas para validar essas afirmativas? O fato de aquele menino de apenas dois anos e meio ainda não dominar a linguagem verbal, ser mais agitado que os demais e não participar das atividades, preferindo, na maior parte do tempo, subir nas mesas e objetos.

Questionava-me o que levava as professoras e auxiliares a associarem as ações daquele aluno a um transtorno. O fato daquele aluno ainda não ter se apropriado da linguagem não poderia torná-lo uma criança mais motora, em vez de uma criança portadora do TDAH?

O estágio no Ensino Fundamental foi uma experiência que me levou a questionar ainda mais a postura da escola frente ao chamado fracasso escolar e os problemas de aprendizagem. Tive a possibilidade de estagiar em uma turma de terceiro ano. Espera-se que nesta etapa do ensino as crianças já estejam alfabetizadas e desenvolvam a alfabetização de forma plena e sistematizada, fato não identificado no acompanhamento daquela turma.

Pude observar que o desejo por um diagnóstico não está restrito ao primeiro e segundo ano do Ensino Fundamental, mas pode acompanhar a trajetória escolar da criança nessa primeira etapa do ensino.

Naquela turma de terceiro ano, me deparei com alunos que já apresentavam histórico de repetência e analfabetismo. No decorrer do estágio conheci melhor aquelas “crianças problema”. Apesar de não saberem ler e escrever, elas demonstravam outras aptidões, interesses e, principalmente, conhecimentos que não faziam parte do conteúdo programático escolar. Observando essas crianças e conhecendo um pouco mais seu contexto social e sua história de vida, vi que as crianças enfrentavam problemas de relacionamento familiar e até mesmo histórico de violência. A escola fazia um trabalho de reforço com esses alunos alguns dias da semana, na intenção de promover a alfabetização e o letramento, mas em paralelo buscava obter um diagnóstico médico para eles.

Um dos alunos em especial me chamava muita atenção. Era um menino inteligente, gostava de conversar sobre filmes, era bem articulado e desenhava muito bem. Apesar disso, ele não tinha atenção às tarefas propostas e constantemente queria sair da sala de aula. Os professores diziam que ele era inteligente, mas apresentavam uma preocupação com sua agitação e com o fato dele não fazer nenhum dos trabalhos solicitados. Segundo relatos, ele já estava em acompanhamento e a escola estava à espera de um laudo.

Essas experiências me fizeram questionar a forma como essas crianças eram rotuladas e como seu desenvolvimento, ações e reações eram comparados com as demais. A vivência em questão me fez refletir se as atividades propostas pela escola chamavam atenção dos alunos, questionar o motivo de crianças tão novas já

carregarem o estigma do fracasso escolar, e o que as escolas faziam para compreender melhor o perfil e o contexto dos seus alunos. Refleti a respeito dos fatores externos, como um ambiente familiar desfavorável, e me perguntei se eles podem interferir no processo de ensino e aprendizagem. Mas, principalmente, essas experiências me levaram a indagar o motivo da escola ter um olhar mais atento para a busca de um laudo médico e um diagnóstico, e não para as demais questões. Se cada sujeito traz em si características individuais que o diferem do outro em sua subjetividade, por qual motivo nossas ações/ reações e emoções podem ser comparadas e avaliadas como fora ou dentro da “normalidade”, e o que está fora necessita de um laudo médico? Esses acontecimentos não parecem isolados, mas se relacionam com o que vem acontecendo em nossa sociedade.

As transformações da vida moderna e os males do pós-guerra ocasionaram grandes mudanças que influenciaram até mesmo o conceito de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde não é definida apenas como ausência de doença, ela é compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ,1997). Na busca por esse estado utópico de completude, alguns sentimentos e características do comportamento humano, principalmente aqueles considerados diferentes, fora da normalidade ou manifestos em demasia, passaram a ser compreendidos como traços de determinadas patologias denominadas na atualidade de transtornos. Temos enfrentado nas últimas décadas uma crescente no número de casos de pessoas diagnosticados com um ou mais transtornos e um processo de medicalização da vida e da subjetividade (CARNEIRO; COUTINHO, 2020).

O dicionário médico de saúde mental *Diagnostical and Statistical Manual V* (DSM V), em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013, traz em seu catálogo uma relação de mais de 300 transtornos, e a infância não escapa a esse fenômeno. Crianças e Adolescentes estão sendo diagnosticadas com diversos tipos de transtornos, principalmente o TDAH.

Segundo dados do conselho de farmácia de São Paulo, o consumo do Metilfenidato, medicamento mais utilizado em casos de TDAH, cresceu 775% de 2004 a 2014 (DOMITROVIC; CALIMAN, 2017). Crianças que apresentam comportamento desatento e ou agitado são encaminhados para os consultórios

médicos na busca de um diagnóstico e de uma medicação que “normalize” suas condutas.

A escola ocupa um papel privilegiado no encaminhamento de crianças aos consultórios médicos para esse fim. Segundo Cabral e Sawaya (2001 apud CARNEIRO; COUTINHO, 2020) 50 a 70% da procura pelo serviço de saúde mental voltado a infância alega problemas escolares. Carneiro e Coutinho (2020) ao realizarem uma pesquisa por meio da parceria entre o Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e Adolescência Contemporâneas (NIPIAC), as Faculdades de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF) e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que culminou na escrita do livro *Infância, Adolescência e Mal-estar na escolarização- Estudos de casos em Psicanálise e Educação* identificaram que a indicação para um diagnóstico clínico de crianças de fato se origina majoritariamente de uma demanda escolar (CARNEIRO; COUTINHO, 2020).

De acordo com dados da pesquisa das autoras, em um total de 285 casos de crianças e adolescentes atendidos na triagem do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA) no período de janeiro a junho de 2012, 92 casos chegaram à instituição com alguma queixa referida à escola. Esse número representa aproximadamente 32,29% da procura dos serviços do SPIA. Das 92 crianças e adolescentes encaminhadas com reclamações relacionadas à escola, 44 apresentavam queixas de dificuldades de aprendizagem e 30 de agitação/inquietude, sendo essas as duas categorias prevalentes. (CARNEIRO; COUTINHO, 2020) Em alguns casos, ambas as queixas eram relatadas e em outros casos, apenas uma delas foi verificada. Dentre os casos estudados foi identificado que 43 deles (47%) apontavam a escola como identificadora dos problemas (CARNEIRO; COUTINHO, 2020). Dito isso, nos perguntamos como a escola tem interferido na produção dos transtornos, em especial o transtorno chamado de TDAH que parece extremamente inflacionado no cenário educativo. Para melhor compreensão faremos a seguir um breve histórico do surgimento do dito transtorno.

2.2 Breve histórico sobre o surgimento do transtorno

Analisando as literaturas a respeito do tema, verifica-se que não há uma origem para o surgimento do TDAH, porém, de acordo com as obras que estudam a temática do transtorno, o olhar mais atento para os sintomas que o caracterizam surgiu no final da Primeira Guerra Mundial, após uma epidemia de encefalite (SILVA; MENDES; BARBOSA, 2020). Esse advento motivou a busca de hipóteses e explicações para as dificuldades de aprendizagem de crianças que apresentavam algum tipo de dano cerebral sem causas definidas. Essas hipóteses possuíam o intuito de biologizar as disfunções do comportamento infantil (LIMA, 2005; DUMAS, 2011 apud SILVA; MENDES; BARBOSA, 2020). Crianças que apresentavam sintomas semelhantes ao das crianças que possuíam encefalite, sem terem sido acometidos pela doença, foram consideradas como portadoras de um dano na estrutura cerebral presumido (LIMA, 2005).

No período da Segunda Guerra, surgiram vários casos de traumas cerebrais que apresentavam a tríade sintomatológica desatenção, hiperatividade e impulsividade, característica do TDAH. O transtorno foi denominado de Lesão Cerebral Mínima, sendo explicado a partir de uma lesão do Sistema Nervoso Central (BENCZIK, 2002 apud SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Devido à dificuldade de relacionar os sintomas a uma lesão cerebral, a partir da década de 60 suas alterações comportamentais passaram a ser explicadas por disfunções em vias nervosas não mais se apoiando em uma lesão cerebral, e o transtorno passou a ser chamado de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) (ROHDE *et al*, 2000; BENCZIK, 2002 apud SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Em 1980, com o lançamento do DSM III, o transtorno foi denominado como Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) com ou sem hiperatividade, sendo enfatizada em alguns momentos a falta de atenção e em outros a hiperatividade. Segundo Santos e Vasconcelos (2010), esse fato ocasionou a mudança de nomenclatura para Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade com o lançamento do DSM III-R em 1987.

A partir dos anos 90 surgiu uma série de novos diagnósticos. Esses diagnósticos ficaram cada vez mais evidentes e se alastraram de forma rápida. Com o lançamento do DSM IV surgiu à nomenclatura Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (CALIMAN, 2006; PEREIRA, 2009). Desde então se verificou um aumento significativo de seus diagnosticados.

2.3 O que é TDAH? Definições de órgãos oficiais

De acordo com o DSM V o TDAH é: “um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e ou hiperatividade/impulsividade” (DSM V, 2014, p. 32). Segundo o manual existem fatores de risco para o prognóstico do transtorno, que são fatores: temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos e modificadores de curso (DSM V, 2014).

Temperamentais. O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades.

Esses traços predisõem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais. Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Genéticos e fisiológicos. O TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes.

Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação].)

Modificadores do curso. Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta (DSM V, 2014, p.62).

Analisando o texto do DSM V que expõe a existência de condições temperamentais, ambientais, genéticas, fisiológicas e modificadoras de curso que se configuram como um risco e traçam um provável desenvolvimento do TDAH, verifica-se que o manual não apresenta uma comprovação de que esses fatores estejam de fato ligados à existência do transtorno, sendo até mesmo controverso ao apresentar alguns de seus pontos.

Ao expor os fatores temperamentais e ambientais, por exemplo, o texto do manual cita questões de temperamento que predisõem crianças ao TDAH, para

após indicar que esses comportamentos não são específicos do transtorno, ou seja, qualquer criança pode os apresentar. Quanto ao fator ambiental, o DSM V cita condições relacionadas ao baixo peso ao nascer, indicando que esse fator aumenta de 2 a 3 vezes a chance de desenvolvimento do TDAH, e logo após indica que a maioria das crianças com baixo peso não desenvolvem o transtorno. No que se refere aos fatores genéticos e fisiológicos, apresenta-se a questão de o TDAH ser um transtorno hereditário, no entanto o próprio manual cita que apesar de alguns genes se correlacionarem ao transtorno, eles não se constituem como fatores causais do TDAH. Sobre o fator modificador de curso, o manual expõe que os padrões de interação familiar influenciam no curso do desenvolvimento do TDAH e em problemas de conduta; sendo assim, questiona-se a origem biológica atribuída ao diagnóstico do TDAH, uma vez que o próprio DSM V cita que fatores externos, como o modo de interação com a família, influenciam nesse diagnóstico.

Continuando a análise sobre as versões oficialmente difundidas a respeito do transtorno, encontramos a descrição apresentada pela ABDA e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Para a ABDA, o TDAH é caracterizado como: “um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade” (ABDA, 2020).

A associação expõe que existem inúmeros estudos no Brasil e no mundo que demonstram que a prevalência do TDAH é correlata em diferentes regiões, indicando que o transtorno não é secundário a fatores culturais e ou fatores resultantes de conflitos psicológicos (ABDA, 2020).

