



TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: OS DESDOBRAMENTOS DO DIAGNÓSTICO NA VIDA ESCOLAR DA CRIANÇA

Danielle Prado Coutinho¹
Mayra Fernanda Silva de Souza Correio²

RESUMO: O presente estudo visou conhecer os possíveis desdobramentos na vida escolar da criança, advindos do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Assim, este trabalho, originário de revisão bibliográfica, descortinou a temática do TDA/H no contexto escolar, destacando a crescente disseminação do diagnóstico na atualidade e as decorrências que dele incidem. A Ritalina, medicamento mais utilizado no Brasil para o tratamento do TDA/H, apresentou um aumento de consumo substancial nos últimos anos, colocando o país em segundo lugar no ranking mundial de maior consumidor do medicamento. Já a escola, instituição que historicamente desempenha um papel disciplinador, aparece aqui como coadjuvante da crescente patologização e medicalização da infância, pois é nesse contexto que o diagnóstico é amplamente propagado. Não apenas a escola, mas outros mecanismos de poder também contribuem para a disseminação do diagnóstico, como o discurso médico e psicológico, que, muitas vezes, rotula e classifica o indivíduo quando este não corresponde às expectativas de ser “bom” aluno, quieto e obediente. Quando este indivíduo é, então, diagnosticado com TDA/H, ainda que incorretamente, diversos desdobramentos lhe recaem, tanto no aspecto orgânico, devido à utilização do medicamento, como no âmbito relacional e afetivo. Após o diagnóstico, o indivíduo também pode ser considerado essencialmente “TDA/H”, tendo sua subjetividade apagada através de rotulações e discriminações, tendo comprometimentos de ordem afetiva, social, emocional e relacional. Para tanto, faz-se importante um posicionamento crítico diante dessa realidade por todos os envolvidos nessa dinâmica.

PALAVRAS-CHAVE: TDA/H; Contexto escolar; Desdobramentos.

ABSTRACT: This present study aimed to know the possible occurrences in child's school life, originated from the Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) diagnosis. Thus, this study originated from bibliographical review, revealed the understanding about ADHD in school context, emphasising the increasing dissemination of the diagnosis nowadays and the consequences that reflects from this. Ritalin, the most used medicine in Brazil for the ADHD treatment, showed a significant increase on consumption in the last years, positioning the country in the second place on the global rank about largest consumer of this drug. And the school, organization who historically plays a role in a disciplinary effect, appears here like a supporting of the increasing pathologization and medicalization childhood, because is in this context that the diagnosis is widely propagated. Not only the school, but other powerful mechanisms also contribute to the diagnosis dissemination, like the medical and psychological speech, that often label and classify the individual when he does not match to the expectations which they imposed to him, like being a “good” student, quiet and obedient. When this individual is diagnosed with ADHD, even though incorrectly, several consequences fall to him. In the organic aspect due to the use of the medication, and also in the relational and affective aspect. After the diagnosis, the individual is recognized like a ADHD, having his subjectivity deleted through the labeling and discriminations, having disorders in the affectionate, social, emotional and relational behavior. For this purpose, it is relevant a critical positioning in the face of this reality from all participants under this dynamic, in order to enable the development of social areas which allow the diversity interaction. In this way people could affirm their particularities without imposed social subordination.

KEYWORDS: ADHD; School context; Developments

¹ Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2015). Pós-Graduada em Gestão de Pessoas, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Atua como psicóloga clínica no Centro de Atenção Psicossocial da Prefeitura de Bambuí/MG. Endereço para correspondência: Rua José Batista de Faria Matos, 26 - Candola - Bambuí/MG. psicologiaprado@gmail.com

² Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Mestra em Educação pela Universidade Federal em São João Del Rey. Endereço para correspondência: Rua Olo Torres, 435 - Sion - Bambuí/MG. mayrafs.net@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como temática o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) no contexto escolar. Para abordar tal tema, objetiva-se conhecer quais os possíveis desdobramentos na vida escolar da criança diagnosticada com TDA/H.

Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013) destacam que nos últimos anos a escola vem sendo alvo de diversas pesquisas, sobretudo na área da Psicologia, referentes às crianças diagnosticadas com TDA/H e que fazem uso de medicamentos. Em vista disso, o interesse em pesquisar tal temática deu-se pela frequência atual de diagnósticos de TDA/H, bem como sua forma de tratamento.

Sabe-se que o diagnóstico do TDA/H deve ser realizado de forma clínica seguindo os critérios estabelecidos, e por profissionais adequados e treinados; mas nem sempre é isso que acontece. Mattos (2017) esclarece que nas últimas décadas, pesquisas tem demonstrado um aumento de diagnósticos de TDA/H e outros adoecimentos em todo o mundo, porém acredita-se que esse aumento tem sido gerado pela realização incorreta dos procedimentos para tais diagnósticos e conseqüentemente, há o uso inadequado de medicações.

Um importante estudo sobre a medicalização foi realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no ano de 2012, o qual revela que entre os anos de 2009 e 2011 o consumo de Ritalina e Concerta³ aumentou 75% entre as idades de 6 e 16 anos, no Brasil (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015b).