A ABDA também relata que estudos científicos comprovam que portadores de TDAH apresentam alterações na região frontal do cérebro e em suas conexões. De acordo com a associação, a alteração nesta região cerebral afeta o funcionamento dos neurotransmissores (principalmente dopamina e noradrenalina), e passam informação entre as células nervosas, ou seja, entre os neurônios (ABDA, 2020).

Tanto a definição dada pelo DSM V como a definição da ABDA citadas acima apresentam que os sintomas são identificados durante o período de desenvolvimento infantil, mas especificamente durante o período escolar, e podem persistir na fase adulta (ABDA, 2020; DSM V, 2014).

A ABP, ao abordar temáticas relacionadas ao transtorno, apresenta uma visão concordante com o DSM V e com a ABDA. No site da associação, ao ser

divulgada uma *live* com o tema: “TDAH e estima”, transmitida em Julho de 2020, o TDAH é descrito como um transtorno neurobiológico que aparece na infância, originado de causas genéticas. A descrição sobre a patologia também afirma que os sintomas são a desatenção, a inquietude e a impulsividade (ABP, 2020).

Segundo dados do *blog* da saúde, administrado pela assessoria de comunicação do Ministério da saúde, cerca de 3 a 6 % da população mundial é portadora do TDAH (dados de Agosto de 2014). Conforme as informações disponíveis no *site*, o TDAH é: “um distúrbio de ordem neurobiológica, que tem como principais características a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade” (BLOG DA SAÚDE, 2014).

Há estudos que estimam que o TDAH incida em 3 a 7% da população (BARKLEY, 2008; GOMES *et al.*, 2007 apud COELHO; LIMA, 2018).

2.4 O diagnóstico

Com aumento dos diagnósticos de TDAH, um número cada vez maior de crianças passou a ser encaminhado para o consultório de psicólogos, neurologistas e psiquiatras, como suspeitos casos. Sendo assim, surgiu a necessidade de compreender como o diagnóstico é realizado, uma vez que, apresentar falta de atenção, comportamento inquieto e impulsivo pode ser comum à conduta de qualquer criança.

Para Araújo (2002), o diagnóstico do TDAH é clínico. Na *Live* realizada pela ABP, com o tema “TDAH e estigma”, transmitida no dia 14 de Julho de 2020 no canal que pertence à ABP na plataforma *Youtube*, os palestrantes e psiquiatras Dr. Antônio Geraldo, Dr. Daniel Segenreich, Dr. Gustavo Dória e a psicóloga Iane Kestelman (presidente da ABDA) defendem que o profissional apto a realizar o diagnóstico é o psiquiatra. Seno (2010) relata que o fato do diagnóstico ser médico faz com que muitas famílias optem por procurar o atendimento de um neurologista. Há autores que afirmam que para um melhor diagnóstico, o paciente deve ser avaliado por uma equipe multidisciplinar, pois quanto mais completa e criteriosa for a avaliação, menor será a chance de erro no diagnóstico (DORNELES *et al.*, 2014; GRAEFF; VAZ, 2008).

O diagnóstico é baseado na observação e relatos a respeito da conduta do paciente, geralmente criança, em mais de um ambiente social onde os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade se manifestam (DSM V, 2014).

Chama atenção o fato de as definições oficiais apresentarem à indicação de marcadores biológicos para TDAH, e alterações na região frontal do cérebro que prejudicam o funcionamento dos neurotransmissores cerebrais de portadores do transtorno se comparados ao cérebro de não portadores. Porém quando se trata de diagnosticar o transtorno a investigação não se baseia em exames de neuroimagem, mas sim no comportamento do indivíduo e nos relatos de conduta do mesmo em diferentes ambientes.

O DSM V é utilizado como manual basilar para que o transtorno seja diagnosticado. De acordo com os critérios deste manual, devem-se apresentar seis ou mais dos nove sintomas listados na tríade sintomatológica desatenção, hiperatividade/impulsividade em um grau que seja inconsistente com o nível de desenvolvimento e ter impacto negativo diretamente nas atividades sociais, acadêmicas e ou profissionais por um período de pelo menos seis meses. (DSM V, 2014). O DSM V não descreve quais seriam os níveis de desenvolvimento que são considerados dentro da “normalidade” ou dentro dos “padrões”.

Os sintomas devem ser apresentados no indivíduo antes dos doze anos de idade, e não devem ocorrer durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, não devendo ser mais bem explicados por outro transtorno mental (DSM V, 2014).

Sobre os critérios diagnósticos, o DSM V apresenta:

Quadro 1 - Critérios diagnósticos

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):	
<p>1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p>	<p>a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso). b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas). c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). d. Frequentemente não segue instruções até o fim e</p>

	<p>não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa a tarefa, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).</p> <p>e.Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).</p> <p>f.Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).</p> <p>g.Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).</p> <p>h.Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).</p> <p>Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).</p>
<p>2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opoitor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p>	<p>a.Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).</p> <p>b.Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).</p> <p>c.Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).</p> <p>d.Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa a tarefa, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).</p> <p>e.Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).</p> <p>f.Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).</p> <p>g.Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos,</p>

	<p>óculos, celular).</p> <p>h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).</p> <p>i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).</p>
<p>B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.</p>	
<p>C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).</p>	
<p>D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.</p>	
<p>E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).</p>	
<p style="text-align: center;">Determinar o subtipo:</p> <p>314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.</p> <p>314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.</p> <p>314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.</p>	

Fonte: Autoria própria

O TDAH possui três subtipos que são: O TDAH de apresentação combinada que ocorre quando a criança apresenta tanto os critérios de desatenção como os critérios de hiperatividade/impulsividade por pelo menos 6 meses; O TDAH de apresentação predominantemente desatenta, se a criança apresenta mais critérios de desatenção e menos de hiperatividade/impulsividade nos últimos 6 meses; e o TDAH de apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, que se apresenta quando há mais critérios de hiperatividade/impulsividade do que de desatenção no mesmo período citado nos subtipos anteriores. (DSM V, 2014).

O DSM V indica a necessidade de especificar a gravidade atual do transtorno como:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional. (DSM V, 2014, p.60).

Na realização do diagnóstico, os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade devem ser evidentes e interferir no funcionamento social, acadêmico ou profissional, além de ser apresentado em dois ou mais ambientes (DSM V, 2014).

A comprovação destes fatos tem como exigência a entrevista de pessoas que façam parte desses contextos, sendo assim, quando há a suspeita de que um aluno é portador do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, e essa criança é encaminhada para diagnóstico, é comum que as instituições de ensino preencham formulários e escalas para reportar ao médico o comportamento do aluno (LARROCA; DOMINGOS, 2012). Para Larroca e Domingos (2012), as escalas que os professores mais utilizam são *Child Behavior Checklist* (CBCL), a Escala *Conners*, a SNAP-IV e a Escala de TDAH. Esses questionários sistematizados possuem o intuito de avaliar e mensurar o comportamento e as emoções das crianças, possibilitando uma visão mais objetiva dos sintomas.

2.5 O Tratamento

O tratamento consiste em orientar a escola e a família na realização de terapia especializada e no uso de medicamento; sendo priorizado o uso de psicoestimulantes e os derivados anfetamínicos (ARAÚJO, 2002; SEGENREICH; MATTOS, 2004).

Rohde *et al* (2000) afirmam que o tratamento inclui uma abordagem múltipla. O tratamento abarca intervenções psicossociais que, se baseiam em fornecer informações à família a respeito do transtorno de forma clara e precisa, e em intervenções psicofarmacológicas, onde os estimulantes são a primeira escolha dentre as medicações.

Algumas literaturas sugerem um tratamento conjugado entre medicação e terapia. Para Segenreich e Mattos (2004), frequentemente o tratamento do transtorno pode ser vinculado à terapia cognitivo-comportamental. Chama a atenção um autor especificar *a priori* uma base teórica na psicologia, sabendo-se que há muitas outras. Estratégia mercadológica? Paula (2015) aborda em seu texto que o diagnóstico de TDAH se desdobrará em tratamento psicofarmacológico e psicoterapêutico.

Existem autores que defendem que o tratamento, assim como o diagnóstico, deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar. De acordo com Rotta (2006 apud BONADIO; MORI, 2013), para um melhor resultado o tratamento deve envolver a modificação do comportamento, o ajuste acadêmico, a psicoterapia e a terapia farmacológica. Araújo (2002) indica que o acompanhamento multidisciplinar irá colaborar para um melhor desempenho acadêmico do portador de TDAH. O atendimento será realizado de modo individualizado de acordo com a necessidade de cada criança. “Algumas crianças precisam de acompanhamento fonoaudiológico, outras de pedagogos, e a maioria das famílias necessitarão em algum momento do suporte psicoterápico” (ARAÚJO, 2002, p. 108).

Apesar de diversos autores abordarem diferentes formas de tratamento, o uso de medicamento é dado como a primeira opção. No tratamento medicamentoso, o estimulante mais utilizado no mercado brasileiro é o metilfenidato; o medicamento é indicado em casos de TDAH sem comorbidades e nos casos comórbidos que apresentam transtorno disruptivos, depressão, ansiedade, transtorno de aprendizagem e retardo mental leve (ROHDE *et al.*, 2000).

A Ritalina, nome comercial do metilfenidato, tem ação sobre o sistema nervoso central como um psicoestimulante e resulta em um aumento da dopamina

na fenda sináptica, o que inibe os transportadores de dopamina no neurônio pré-sináptico (POLANCZYCK *et al.*, 2011, apud PAULA, 2015). Além de atuar sobre a dopamina, o metilfenidato também atua sobre a noradrenalina, a glutamina e a serotonina (GAINETDINOV, 2001; GATLEY *et al.*, 1996; KUCZENSKI; SEGAL, 1997 apud SCHMITZ, 2018). Leonard *et al.* (2004, apud SCHMITZ, 2018) descrevem que o metilfenidato tem ação curta, uma meia vida de duas a três horas. Recomenda-se que o uso da medicação seja feito em duas doses ao dia, uma pela manhã e outra ao meio do dia. Cerca de 70% dos pacientes têm resposta adequada ao fazer uso do psicoestimulante (ROHDE *et al.*, 2000).

Quando administrado na forma intravenosa, o metilfenidato atinge no cérebro o pico entre quatro e dez minutos e na administração oral esse pico ocorre após sessenta minutos bloqueando mais de 50% dos transportadores de dopamina (VOLKOW *et al.*, 2002 apud SCHMITZ, 2018).

O estimulante promete promover a remissão dos sintomas, melhorando: a interação social, o desempenho acadêmico, a concentração em tarefas, e diminuindo o cansaço (JOHNSTON *et al.*, 2011 apud SCHMITZ, 2018; MOYSÉS, 2013).

As doses diárias para o alcance desses benefícios variam nas crianças e nos adultos. Para Johnston *et al.* (2011 apud SCHMITZ, 2018), doses consideradas clínicas são abaixo de 5 mg/kg/dia; acima disso considera-se uso abusivo. Para Rohde *et al.* (2000), a dose terapêutica normalmente gira em torno de 20 mg/dia e 60 mg/dia (0,3 mg/kg/dia a 1 mg/kg/dia).

Como foi exposto, em suma, afirma-se oficialmente que o TDAH é um transtorno de origem neurobiológica iniciado na infância, que apresenta falta de atenção, hiperatividade e impulsividade; seu diagnóstico é clínico e seu tratamento é preferencialmente medicamentoso. Seguindo os autores supracitados encontramos uma unicidade tácita em relação ao transtorno, subsistindo um discurso de comprovação sobre os marcadores biológicos, e uma concordância no que se refere ao diagnóstico e tratamento; o que não reflete a realidade dos fatos. A partir disso, no próximo capítulo, será apresentada uma visão contrastante ao pensamento biologizante e as motivações que ocasionaram a guinada da psiquiatria moderna.

3 CONTROVÉRSIAS SOBRE O QUE É O TDAH, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

3.1 Questionando as definições “oficiais” do TDAH

Até o momento foram referidas neste texto as visões mais comumente difundidas a respeito do TDAH, porém, embora o DSM V, a ABDA e a ABP concordem em seus discursos que o TDAH possui marcadores neurobiológicos e pretendam, se baseando nessa afirmativa, trazer a visão unanime e incontestável a respeito da existência do transtorno, não há uma comprovação de que o TDAH se configure como um distúrbio de origem biológica.

Ao examinar a literatura que tem o TDAH como tema, pode-se identificar que uma gama de profissionais, incluindo pediatras, psiquiatras e psicólogos, questiona essa visão. Autores como Moysés (1994; 2015), Collares (1992; 1994), Landman (2019) e Lima (2005) apresentam um posicionamento que contraria o pensamento difundido pelas definições oficiais.

Verifica-se a existência de um debate teórico sobre o que diz respeito aos marcadores neurobiológicos, a etiologia do transtorno, seu diagnóstico e o tratamento medicamentoso. Em última análise, questiona-se o próprio transtorno, efetuando-se uma reflexão que o situa como produção histórica útil, tanto para a indústria farmacêutica, quanto para uma sociedade ávida por otimização de desempenho.

A visão assumida nesse trabalho é concordante com a corrente que não considera que o “transtorno” possua origem biológica, e para embasar essa perspectiva, serão apresentadas a seguir as motivações que levaram a mudanças de nomenclatura do transtorno nas versões do DSM juntamente com a visão de profissionais que criticam o discurso reducionista e medicalizante que se disseminou em boa parte dos países em relação à atenção e atividade das crianças.

3.2 Mudanças no DSM e suas motivações

O DSM é um manual estatístico e diagnóstico que classifica os transtornos mentais seguindo um modelo categorial; o manual é destinado a pesquisa e prática da psiquiatria (GOMES DE MATOS *et al.*, 2005).

“O DSM se apresenta como um manual democrático e aberto ao debate, a críticas e controvérsias” (PEREIRA, 2009, p.22). O manual buscava apresentar uma postura ateórica; essa dita postura ateórica tinha a intenção de não se voltar para uma ou outra hipótese, e afastar dos diagnósticos as tendências teóricas pessoais. Para os criadores do manual ao abandonarem os referenciais etiológicos, os especialistas experimentariam um consenso que resultaria em um referencial diagnóstico único. Porém, na realidade, a pretensa perspectiva ateórica tinha por trás dela a lógica da psiquiatria biológica (PEREIRA, 2009). A psiquiatria biológica, de modo geral, é marcada pela redução dos acontecimentos de origem mental a descrições fisicalistas e biológicas (SERPA JUNIOR, 1998, apud PEREIRA, 2009). O diagnóstico do TDAH se insere na psiquiatria biológica, quando os desvios comportamentais são considerados distúrbios físicos ou disfunções neurofisiológicas. A nomenclatura e a hierarquização da tríade sintomatológica do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) variaram desde a terceira versão do DSM, e essas diferentes nomenclaturas e os critérios diagnósticos representam diferenças nosológicas e provocam novas formas de combinar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (PEREIRA, 2009).

Em meados da década de 70 nos Estados Unidos ocorreu um rompimento com a psiquiatria de pressupostos psicológicos e sociais que culminou nas mudanças ocorridas no DSM III. A terceira edição do manual foi um marco para a transformação do paradigma psiquiátrico e para a soberania da biologização da psiquiatria (LANDMAN, 2019).

O DSM a partir de sua terceira versão endossou implicitamente a perspectiva única de distúrbio orgânico, fazendo com que as perspectivas clínicas e psicanalíticas fossem consideradas obsoletas e ignoradas por completo nos Estados Unidos (LANDMAN, 2019, p. 34).

Para melhor compreender essas mudanças, será explicitado o percurso do DSM até sua terceira edição em 1980, que, após sua publicação, passou a ser visto como a bíblia dos psiquiatras (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

O DSM desde sua primeira versão foi lançado para concordar com as novas edições da CID (Classificação Internacional de Doenças). A primeira versão publicada em 1952 foi criada paralelamente a CID-6. Nesta versão se observava o uso do termo reação, que indicava que a psiquiatria americana, criadora do manual, naquele momento era embasada na perspectiva psicodinâmica (RUSSO, 1997 apud PEREIRA, 2009). Essa perspectiva compreende os transtornos mentais como

reações da personalidade e como fatores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 1994, apud PEREIRA, 2009).

No DSM I não se identifica uma seção exclusiva para os distúrbios da infância e não se verifica também entidades nosológicas que equivaliam à hiperatividade na infância (PEREIRA, 2009). Apesar de apresentar uma abordagem psicodinâmica, o desejo de equipar-se a CID já demonstrava o caminho que os criadores do DSM desejavam percorrer.

A segunda versão do DSM lançada em 1968 objetivava alinhar a nomenclatura dos transtornos utilizada no manual à nomenclatura da CID-8, que havia sido lançada em 1966. No entanto, nessa versão não ocorreram grandes mudanças nas concepções dominantes. Nessa versão do manual são identificados dois termos que se equiparam aos sintomas descritos no TDAH que são: as reações hipercinéticas da infância e a disfunção cerebral mínima. Ambas possuíam a mesma descrição de sintomas, contudo, tinham etiologias distintas; enquanto a reação hipercinética da infância era de origem psicológica a disfunção cerebral mínima originava-se de um fator orgânico (PEREIRA, 2009).

O lançamento do DSM III surge alinhando a nomenclatura do manual com a da CID-9; além disso, nesta edição seus idealizadores atingem o objetivo de torná-lo o primeiro instrumento diagnóstico confiável no desenvolvimento de pesquisas e no uso clínico (PEREIRA, 2009).

Para Henning (2000), “as transformações ocorridas na passagem do DSM II para o DSM III não abrangem apenas mudanças na nomenclatura, mas alteram o próprio conceito de doença”.

Segundo Scliar (2007), o conceito de doença, assim como o de saúde, difere em relação à cultura e as conjunturas sociais, políticas e econômicas. Deste modo, o que é considerado como doença em um determinado local pode não ser enxergado da mesma forma em outra conjuntura ou cultura.

Essa interpretação a respeito do que é considerado como doença se modificou na transição da segunda versão do DSM para a terceira. No intuito de se obter uma unificação dos diagnósticos, a psiquiatria que até então possuía uma visão psicanalítica e terapêutica, passou a indicar que os sinais de sofrimento possuíam uma origem física e/ou biológica. Isso fez com que todo sinal de doença tivesse uma origem única (HENNING, 2000).

A APA buscava reformular completamente o DSM. A nova versão do manual passou a se basear em critérios diagnósticos e em evidências, possibilitando um alto grau de confiabilidade e concordância diagnóstica entre diferentes psiquiatras (PEREIRA, 2009). Landman (2019) ressalta que o DSM III se tornou soberano na decisão diagnóstica. Até sua publicação não era possível harmonizar os critérios diagnósticos; como resultado dessa falta de consenso existia diferenças nos julgamentos clínicos e entraves para as trocas científicas, para pesquisas e para a epidemiologia. Essa foi uma das razões que levou os criadores do manual a abandonar a psiquiatria clínica e optar por uma psiquiatria descritiva dos comportamentos estabelecendo critérios operacionais facilmente utilizáveis.

A publicação do DSM III resultou em uma redefinição no ato de diagnosticar, fazendo com que a interpretação de símbolos de sofrimento passasse a ser compreendida como uma leitura de sinais de doença (HENNING, 2000).

Pereira (2009) afirma que os organizadores do DSM III intencionavam criar uma linguagem universal, descritiva e ateórica, tornando essa linguagem mais “científica e mais próxima da verdade”.

Os conceitos utilizados para a formulação diagnóstica deveriam traduzir fielmente, e apenas, os dados brutos da observação clínica, de forma a garantir uma descrição segura e neutra. A psiquiatria, nesse momento, partia de uma lógica classificatória baseada em pressupostos empiristas e objetivistas de descrição dos fenômenos mentais (PEREIRA, 2009, p. 26)

Russo e Henning (1999, apud PEREIRA, 2009) expõem que o projeto que passou a vigorar no DSM III é sustentado pela teoria organicista dos distúrbios mentais. A quebra na terceira versão do DSM com as teorias psicodinâmicas que embasavam as versões anteriores não significou a adoção da postura ateórica, mas, sim, de uma visão fisicalista dos fenômenos mentais (LOPES, 2013).

A partir do DSM III um conjunto de comportamentos passa a ser considerado como uma patologia. Os transtornos que antes eram passíveis de tratamento psicológico, pedagógico e social se transformaram em distúrbios que deviam ser tratados como as outras doenças, ou seja, com o uso de medicamento (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

3.3 O discurso medicalizante

De acordo com o que foi apresentado, a mudança na nomenclatura e o uso da terminologia transtorno no DSM trouxeram a defesa de uma origem biológica e

possibilitaram o uso de medicamentos para controle do comportamento humano. Segundo Russo e Henning (1999, apud PEREIRA, 2009), o termo transtorno se origina da dessubstancialização da doença mental e tem como consequência a ampliação da medicalização do comportamento. Pensar sobre a questão da medicalização traz consigo a reflexão sobre o processo de subjetivação pelo qual somos atravessados, isso parece se relacionar com o fato de que a subjetividade tem sido reduzida a dimensão orgânica/biológica (FIORE, 2005). Os comportamentos passaram a ser inscritos no registro de perturbação, distúrbio e desordem sendo designados como transtorno; e quanto mais os comportamentos se enquadram no termo transtorno, mais aumenta a demanda de tratamento e o uso dos fármacos (PEREIRA, 2009). Como dizem Russo e Venâncio (2006, p. 475): “O crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas do DSM III e versões posteriores mantém uma relação estreita com a produção de novos medicamentos”.

Landman (2019) aborda a ligação da indústria farmacêutica com as mudanças ocorridas no ramo da psiquiatria. Conforme o autor, o consumo de medicamentos contra o TDAH expandiu em grande parte dos países ocidentais e o uso da propaganda que tinha as empresas farmacêuticas como financiadoras, principalmente nos Estados Unidos, trouxe a adesão e identificação da sociedade ao transtorno. Esse tipo de apelo, de maneira não explícita, ocasiona angústia e sentimento de culpa nos pais e oferece o medicamento como a solução para o “problema” (LANDMAN, 2019). O intuito da propaganda é vender em primeira mão a doença e posteriormente a medicação; “vende-se o TDAH e ao vendê-lo, garante-se o futuro do medicamento anti-TDAH que comercializam” (LANDMAN, 2019, p. 92).

Landman (2019) também alerta sobre a existência de um paradoxo quanto aos marcadores biológicos das doenças mentais. Segundo o autor, existe o interesse de que se comprove cientificamente a existência dos marcadores biológicos das doenças mentais, mas na mesma medida existe o interesse que as questões relativas as doenças mentais sejam mantidas em uma dimensão conceitual.

Daí o interesse de permanecer numa área cinzenta suficientemente científica para dar a impressão de seriedade que pode convencer os médicos que prescrevem medicamentos, assim como o público, deixando os à espera de uma confirmação e sob os efeitos da flexibilidade do marketing (LANDMAN, 2019, p. 93).

O diagnóstico de TDAH se tornou o centro dessas mudanças e o metilfenidato um dos pilares na relação entre a psiquiatria biológica e a indústria farmacêutica. Landman (2019) questiona se o TDAH não seria uma invenção da *Big Pharma* com a intenção de promover o uso da Ritalina (nome comercial do metilfenidato). O autor afirma que, ao colocar em *xequê* essa questão, não há como se abster de um posicionamento político dentro de um debate público entre a ciência e a medicina de evidências *versus* a subjetividade (LANDMAN, 2019).

Para Lima (2005) a indústria farmacêutica se tornou um braço poderoso e lucrativo do capitalismo e um importante componente do biomercado que faz com que os consumidores de seus produtos considerem a medicação como o meio mais eficaz e legítimo de lidar com as injunções da vida. Diversos agentes participam dessa relação entre consumo, mudanças subjetivas e corporalidade e corroboram para a busca de uma razão biológica para o comportamento humano e a saúde perfeita (LIMA, 2005).

Dentro desse contexto, a Ritalina se apresenta como a solução para a agitação e a falta de foco, porém, revisando algumas literaturas que estudam o TDAH e o uso do estimulante, verificam-se controvérsias a respeito de sua eficácia e alertas sobre os prejuízos ocasionados por seus efeitos colaterais a curto e longo prazo.

Conforme Genro (2008) um ensaio clínico multicêntrico acompanhou o tratamento de 579 crianças pelo período de 14 meses. Neste estudo foram feitos grupos focais onde era realizada a administração do medicamento, grupos sem o uso do estimulante e grupos que tinham uma abordagem combinada de terapia mais o uso do metilfenidato. Segundo o estudo, apesar de ser identificada eficácia na redução dos sintomas centrais do TDAH no grupo que fez uso da medicação em comparação com o grupo que não a utilizou, os efeitos do medicamento no cérebro não foram bem esclarecidos.

Para Landman (2019), o fato de o portador de TDAH apresentar melhora ao ser administrado o medicamento não demonstra a sua eficácia.

É provável que o sucesso da prescrição dependa de vários fatores, como particularidades genéticas e ambientais, a aliança terapêutica, assim como as razões da hiperatividade e a natureza do tratamento, para além da medicação (LANDMAN, 2019, p. 99).

Lima (2005) aponta que, a partir de pesquisas realizadas por Judith Rapoport com uma substância semelhante, a dextroanfetamina (Dexedrine), se identificou que

a ação dos estimulantes em pessoas que não possuem o transtorno é semelhante à ação apresentada nos que possuem. (DILLER, 1998 apud LIMA, 2005). Landman (2019) afirma que estudos apontam que o uso do medicamento sem a sustentação psicológica da criança e de seus responsáveis somado a um trabalho social não é eficaz a médio e longo prazo.

Alguns estudos também evidenciam a existência de semelhanças farmacocinéticas entre o metilfenidato e a cocaína. Existem semelhanças entre a síndrome de intoxicação com cocaína que atua no bloqueio e na recaptação de dopamina e a intoxicação com anfetaminas que causam a liberação de dopamina (HALES; YUDOFISKY, 2011; KAPLAN; SADOCK, 2007 apud PAULA, 2015). Moysés (2013) também aponta a proximidade do estimulante com a cocaína. Para a autora, o uso da Ritalina possibilita um genocídio futuro dos anseios de crianças que questionam os modos de vida do mundo atual; esse processo ocorre por ser estabelecido um padrão do que é ou não normal. A criança que está fora deste molde, àquela que se mostra agitada e questionadora acaba sendo medicada, domesticada e forçosamente adequada ao ideal estabelecido.

Sobre os efeitos colaterais, se identifica com mais frequentes: a redução do apetite, insônia, anorexia, ansiedade, irritabilidade, cefaleia, dores abdominais e labilidade emocional (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Com uma frequência menor, se identifica efeitos colaterais como: tiques, alteração de humor, pesadelos e isolamento social, e com uma frequência ainda mais baixa se identificou o aparecimento da psicose (BARKLEY; MCMURRAY; EDELBROCK; ROBBINS, 1990; ROHDE; MATTOS, 2003; WILENS *et al.*, 2003; SCHTEINSCHNAIDER *et al.*, 2000 apud SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Além dos efeitos já citados, o metilfenidato, em caso de intoxicação, também apresenta quadro de hiperatividade simpática, hipertensão, taquicardia e hipertermia (JOHNSTON *et al.*, 2011 apud SCHMITZ, 2018).

De acordo com Moysés (2013), esses efeitos colaterais não são efeitos terapêuticos, mas, sim, reações adversas e sinais de toxicidade; segundo a autora, o uso do estimulante também interfere no sistema endócrino, que conseqüentemente interfere na hipófise, diminuindo a secreção do hormônio do crescimento, além de poder ocasionar uma parada cardíaca; A partir dessas evidências, a autora conclui que o custo-benefício do uso dessa anfetamina não vale a pena (MOYSÉS, 2013).

Landman (2019) também aborda os efeitos danosos sobre o crescimento das crianças que utilizam o medicamento, afirmando que elas crescem cerca de um centímetro a menos por ano de prescrição.

Conforme Landman (2019) os estudos realizados por especialistas que enaltecem os efeitos benéficos dos estimulantes sobre os principais sintomas do TDAH possuem conflitos de interesses. Pereira (2009) relata que Mattos (ABDA, 2009 apud PEREIRA, 2009), ao defender o tratamento medicamentoso em uma reportagem para uma rede de televisão, afirmou que as publicações feitas em revistas médicas são custeadas com publicidade. De acordo com Landman (2019, p. 99), “a prescrição em grande escala e o marketing propagou a ilusão de que um problema tão complexo como a hiperatividade pode ser resolvido por uma pílula”.

3.4 Crítica à visão reducionista e biológica do TDAH

Conforme observado, a transformação do sofrimento psíquico e do comportamento humano fora dos padrões em transtornos se fortaleceu com a publicação do DSM III. Essas mudanças fizeram com que a psiquiatria deixasse sua abordagem psicodinâmica e assumisse uma visão fisicalista, consolidando a psiquiatria biológica (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Desde a publicação da segunda versão do DSM, o TDAH é parte integrante dessa tendência reducionista da psiquiatria, uma vez que nessa edição o transtorno já era denominado como uma DCM, porém, apesar dos esforços dos idealizadores do manual em atestar a origem orgânica do transtorno, até o momento essa origem não pode ser comprovada.

Autores como Hernández, González e Sola (2015) afirmam que não há testes que comprovem a existência do TDAH e seus marcadores biológicos. Caliman (2006) e Caliman e Domitrovic (2013) expõem que o Instituto Nacional Americano (*National Health Institutes* - NHI) publicou o documento *Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity*, que declara o desacordo no meio científico sobre o transtorno; esse documento afirma não haver real comprovação das causas cerebrais e orgânicas do TDAH (NHI, 1998 apud CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Em 2009, um trabalho realizado pelo instituto canadense *Hasting Center* de pesquisa em Bioética demonstrou que ainda havia especialistas que discordavam a respeito do diagnóstico (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). O paradoxo existente sobre a origem orgânica do TDAH e seus marcadores

biológicos nos leva a refletir sobre o discurso que tornou o transtorno popular e até hoje orienta muitos diagnósticos. A alegação a respeito da existência de causas biológicas e orgânicas é seguida da afirmação de que ainda não foram localizadas comprovações desses fatores. Esse discurso é praticado até mesmo pelos ferrenhos defensores do TDAH. O fato desses elementos não serem comprovados, mesmo após inúmeros estudos e o diagnóstico ser baseado na observação e não por meio de exames, não deveria levantar a dúvidas a respeito da veracidade do transtorno?

Landman (2019) defende que há muitas formas de refutar a existência de uma doença mental. Dentre essas formas, o autor afirma que há: o fato de as doenças mentais serem consideradas como fruto de uma construção social, o caráter mutável dos sintomas psiquiátricos e a possibilidade de contestação através de argumentos técnicos, clínicos e epistemológicos.

Sobre as construções sociais, Landman (2019) explicita que algumas ditas patologias mentais refletem as limitações de uma sociedade, e ao passo que essa sociedade modifica seus costumes ocorre uma evolução cultural que ocasiona o desaparecimento da dita doença e da sua classificação na modalidade dos transtornos, tornando sua validade contestável.

Quanto ao caráter mutável dos sintomas psiquiátricos, o autor cita o exemplo da histeria, um mal que acometia algumas mulheres no final do século XIX. A histeria era ocasionada pela repressão e opressão as mulheres pela sociedade da época no tange a questões sexuais. De acordo com o autor, os sintomas tinham relação com o mal-estar na cultura (LANDMAN, 2019).

Em relação à possibilidade de contestação por meio de argumentos técnicos, clínicos e epistemológicos, Landman (2019) diz que o consenso por parte dos especialistas, que tornam válida a doença, não é fundamentado e não considera dados importantes; ou seja, que esse consenso tem origem em uma posição ideológica e em conflitos de interesse e não em uma abordagem científica; além do fato de que reconhecer a existência de um sintoma não torna esse sintoma parte de uma síndrome ou doença. Conforme o autor, “é impossível dar uma definição precisa da doença mental, assim como é impossível dar uma definição científica da norma em psiquiatria” (LANDMAN, 2019, p.30).

As controvérsias que giram em torno do TDAH devem-se principalmente ao fato dos critérios do DSM serem basicamente comportamentais, sendo passíveis de julgamento subjetivo, e a inexistência da comprovação por intermédio de testes

físicos, neurológicos ou psicológicos (LARROCA; DOMINGOS, 2012; GRAEFF; VAZ, 2008). O próprio DSM relata a não existência de marcadores biológicos em relação ao TDAH. O manual descreve alterações como volume encefálico reduzido e um possível atraso na maturação cortical nas características que apoiam o diagnóstico, para logo em seguida, informar que esses achados não são diagnosticados (DSM V, 2014).

Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH. Como grupo, na comparação com pares, crianças com TDAH apresentam eletrencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos (DSM V, 2014, p.61).

De acordo com Landman (2019) os especialistas defensores do TDAH sustentam que o transtorno possui validade diagnóstica, porém, em psiquiatria a validade de um diagnóstico não está condicionada a descoberta de uma etiologia e um agente causal. O autor também afirma que os que defendem o TDAH ainda não podem comprovar a origem de um marcador biológico e a base científica do transtorno (LANDMAN, 2019).

Para os partidários do TDAH, o seu diagnóstico ainda não tem uma etiologia definida, ainda não há o que se chama de “marcadores biológicos”. Mas já se dispõe de um feixe de presunções concordantes desprovidas de evidências, o reconhecimento dos marcadores biológicos (anatômicos, cerebrais, genéticos ou outros) é apenas uma questão de tempo e considerar que o TDAH tem base científica é tão somente uma antecipação. Os estudos genéticos, no entanto, não são verdadeiramente comprobatórios (LANDMAN, 2019, p. 56).

Guarido (2007) relata que a psiquiatria contemporânea proporciona a naturalização do fenômeno humano e torna o indivíduo um subordinado da bioquímica cerebral. Nessa lógica de construção diagnóstica, o remédio é parte integrante do transtorno, a historicidade e etiologia não são consideradas e a verdade do transtorno se pauta no funcionamento bioquímico. A biologização do comportamento humano torna o corpo um produto do capitalismo e diminui o peso dado ao sujeito na experiência humana (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009). Para compreender essa redefinição do sofrimento e comportamento humano, se faz necessário considerar a interseção existente entre: as novas produções científicas, os novos processos diagnósticos e o marketing da indústria farmacêutica; sem esquecer-se do olhar atento ao que é difundido no senso comum a respeito dos fundamentos biológicos e do que é naturalmente humano (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

Para Guarido (2007, p.158), “o discurso contemporâneo da psiquiatria biológica ou neuropsiquiatria descreve essencialmente os fenômenos humanos em termos de um funcionamento humano manipulável”. Ao fazer uso de estudos estatísticos e epidemiológicos, a psiquiatria biológica cumpre o papel de disciplinar a população (GUARIDO, 2007). Baroni, Vargas e Caponi (2010) descrevem que a biopolítica permite que a ciência se torne a normalizadora da sociedade. Esse processo favorece a criação de anormalidades que serão tratadas e reformuladas em prol do desenvolvimento econômico. A perspectiva biopolítica faz da medicina sua principal estratégia no controle de corpos (BARONI; VARGAS; CAPONI, 2010).

A medicina será o campo científico a ocupar, privilegiadamente, esse espaço, passando mais e mais a legislar sobre a normalidade e a anormalidade, a definir o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é, o que é bom e o que é ruim para a vida (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p.12).

Através do diagnóstico a medicina definirá e “julgará” o que será considerado normal e/ou saudável emitindo esse parecer a sociedade. A sociedade, por fim, acatará esse parecer, assumindo-o como uma “verdade absoluta”, e condenando ao uso de fármacos aqueles que não se enquadram nos moldes da normalidade.

3.5 Comportamento normal x Sintomas de transtorno

No que se refere às controvérsias sobre os critérios comportamentais destoantes descritos pelo DSM V como manifestação do transtorno, questiona-se quais deles não seriam ações naturais do comportamento infantil? Qual seria o limite da normalidade e que tipo de comportamento deve ser considerado em excesso? Como compreender se um determinado comportamento se deve a alguma disfunção orgânica e não está relacionado a questões igualmente significantes, como problemas de ordem social, ou traumas decorrentes de experiências do cotidiano da criança?

Para caracterizar a existência do transtorno, seis ou mais dos sintomas descritos nos itens de desatenção e hiperatividade/impulsividade devem ser apresentados por um período igual ou superior a seis meses (DSM V, 2014). Os critérios diagnósticos não levam em conta o contexto em que os distúrbios das crianças se manifestam, basta que eles sejam verificados em ambientes diferentes (LANDMAN, 2019).

Se analisados, esses ditos sintomas podem facilmente ser parte do comportamento das crianças; alguns dos comportamentos podem ser verificados até mesmo em adultos.

Que criança ao ser exposta, por exemplo, a um ambiente escolar pouco estimulante não ficará desatenta com relação a detalhes, não deixará de terminar as atividades e não relutará em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental prolongado? Qual criança não é agitada como um “motor ligado” ou que criança não corre e sobe nas coisas em momentos que para os adultos é inapropriado? Qual a criança que tem paciência para aguardar a sua vez e tem calma no momento de brincar? O TDAH é relacionado a sinais específicos da esfera afetiva, a personalidade ou à comunicação. Para Landman (2019) esses sinais comportamentais não possuem nenhum valor patognomônico, uma vez que em si mesmos não são patológicos.

Todas as crianças são facilmente distraídas, desatentas, agitadas, e esses sinais variam de um indivíduo para outro, de uma situação para outra. Há limiares de tolerância e efeitos de contexto, mas um limiar de tolerância não é um limiar biológico (LANDMAN, 2019, p.43).

Conforme já exposto neste trabalho, os elementos elencados como sintomas são subjetivos e passíveis de julgamento (LARROCA; DOMINGOS, 2012). “Quando se busca uma descrição detalhada e se estabelece um enquadramento restritivo, o diagnóstico do TDAH no DSM-5 comporta grandes doses de eventualidade e subjetividade” (LANDMAN, 2019, p. 44).

Relacionar o comportamento infantil a transtornos está diretamente ligado à construção de padrões de normalidade constituídos pela sociedade moderna. As variações normais do comportamento humano não devem ser confundidas com patologias. Porém, cada vez mais se verifica uma crescente no ato de tornar alguns comportamentos infantis em manifestação de sintomas de transtorno; esse processo também pode ser compreendido como o processo de patologização da infância (CERVO; SILVA, 2014). A patologização ocorre quando há o aumento do número de diagnósticos e/ou classificações, e estes transformam cada vez mais os comportamentos antes considerados normais em ações excedentes à normalidade instituída (CERVO; SILVA, 2014). Segundo Cecarelli (2010) essa patologização da normalidade provém da geração de regras sociais e normas de conduta que servem para classificar, etiquetar e muitas vezes punir o indivíduo. Essas regras determinam

a forma que os sujeitos devem agir tomando como base parâmetros que não consideram sua particularidade e subjetividade.

O DSM tem se apresentado como instrumento que estabelece parâmetros sobre o que é uma conduta dentro ou fora da norma, e o TDAH como uma justificativa de controle. De acordo com Canguilhem (1982 apud BARONI; VARGAS; CAPONI, 2010) o que não é igual, ou seja, o que é diferente da média, não corresponde necessariamente a uma doença. A patologização dos comportamentos, que antes eram tomados como rotineiros, alimenta a lógica do DSM e o justifica. A associação dos sintomas e a forma diagnóstica proposta pelo manual tornou o comportamento um sintoma do transtorno mental (GUARIDO, 2007).

Foucault (2006 apud CERVO; SILVA, 2014) aponta que a infância se tornou alvo da difusão do poder psiquiátrico, dando suporte ao processo de psiquiatrização, e foi por meio da criança não-louca que a psiquiatrização da criança se produziu (FOUCAULT, 2006 apud CERVO; SILVA, 2014). O olhar psiquiátrico define o que é normal ou anormal, produzindo o estereótipo da criança doente e retroalimentando o processo de medicalização do comportamento (FOUCAULT, 1973, 1974, 2006 apud LOPES, 2013).

Uma vez que o poder disciplinar é normalizador, aqueles que não podem ser assimiláveis, de uma maneira ou de outra, classificam-se como doentes mentais e são anomizados, ou seja, colocados de lado ao mesmo tempo em que são constituídos sistemas disciplinares suplementares para, talvez, recuperá-los (LOPES, 2013, p. 25).

Como observado neste capítulo, à defesa de um marcador biológico do TDAH tem ligação com as mudanças ocorridas no DSM no decorrer dos anos e com o surgimento da psiquiatria biológica que, patrocinada pela indústria farmacêutica, sustenta a transformação do comportamento infantil considerado fora da norma em sintomas de um transtorno. Esses “sintomas”, de acordo com DSM, impactam negativamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais de quem sofre de TDAH o que coloca a escola como lugar aonde o dito transtorno irá se manifestar (DSM V, 2014). Analisando os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade, verifica-se que boa parte deles tem relação com questões acadêmicas e com o ambiente escolar.

No capítulo a seguir serão abordadas as relações existentes entre a escola, o diagnóstico e a medicalização da educação. Nele o termo TDAH não será mais utilizado, em substituição será utilizado o termo comportamento fora dos padrões,

uma vez que a autora passou a adotar a perspectiva da construção social e mercadológica do suposto transtorno.

4 A ESCOLA E O COMPORTAMENTO INFANTIL FORA DOS PADRÕES

Por meio das reflexões levantadas nos capítulos anteriores observa-se que a escola pode ser considerada como um dos palcos onde os comportamentos que se tornam sintomas se apresentam. Além de ser um ambiente privilegiado para a manifestação do comportamento fora dos padrões, verifica-se que professores, diretores e coordenadores são os maiores responsáveis pelo pré-diagnóstico, fazendo com que a escola ocupe um lugar de destaque no *ranking* de encaminhamento de crianças aos consultórios médicos para um diagnóstico. O que ainda se questiona é o motivo da escola encabeçar esse *ranking*, os parâmetros utilizados pela instituição para estabelecer o limiar entre o normal e o patológico e a razão do saber médico se sobrepor ao saber pedagógico, sendo considerado como a solução para o “aluno problema”.

A escola em seu ideário pode ser entendida como um espaço propício à compreensão e estímulo à individualidade dos sujeitos, no entanto, a instituição tem se mostrado um ambiente que favorece a padronização e o controle de corpos e mentes. Esse processo de padronização dos alunos, de acordo com um modelo idealizado, embasa o movimento de culpabilização do sujeito pelo fracasso escolar e pelo não atingimento dos resultados esperados.

Para melhor entendimento dessas questões refletiremos sobre o que à escola espera de seus alunos e sobre a interferência do saber médico na educação. Essa compreensão se dará através da introdução do conceito de ideal articulado ao campo educacional por meio das ideais de ideal de aluno e ideal de educação. Após, será apresentada a definição de medicalização com um breve panorama de como iniciou a influência da medicina na educação brasileira e como esse fenômeno acabou por patologizar a infância e a educação. Por fim, pretende-se estabelecer uma relação entre esses conceitos, a fim de que se reflita sobre o que motiva a escola a buscar o diagnóstico, e entender por que a instituição coloca outro saber acima do saber produzido por ela, questões que impulsionam esse trabalho.

4.1 Conceito de ideal do eu e sua relação com a educação

O conceito de ideal do eu foi desenvolvido por Freud (1914 apud CARNEIRO; COUTINHO, 2020). Ele nos indica que sem o ideal não é possível a construção de um eu, já que será justamente sobre a imagem idealizada pelos cuidadores que o

bebê vai se constituindo como humano. Esse conceito freudiano permite a reflexão sobre a interface entre o individual, o social e as bases sociais de sustentação das funções parentais. Segundo Carneiro e Coutinho (2020, p. 67), “as instâncias do ideal do eu e do eu ideal remontam à incidência do narcisismo dos pais na constituição subjetiva dos filhos”. O eu surge como um eu ideal, trazendo em sua matriz o que os pais conferem de modo idealizado aos filhos.

O desenvolvimento do eu ocorre no afastamento do narcisismo primário, aliado a uma tentativa de retorno a esse estado primário. Esse afastamento acontece em função do deslocamento da libido¹ que por sua vez é direcionada a um ideal do eu vindo de fora, e a satisfação provocada pela realização desse ideal (FREUD, 1914, 1976, apud CARNEIRO; COUTINHO, 2020).

Para Carneiro e Coutinho (2020) o ideal do eu seria uma forma de gradação dentro do espectro caracterizado como eu, que se estabelece com o desenvolvimento da criança a partir dos investimentos objetais que se dão.

“É esse sistema que permite à criança constituir seu próprio ideal do eu, precipitado de identificações com objetos de investimentos perdidos, revivendo o estado de perfeição que lhe foi anteriormente atribuído” (CARNEIRO; COUTINHO, 2020, p.68).

O ideal do eu sofre a influência de outras pessoas que ocuparão o lugar idealizado dos pais no decorrer da vida da criança e será enriquecido nessas relações. Pode-se compreender que no decorrer da vida escolar das crianças, os professores ocuparão esse lugar idealizado que originalmente pertenceu aos pais.

O eu pode se satisfazer se aproximando do ideal ou pode sofrer ao se distanciar delas. Com isso, compreende-se que a frustração ocorrerá quando o eu julgar as ações e as comparar com o seu ideal (CARNEIRO; COUTINHO, 2020).

Os ideais também são marcados pela cultura e pela época. Esses ideais não são pensamentos individualizados, eles expressam o pensamento de uma sociedade ou de um determinado grupo social. Sendo assim, os ideais dos pais, dos professores ou os ideais de uma família sobre a educação das crianças estarão

¹ Libido - Energia postulada por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto (deslocamento dos investimentos), quanto à meta (sublimação, por exemplo) e quanto à fonte da excitação sexual (diversidade das zonas erógenas).

impregnados de valores pertencentes ao grupo a qual elas fazem parte, além de sofrerem influência de um determinado tempo ou lugar.

Os pais possuem seus próprios ideais, matizados pela relação de cada um com a castração, mais narcísicos (eu ideal) quando o eu coincide com o ideal em um resgate da completude narcísica inaugural, ou menos narcísicos (ideal do eu) quando a distância entre o eu e o ideal pode ser sustentada, prevalecendo a dimensão de impossível da realização do ideal. Os filhos tornam-se alvos de projeção desses ideais e, nas formas mais narcísicas, são observados não mais enquanto aquilo que são – “criança real”, tal como nomeamos aqui – e sim a partir daquilo que lhes falta ou do que não são (CARNEIRO; COUTINHO, 2020, p. 69).

Quando a distância entre a criança real e a ideal é muito grande, os pais têm a tendência de enxergar mais as falhas e imperfeições e não acreditam nas trajetórias e soluções que os filhos traçam. Esses conceitos também são aplicáveis à escola, visto que se espera que a criança ideal também seja o aluno ideal.

Carneiro e Coutinho (2020) afirmam que a escola ressalta esse ideal de criança e estabelece um modelo do que seria um “aluno ideal”. No âmbito escolar o modelo ilusório de criança corresponde ao aluno aplicado, o aluno nota dez, cujo comportamento é irretocável. Porém, esse perfil de aluno está longe de corresponder à criança real; conseqüentemente essa criança não se enquadrará no modelo idealizado de aluno.

Para as crianças, a escola é reconhecida como um local de aprendizado formal e um campo de maiores desafios. O ato de compreender a escola como esse espaço de aprendizagem vai delineando nas crianças uma narrativa sobre os ideais sociais de saber depositados na escola. De acordo com Carneiro e Coutinho (2020) a escola como um ambiente de saber captura as crianças no que elas não sabem. “O ‘não saber’, para além do conhecimento formal, coloca as crianças diante da relação com o outro, o adulto. O que ele quer de mim? Como responder e corresponder ao seu desejo?” (CARNEIRO; COUTINHO, 2020, p. 47). Deste modo, quanto mais próximo de corresponder ao que os adultos esperam delas mais próximas elas estarão do reconhecimento e do êxito, ao passo que, o quanto mais distante estiverem do modelo imposto/oferecido por eles, mais serão enxergados como “criança problema”.

No que se refere à compreensão do conceito de ideal de educação, faremos uso das ideias abordadas por Carneiro e Coutinho (2020) na pesquisa realizada em parceria com o NIPIAC, as Faculdades de Educação da UFRJ e da UFF e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Nessa pesquisa, além da visão de outros grupos, foram

apresentadas as visões de educadores quanto ao mal-estar na educação. Na ótica dos educadores, esse mal-estar foi observado através das vertentes: ideal de aluno e ideal de educação.

As autoras utilizam o termo mal-estar em substituição a fracasso escolar. Além de ser um empréstimo da terminologia utilizada por Freud (1930,1980 apud CARNEIRO; COUTINHO, 2020) como título de um dos seus principais textos (*O mal-estar na civilização*), o termo é utilizado como uma estratégia política para pensar a diversidade. Carneiro e Coutinho (2020) elegeram o termo mal-estar concordando que a construção da civilização impõe uma série de restrições ao pulsional compreendendo que, com isso, estar na cultura, produzir cultura, não é um processo harmonioso, mas, sim, um processo que instaura conflitos e uma tentativa de equilíbrio. O mal-estar que se vincula ao ideal de educação tem relação com as concepções a respeito da educação e a função social da escola, que perpassa a idealização de uma educação plena e sem conflitos; esse mal-estar aponta para a distância existente entre o aluno real e o aluno idealizado (CARNEIRO; COUTINHO, 2020).

Ao abordarem em sua pesquisa o mal-estar na ótica dos educadores, no que se relaciona ao ideal de educação, Carneiro e Coutinho (2020) apresentam a visão de teóricos da educação como: Saviani (2005), Lukesi (2003) e Vasconcellos (1992). Esses teóricos afirmam que a escola atual sofre uma forte influência de tendências neoliberais que se baseiam na ideologia da meritocracia; essas tendências são individualizantes e competitivas e formam sujeitos para o mercado. Os educadores rejeitam essa postura mercadológica tendo uma maior identificação com uma formação mais humanista, o que resulta em uma tensão entre o ideal de educação e as exigências da prática docente. Essas categorias remetem ao conceito de ideal do eu que se torna uma referência teórica importante para as bases simbólicas que sustentam o laço educativo. “O regime do eu ideal, que só admite o idêntico, remetendo assim aos totalitarismos e às tiranias individuais e/ou coletivas” (CARNEIRO; COUTINHO, 2020, p. 81).

Para Carneiro e Coutinho (2020) esse discurso traz uma ideia de controle, onde o sucesso nas aprendizagens será alcançado se os modelos teóricos, práticos e metodológicos forem aplicados de forma correta e de modo racional. O mal-estar relativo a esses imperativos de sucesso no campo da educação, pensado a partir do discurso capitalista, impõe uma lógica da eficácia com base na ciência e na técnica.

Essa lógica se apresenta como o sustentáculo da política educativa que visa à produtividade e o bom andamento do sistema; é um processo de destruição dos laços sociais que transforma tudo e todos em objetos da técnica, da produção e do consumo. No contexto pedagógico, tem se valorizado uma educação direcionada para métodos e técnicas, que buscam o alcance de resultados e o cumprimento de metas educativas estabelecidas. Impondo rigor e controle, busca-se apenas o atingimento de meta que, muitas vezes, não condiz com o que o professor deseja ou com aquilo que o aluno desperta nele enquanto sujeito.

Segundo Carneiro e Coutinho (2020), é necessário observar que a dimensão do impossível está presente em todo o ideal, e quando essa dimensão não é acatada ela pode ocasionar mais mal-estar frente aos imperativos de sucesso e perfeição técnica; algo sempre escapa e desconstrói a crença de um controle total e de um planejamento realizado com perfeição quando se trata do campo do desejo, do humano.

4.2 Conceito de Medicalização na educação

A medicalização, no geral, pode ser compreendida como o processo que transforma, de modo artificial, questões não médicas em problemas médicos. Com o processo da medicalização, problemas de ordens diversas passam a ser considerados, “transtornos” e “distúrbios” e ao se tornarem doenças, esses problemas que possuem origens políticas, sociais, culturais e afetivas acabam se tornando uma questão de ordem biológica e um problema individual (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Guarido e Voltolini (2009) apresentam uma definição semelhante para o conceito de medicalização. Para os autores, a medicalização é um fenômeno que reduz as problemáticas sociopolíticas e as individualiza.

Tanto Moysés e Collares (1994) como Guarido e Voltolini (2009) concordam que a problemática do medicalizar se situa na ação de tornar questões amplas, que envolveriam áreas diversas de conhecimento, em um problema de domínio unicamente médico. De modo geral, a crítica realizada a medicalização se direciona a esse ato de tornar individual aquilo que pode ser analisado através de diferentes perspectivas.

A medicalização é compreendida como a representação da difusão do saber médico no tecido social, como a disseminação do conhecimento científico e como a prática médica em um contexto não terapêutico, mas em um contexto político-social (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009). Assim sendo, pode-se compreender que tornar questões inerentes à vida humana em disfunções orgânicas favorece a abordagem organicista, e o fato de centrar o problema no indivíduo desresponsabiliza as esferas de poder no que tange a resolução de problemas de interesse coletivo (MOYSÉS; COLLARES, 1994, 2013).

Por essa visão de mundo, as circunstâncias sociais, políticas, econômicas, históricas teriam mínima influência sobre a vida das pessoas; daí decorre que o indivíduo seria o maior responsável por seu destino, por sua condição de vida, por sua inserção na sociedade. O sistema sociopolítico é praticamente desresponsabilizado, em uma concepção funcionalista bastante bem-elaborada e eficiente (MOYSÉS; COLLARES, 1994, p. 26).

O processo de medicalização representa a biologização dos conflitos sociais, e a biologização humana desencadeia a patologização do comportamento, fazendo com que o indivíduo seja suscetível a interferências e posto em uma posição passiva receptora (LUENGO, 2010). A biologização descaracteriza os processos e fenômenos da vida em sociedade, como a historicidade, a cultura assim como a organização social e suas desigualdades. A patologização, por sua vez, se manifesta através do controle das aptidões e do desempenho, que ao serem totalmente supervisionados, passam a ser adestrados, fazendo com que as atitudes que não estão em conformidade com o padrão social, e fogem dos parâmetros considerados normais, sejam evidenciadas e caracterizadas como algo patológico (LUENGO, 2010; MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Gori e Del Volgo (2005 apud GUARIDO, 2008) entendem a medicalização não apenas como um processo decorrente do saber médico na modernidade, mas como uma consequência das transformações próprias desse contexto histórico, principalmente no que se refere ao lugar que a tecnologia científica ocupa na sociedade moderna, nos campos éticos e políticos.

O fenômeno da medicalização se apresenta em todas as instâncias da sociedade, e a escola sendo compreendida como um ambiente que produz e reproduz regras e padrões estabelecidos por essa sociedade não foge a influência desse processo, se tornando um dos primeiros espaços a delimitar o que é um comportamento em conformidade.

Analisando a literatura que se debruça sobre a interferência da medicina no campo educacional que culminou na medicalização, verifica-se que o saber e o fazer pedagógico se interligaram ao saber médico em alguns momentos no curso da história. Essa intervenção da medicina na educação no Brasil se deu principalmente por meio da educação higienista.

No final do século XIX, boa parte da medicina se voltou para a prática higienista, e os médicos propunham mudar o hábito da população por meio do disciplinamento, tendo um ideal de comportamento a ser seguido, onde quem não o obedecesse, era considerado fora do padrão. O alvo das práticas higienistas se tornou a criança, uma vez que, se entendia que se o controle do corpo fosse praticado a partir da infância, na fase adulta as condutas estariam de acordo com o ideal desejado. É nesse foco sobre a criança que a influência da medicina no campo educacional se inicia (LUENGO, 2010).

A medicalização da infância veio como consequência da higienização e, nesse sentido, educação e saúde se uniram como elementos inseparáveis na implantação de um programa de normalização e moralização, que visava manter um forte pilar social – a ordem – pelos bons hábitos. Desde então, a educação passou a ser alvo do poder médico (LUENGO, 2010, p. 45).

A escola passou a ser considerada como o lugar ideal para cultivar nas crianças os hábitos considerados bons, para o controle de corpos e mentes e alcance da disciplina (LUENGO, 2010).

Na atualidade, a interferência médica se faz presente no ambiente escolar não mais na forma de uma educação higienista, mas através de pesquisas biológicas e neurocientíficas que tentam encontrar no funcionamento cerebral os fundamentos da aprendizagem e da não aprendizagem; a esse evento dá-se o nome de medicalização do discurso escolar, pois ele torna problemas de ordem pedagógica em patologias (GUARIDO, 2008).

Na década de 70, iniciaram-se os estudos voltados para crianças com problemas de aprendizado, mas foi a partir de 1980 que a medicalização no âmbito da educação se desenvolveu e se fortaleceu, mantendo seu foco na falta de atenção, no comportamento desviante e nos problemas de leitura e ou escrita (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009; ALVARENGA, 2017). Não é coincidência que, conforme abordado no capítulo anterior, o DSM III tenha sido publicado neste mesmo período e com a psiquiatria biológica comportamentos passaram a ser medicalizáveis, transformando a indisciplina e o comportamento desviante no

ambiente escolar, que antes poderiam ser analisados a partir de um olhar pedagógico, em falhas biológicas e algo patológico. A aprendizagem e as formas de agir e ser, áreas diversas e complexas, tornaram-se alvos preferenciais da medicalização. Em consequência disso, crianças e adolescentes foram os mais atingidos (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

A patologização e a medicalização atuam na produção do fracasso escolar, um dos maiores problemas educacionais do Brasil em muitos anos (COLLARES, 1992). A patologização se apresenta como uma forma de apontar os desvios e desencadeia a medicalização que se torna um instrumento de punição através do uso da medicação. (LUENGO, 2010). O comportamento fora dos padrões é considerado um dos componentes que resulta no fracasso escolar, sendo uma das vertentes que promove sua patologização e legitima o uso da terapia medicamentosa (PEREIRA, 2009; MOYSÉS; COLLARES, 1994, 2013). Esse problema educacional se manifesta com maior ênfase exatamente nos primeiros anos de escolarização, período esse em que as crianças são pré-diagnosticadas pelo corpo escolar por apresentarem o comportamento fora dos padrões; esse fato reafirma a correlação existente entre esses dois fenômenos.

4.3 Relação entre a medicalização, o ideal de educação e ideal de aluno na produção da escola como identificadora do comportamento fora dos padrões

Conforme foi explicitado, o conceito de ideal, que se aplica tanto a educação como ao aluno, pode se apresentar a partir de um modelo mais narcísico no qual a falta possa ser de alguma forma menos considerada ou menos narcísica. No primeiro modelo, a perfeição articulada ao ideal pode deixar pouca margem para o acolhimento da criança real.

Quanto ao processo de medicalização, vimos que ele torna problemas que possuem origens diversas em uma questão unicamente médica, assim como, transforma problemas de ordem coletiva em uma questão individual, que culpabiliza o sujeito. Mas que relação pode existir entre esses dois conceitos, e como eles atuam na produção de uma escola que aponta como patologia o comportamento fora dos padrões?

Segundo o que foi apresentado a respeito desses fenômenos, pode-se compreender que eles podem atuar conjuntamente na produção do pré-diagnóstico do comportamento fora dos padrões feito pela escola.

Com base no conceito de ideal no qual se considera pouco a importância da falta, a exigência perfeccionista de um padrão de aluno parece deixar pouca margem de negociação entre o ideal e o que a realidade nos apresenta. Quando o aluno está aquém desse ideal, e a escola não consegue atingir os objetivos estabelecidos no processo de ensino e aprendizagem desse aluno, em uma perspectiva de educação igualmente idealizada, a instituição passa a enxergar esse aluno como a “criança-problema”. É neste momento que a medicalização atua, transformando seu comportamento em doença, o medicalizando.

Essa escola a qual nos referimos atua como filtro entre o normal e o patológico e possui uma prática que visa à padronização e o disciplinamento. De acordo com Bossa (2002), a criança deve ser educada para obedecer às regras de conduta instituídas pela sociedade. A escola vê na criança um adulto em desenvolvimento e busca educá-la baseando-se em uma ideia de um ser racional. Através dessa educação idealizada, que cumpre regras e visa o futuro, essa criança deverá se tornar o adulto ideal.

Ao conjunto de regras e normas praticadas pela escola que cumprirão a tarefa de moldar o adulto ideal dá-se o nome de disciplina. O poder disciplinar acontece por meio de métodos e estratégias que exercem o controle sobre o corpo. Quanto mais se tem disciplina, mais obediência e eficiência se alcançam (BOSSA, 2002).

O poder disciplinar institui a norma: à medida que hierarquiza, regulamenta, padroniza, distribui lugares, normaliza. Assim, leva a uma homogeneização do corpo social, criando regras para impedir os desvios, ajustar as diferenças e produzir as individualizações (BOSSA, 2002, p. 45).

A norma passa a ser um referencial, e o que se desvia da norma se torna objeto de controle. Esse modelo de educação normatizador atende as necessidades da sociedade capitalista e serve de base para o progresso científico e social. A escola acaba se apresentando como a instituição que dissemina essas normas; isso pode ser exemplificado pela dinâmica imposta nas salas de aula, onde os alunos sentam-se em cadeiras enfileiras umas atrás das outras e devem manter-se concentrados por horas nas tarefas propostas. Aquele aluno que porventura não consiga cumprir essas regras, logo é visto como a “criança problema” e um possível portador do comportamento fora dos padrões (BOSSA, 2002).

Essa ação de diferenciar o normal do anormal na criança ocorre como parte do avanço científico, e o professor se torna aquele que fará essa diferenciação; o educador passa a ser o sujeito que detecta anomalias (LUENGO, 2010).

O disciplinamento penetrou e se cristalizou nas principais instituições sociais desde o século XVIII. Porém é na escola que mais se vê a ação de seus tentáculos, onde promove desigualdade, discriminação e controle. Isso ocorre devido à necessidade de escolarização, trazida pelo desejo de progresso que a industrialização criou e que hoje, na configuração social moderna, faz da escola uma instituição homogeneizante, autoritária e normatizadora (LUENGO, 2010, p. 51).

A instituição escolar se tornou o lugar onde a criança acaba sendo submetida a regras de espaço e tempo, onde ela é controlada e vigiada; local onde seus desvios são corrigidos segundo as normas estabelecidas.

Para Bossa (2002) esse olhar normatizante produziu uma visão de infância “inadaptada”. Nessa visão há uma concepção do que seria uma infância normal, e aquilo que não se enquadra dentro desse padrão (crianças indisciplinadas, transgressoras e com dificuldade de aprendizagem) é considerado anormal e inapto. Essas crianças acabam sendo excluídas e não consideradas como semelhantes às demais.

A escola além de atuar no controle dos corpos e mentes das crianças no intuito de moldar o adulto ideal que servirá a sociedade capitalista, também pode utilizar a patologização do comportamento fora dos padrões como uma forma de “tirar de seus ombros” a responsabilidade na produção do fracasso escolar. Collares e Moysés (1985 apud LUENGO, 2010) defendem que o fracasso escolar resulta de um complexo jogo de fatores educacionais, culturais e econômicos. No entanto, a patologização e medicalização do comportamento fora dos padrões têm sido utilizadas como artifício para a individualização desse fenômeno, culpabilizando a criança pelo insucesso e desresponsabilizando os demais componentes que atuam na produção do fracasso escolar. A patologização do comportamento se apresenta como a alternativa menos trabalhosa, pois ela responsabiliza o saber médico pela adequação dos comportamentos. Com o orgânico e o químico sendo colocados em destaque, a escola assume uma postura pouco comprometida com o sujeito e sua subjetividade (CALIMAN, 2006; GUARIDO; VOLTOLINI, 2009; KAMERS, 2013 apud CARNEIRO; LACAVA, 2020).

A criança real tem sido silenciada e moldada por meio da medicação no intuito de aproximá-la do ideal de aluno e a cumprir o ideal de educação. No

contexto da escolarização, o medicamento além de ser um instrumento para a docilização dos corpos infantis, também tem sido considerado um recurso que auxilia a aprendizagem. O remédio passou a ser visto como a solução que irá erradicar o mal-estar na educação; “como se a química fosse responsável pela modulação exata do comportamento, numa adequação quase perfeita ao ideal de aluno esperado” (CARNEIRO; LACAVA, 2020, p. 197).

Para Guarido e Voltolini (2009) é ilusório pensar no remédio como algo que irá promover a aprendizagem, pois, se for atribuído ao remédio a função de fazer o aluno aprender, o lugar que antes era reservado ao professor passa a ser ocupado pelo medicamento; “não é o professor ‘mais’ o remédio, senão que o remédio ‘menos’ o professor” (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 257). Se esse papel for dado ao medicamento, e o ato de aprender for atribuído apenas a fatores neuroquímicos, a função do docente que é ensinar acaba sendo descaracterizada e ao professor resta apenas um lugar de impotência e mero administrador de medicação (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

[...]Se a medicação vem responder ao porquê o menino aprende ou não aprende, ou ainda, vem se tornar um instrumento imprescindível na aprendizagem da criança, o professor “não tem mais nada a ver com isto”, no duplo sentido que essa expressão indica: o de desresponsabilização e o de impotência (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 257).

De acordo com Carneiro e Lacava (2020), tornar a criança um objeto refém da medicação não é um caminho para o processo educativo. O ato de educar traz em si a sua porção ineducável. Quando a escola puder compreender a articulação e a relação do sujeito com o mal-estar, com o não saber, com a porção ineducável que se refere ao pulsional, a instituição poderá se tornar um terreno fértil para o desejo e favorável ao processo de ensino e aprendizagem. Se a escola for capaz de suportar a distância entre o aluno ideal e a criança real, a instituição passará a ver a criança como ela é, acolhendo seus percalços na trajetória escolar e possibilitando que elas se desenvolvam de forma leve (CARNEIRO; COUTINHO, 2020). “Propor-se *atravessar* o mal-estar é, antes de tudo considerá-lo, admiti-lo; só assim poderemos chegar num outro lugar, numa nova posição subjetiva – que não a de objeto – *através* do mal-estar” (CARNEIRO; LACAVA, 2020, p. 201).

5 CONCLUSÃO

De acordo com as informações e reflexões apresentadas no decorrer desta pesquisa, verifica-se a existência de uma estreita ligação entre a escola e a produção do diagnóstico do que passamos a chamar de comportamento fora dos padrões. Esta relação se apresenta no *checklist* dos “sintomas” que estão descritos no DSM V e embasa o diagnóstico do “transtorno”; mas principalmente ela se verifica no fato da escola encabeçar o ranking de encaminhamento aos especialistas e ser o solo de manifestação dos ditos sintomas.

Compreende-se que a escola tem se configurado como um dos motores que alimenta a máquina que promove o *boom* dos diagnósticos, e faz com que o número de crianças que tem suas identidades alteradas para “criança-problema” e/ou portadoras do comportamento fora dos padrões seja cada vez maior.

Outras reflexões que foram possíveis no decorrer da pesquisa referem-se aos fatores que motivam a escola a realizar esses encaminhamentos aos consultórios de especialistas na busca pelo diagnóstico.

Foi possível observar que o olhar do professor está sendo condicionado por meio do processo de medicalização da educação e da vida a considerar a criança que demonstra um comportamento que foge do padrão como uma criança que possui um “problema”. Quanto à escola pode-se verificar que uma das razões que motiva o corpo escolar a orientar as famílias dos alunos a procurarem auxílio médico para o “problema” está associada a desresponsabilização do sistema educacional frente ao fracasso escolar.

As experiências vivenciadas em estágio consolidaram esses conceitos apresentados e me levaram a reflexão de que o olhar do professor está sendo dia a dia treinado para o pré-diagnóstico desde a Educação Infantil. Cada vez mais os docentes estão estabelecendo o limiar do entre o normal e o anormal. Também pude observar que, atrelado a esse olhar, quando a escola se depara com a criança que apresenta um comportamento irrequieto, como o aluno que questiona as regras, como a criança que divaga em seus pensamentos e não tem atenção ao que é ministrado em aula, e essas características são somadas a problemas de aprendizagem, automaticamente a instituição rotula esses indivíduos, passando a fazer um movimento para buscar na medicina meios de justificar o não aprendizado e a falta de êxito desses sujeitos em suas demandas escolares, e, assim, não encarar os percalços apresentados por sua função precípua que é ensinar.

Pude observar que nesse processo, a criança real, que não corresponde ao modelo narcísico de aluno, que passa por um insucesso em seu processo de aprendizagem, frustrando o ideal de educação, acaba sendo inserida em um ciclo, que primeiro apontará o que a diferencia das demais, em seguida a encaminhará para diagnóstico e, de posse do diagnóstico, frequentemente a medicará. O final desse ciclo será marcado pela culpabilização do aluno por um possível fracasso e pela desresponsabilização dos demais sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

Uma questão que não foi possível observar na vivência dos estágios, mas ficou clara no decorrer da análise das literaturas que abordam o tema é a importância dada ao uso da medicação no tratamento daqueles que recebem o diagnóstico de comportamento fora dos padrões. A medicação é indicada como primeira opção e solução para o “problema” da agitação, da impulsividade e da falta de atenção. Nessa conjuntura, pode-se averiguar que o remédio é encarado como a fórmula mágica que fará com que o aluno se adeque as regras, tenha atenção, controle seu comportamento irrequieto e, por fim, tenha a possibilidade de apreender. Se o uso da medicação tiver tamanha legitimidade, o professor além de ser um identificador de “anomalias” será compreendido como mero administrador da medicação em vez de ser visto como um agente que promove e estimula a aprendizagem.

Admitindo e validando a ideia de que um remédio auxiliará no processo de ensino e aprendizagem, ou que o fato da criança apresentar um comportamento que foge aos padrões impedirá que ela aprenda, colocamos nas mãos da medicina um processo que deveria ser pensado, entendido e compreendido sob uma ótica pedagógica.

A escola deve ser enxergada como um terreno que promove a compreensão da subjetividade e entendida como o espaço que dará a cada sujeito a possibilidade de se apropriar do conhecimento a seu modo. Se a escola puder entender que o aluno real pode não corresponder a criança ideal, e que diversos caminhos podem ser trilhados na busca da educação ideal, a escola passará a amparar essa criança, compreendendo, assim, suas diferenças, orientando sua aprendizagem e auxiliando-a em sua trajetória na busca pelo conhecimento.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO.TDAH.org. O que é TDAH. **TDAH.org**. Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acesso em: 12 maio 2021.

ALVARENGA, Rejane Abadia de. **A medicalização do fracasso escolar nos anos iniciais do Ensino Fundamental**. Orientadora: Janaína Cassiano Silva. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação) – Unidade Acadêmica Especial de Educação/Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Goiás, Catalão, 2017, p.135. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7478/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Rejane%20Abadia%20de%20Alvarenga%20-%202017.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ARAÚJO, Alexandra Prufer de Queiroz Campos. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. **Jornal de Pediatria**, [S.], v.78, supl. 1, p. S104-S110, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000700013>. Acesso em: 21 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. TDAH e estigma é o tema do ABPTV da próxima terça-feira. **Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP**. 10 jul. 2020. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/abptv-tdah-e-estigma>. Acesso em: 04 maio 2021.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 992. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**. v. 22, n.1, p. 70-77, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/HRqmhn6MFr57zsfP78QNQKz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 out. 2021.

BLOG DA SAÚDE. TDAH atinge de 3 a 6% da população mundial, saiba mais sobre o transtorno. **Blog da saúde**. 12 ago 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34273-tdah-atinge-de-3-a-6-da-populacao-mundial-saiba-mais-sobre-o-transtorno>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque; MORI, Nerli Nonato Ribeiro. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: diagnóstico e prática pedagógica**. 21 ed. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2013. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/963vf/pdf/bonadio-9788576286578.pdf> . Acesso em: 24 ago. 2021.

BOSSA, Nadia Aparecida. **Fracasso escolar: um olhar psicopedagógico**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CALIMAN, Luciana Vieira. **A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006, p.174. Disponível em:

<https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4614/1/Luciana%20Vieira%20Caliman%20-%20tese.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

CALIMAN, Luciana Vieira; DOMITROVIC, Nathalia. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio De Janeiro, v. 23, n. 3, p.879-902, out 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300012>. Acesso em: 01 out. 2021.

CARNEIRO, Cristiana; COUTINHO, Luciana Gageiro. **Infância, adolescência e mal-estar na escolarização**. Estudo de casos em psicanálise e educação. 1.ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2020.

CARNEIRO, Cristiana; LACAVA, Iris. Evandro, menino desatento? Mal-estar e medicalização na educação. **Educação, Sociedade & Culturas**, [S.l.], n. 57, p. 185–202, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34626/esc.vi57.19>. Acesso em: 15 nov. 2021.

CECARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte, n. 33, p. 125-136, jul. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 12 out. 2021.

CERVO, Michele da Rocha; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI. **Revista Subjetividades**. Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 442-453, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2021.

COELHO, Cristina Lucia Maia; LIMA, Cristina Bruno de. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – Um olhar sob a perspectiva da educação especial inclusiva. **Revista Cadernos de pesquisa em educação**. Vitória, v.20, n.47, p.172-192, jan/jul 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/educacao/article/view/19789/pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. **Série Ideias**, n. 6, p. 24-28,1992. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_06_p024-028_c.pdf. Acesso em: 06 nov 2021.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). **Série Ideias**, n.23, p. 25-31, 1994. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008. Acesso em: 25 out. 2021.

DOMITROVIC, Nathalia; CALIMAN, Luciana Vieira. As Controvérsias Sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato. **Psicologia & Sociedade**. v. 29, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29163163>. Acesso em: 02 jun. 2021.

DORNELES, Beatriz Vargas *et al.* Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 27, n. 4, p. 759-767, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.2014274167>. Acesso em: 20 ago. 2021.

FIORE, Mariana de Araújo. Medicalização do corpo na infância- Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Revista Mnemosine**. v.1, n.1, p. 364-380, 2005. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41373/28642>. Acesso em: 19 set. 2021.

GENRO, Júlia Pasqualini. **O gene do transportador de dopamina e a suscetibilidade genética ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças**. Tese (Doutorado em Genética e Biologia Molecular) – Instituto de Biociências/ Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008, p.112. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15475/000667582.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 set. 2021.

GOMES DE MATOS, Evandro; GOMES DE MATOS, Thania Mello; GOMES DE MATOS, Gustavo Mello. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.27, n.3, p. 312-318, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**. v.19, n. 3, p. 341-361, jul/set 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GUARIDO, Renata Lauretti. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008, p.116. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-16062008-140514/publico/DissertacaoRenataGuarido.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**. v.33, n.1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>. Acesso em: 12 out. 2021.

GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**. v.25, n.1, p. 239-263, abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/J5KmmZvQkNS9TbSKcLmp3yL/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 out. 2021.

HENNING, Marta. Neuroquímica da vida cotidiana. **Cadernos IPUB**, RJ, v.6, n.18, 2000.

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, P. J.; GONZÁLEZ, I.; GUTIÉRREZ SOLA, A. Manuel. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. **Pediatría Integral**. v. 19, n. 8, p. 540-547, 2015. Disponível em: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/03/n8-540-547_PedroRguez.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

LANDMAN, Patrick. **Todos hiperativos?** A inacreditável epidemia dos transtornos de atenção. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2019.

LARROCA, Lilian Martins; DOMINGOS, Neide Micelli. TDAH- Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v.16, n.1, p. 113-123, jan/jun 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/y39N8cGDSHjgfGzQ598trWL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

LAPLANCHE, J. LIBIDO. *In*: LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise** – Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 1991. Disponível em: <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Laplanche-e-Pontalis-Vocabulario-de-Psicanalise.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos?** O TDA/H e a construção de Bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LOPES, Ana Carolina Duarte. **TDAH: Novo sintoma da criança ou a criança como um novo sintoma da contemporaneidade?** 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, p. 197, 2013. Disponível em: <https://teopsic.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/06/Ana-Carolina-Lopespdf-TESE-PRONTA-TDAH-2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

LUENGO, Fabíola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. 1.ed. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica; 2010. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sw26r/pdf/luengo-9788579830877.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – Linha do tempo. São Paulo: Biblioteca Virtual de Psicologia, 2013. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/linha.html>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. **Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**. n.1, p. 11-21, dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/2456/2090>. Acesso em: 28 set. 2021.

MOYSÉS, Maria Aparecida. A ritalina e os riscos de um ‘genocídio do futuro’. [Entrevista concedida a] Portal Unicamp. **Portal Unicamp**, Campinas, 05 Ago 2013. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>. Acesso em: 23 set. 2021.

PAULA, Igor Juliano de. **Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015, p.153. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14056/1/igor_juliano_paula_ensp_mest_2015.pdf. Acesso em: 05 set. 2021.

PEREIRA, Clarice de Sá Carvalho. **Conversas e Controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico e educacional brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p.176. 2009. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4001/2/000041.pdf>. Acesso em: 07 set. 2021.

PORTAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Consumo de Ritalina aumentou 775% em dez anos. **Portal CRFSP**. 11 Ago 2014. Disponível em: [http://portal.crfsp.org.br/noticias/5713-consumo-de-ritalina-aumentou-775-em-dez-anos-aponta-pesquisa.html#:~:text=Dados%20de%20uma%20pesquisa%20do,Ritalina%C2%AE\)%20cresceu%20775%25](http://portal.crfsp.org.br/noticias/5713-consumo-de-ritalina-aumentou-775-em-dez-anos-aponta-pesquisa.html#:~:text=Dados%20de%20uma%20pesquisa%20do,Ritalina%C2%AE)%20cresceu%20775%25). Acesso em: 09 maio 2021.

ROHDE, Luis Augusto *et al.* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Brazilian Journal of Psychiatry**. v. 22, supl. 2, p. 07-11, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>. Acesso em: 22 ago. 2021.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo. v. 9, n. 3, p. 460-483, set. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017487007.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

SANTOS, Leticia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 4, p. 717-724, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/15.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SCHMITZ, Felipe. **Efeitos do Metilfenidato: uma abordagem experimental**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas) – Instituto de Ciências Básicas da Saúde/ Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018, p.147. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/193666/001088016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set. 2021.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**. [S.l.], v.17, n.1, p. 29-41, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 16 nov. 2021.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Eficácia da Bupropiona no tratamento do TDAH: uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v.31, n. 3, p. 117-123, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/f3wBhZgsH6Scx9WYSgXpsLt/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. [S.l.] v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? **Revista Psicopedagogia**. [S.l.], v.27, p. 334-343, 2010. Disponível em: <https://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/188/transtorno-do-deficit-de-atencao-e-hiperatividade--tdah---o-que-os-educadores-sabem->. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, Cristiana Maria da; MENDES, Delza Ferreira; BARBOSA, Deivid. Estudo de caso sobre uma criança com TDAH: o diagnóstico clínico. **Revista Psicologia Saúde e Debate**. [S.l.], v. 6, n. 2, p. 453-479, Dez 2020. Disponível em:

<https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V6N2A30/460>. Acesso em: 22 maio 2021.

TDAH e Estigma. Palestrantes: Dr. Antônio Geraldo, Dr. Daniel Segenreich, Dr. Gustavo Dória, Iane Kestelman, [S.l.; s.n.], 2020, 1 vídeo (71min). Publicado pelo canal ABP TV, Transmitido ao vivo em 14 de Jul de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=H5k-38qUbKU&t=2732s>. Acesso em: 04 maio 2021.