Decotelli; Bohrer e Bicalho (2013) afirmam que o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial no consumo de Ritalina, por crianças com diagnóstico de distúrbios de aprendizagem escolar ou hiperativas. Desse modo, os autores criticam o governo brasileiro por não questionar o consumo excessivo desse medicamento, uma vez que no ano de 2000 foram comercializadas 70 mil caixas de Ritalina, e em 2010 esse número subiu para dois milhões de caixas, o que revela dados alarmantes.

À vista disso, Silva e colaboradores (2012) elucidam que a Ritalina, nome comercial do metilfenidato⁴, tornou-se o principal anseio de tratamento daqueles que lidam com a realidade escolar, pois corresponde a um medicamento que aquieta o comportamento agitado e é psicoestimulante, supostamente capaz de auxiliar no desempenho das tarefas escolares, de forma a aumentar a concentração e atenuar a fadiga.

³ Ritalina ou Concerta – nomes comerciais para o medicamento metilfenidato.

⁴ Metilfenidato – princípio ativo estimulante do Sistema Nervoso Central.

Com relação ao contexto escolar, Luengo (2010) faz algumas considerações fundamentais a respeito da expectativa de aprendizagem e das imposições realizadas pelas instituições escolares sobre os alunos. Segundo a autora, aqueles que se mantêm de forma obediente e submissa são caracterizados como alunos “normais” e “disciplinados”, e aqueles que não se adequam aos padrões exigidos pela sociedade e pelo contexto escolar são passíveis de “tratamento” e intervenções.

Com a intenção de levantar dados e embasar as discussões do trabalho proposto, o presente artigo foi dividido em três tópicos. No primeiro tópico, buscar-se-á compreender o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, apresentando um breve apanhado histórico sobre ele, elucidando as formas como é “tratado” e enfatizando os conceitos de medicalização e patologização. No segundo tópico, analisar-se-á o contexto escolar atual e suas narrativas sobre a criança diagnosticada com TDA/H. No terceiro tópico, apontar-se-ão os possíveis desdobramentos na vida escolar da criança diagnosticada com TDA/H, bem como algumas reflexões referentes à importância da criação de espaços que possibilitem o convívio na diversidade.

2 O SURGIMENTO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

O discurso médico está cada vez mais presente na vida da população, apresentando novas explicações e formas de tratamento para problemas de saúde e adoecimentos. Segundo Barbarini (2011), os comportamentos, problemas e sentimentos, como a dor e a tristeza, que antes eram vivenciados como comuns ou como característicos de períodos na vida, atualmente são considerados como insuportáveis e tornam-se alvo do discurso e das ações científicas. As crianças que apresentam comportamentos desviantes do considerado “normal”, também são exemplos desses alvos, sendo muitas vezes diagnosticadas e tratadas com TDA/H de modo incorreto. É necessário evidenciar que apenas o plano biológico não fundamenta sua “origem”. A partir disso, torna-se necessário conhecer o conceito médico que lhe foi atribuído, bem como entender suas fontes históricas e demais fundamentos a ele relacionados.

De acordo com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA, 2015), o TDA/H, é considerado um transtorno neurobiológico de causas genéticas, portanto, uma patologia psiquiátrica que apresenta como principal sintoma a falta de atenção. Além disso, são consideradas características do TDA/H alguns comportamentos discrepantes daqueles espera-

dos para determinada faixa etária e que, conseqüentemente, segundo a ABDA (2015), acarretam dificuldades em diversos aspectos da interação social da pessoa.

Segundo Schicotti, Abrão e Júnior (2014), para o pensamento científico, o que origina o TDA/H é uma falha inibitória cerebral responsável pela emoção e pelo controle de impulsos e dos movimentos que, por sua vez, impede a criança de focalizar e manter sua atenção. Diante disso, a ideia que surge para que o “desequilíbrio” seja balanceado, é a ingestão de medicamentos responsáveis por efeitos nas regiões cerebrais que controlam os impulsos, a percepção e a capacidade de autorregulação da criança.

Além disso, a ABDA (2015) informa que o TDA/H aparece na infância, ocorrendo em 3 a 5% das crianças por todo o mundo, porém, em mais da metade dos casos, o transtorno pode acompanhar a pessoa até a idade adulta. A ABDA também afirma que as pessoas com TDA/H apresentam alterações na região frontal⁵ e nas conexões com o restante do cérebro.

Segundo Barbarini (2011), a origem do TDA/H, bem como suas causas ainda geram divergências na psiquiatria e outras áreas de conhecimento. Porém, o especialista em estudos sobre TDA/H, Mattos (2017), afirma que foi realizado um estudo e publicado na revista *Lacet* em 2017, demonstrando que pessoas que possuem o TDA/H apresentam alterações em suas estruturas cerebrais; o que busca finalizar as divergências existentes entre a veracidade do transtorno. Assim, para que o assunto seja abordado na complexidade que exige, faz-se importante considerar seus aspectos históricos.

De acordo com Barbarini (2011), as primeiras descrições do transtorno foram datadas no século XIX, no ano de 1845, pelo médico Heinrich Hoffman, na Alemanha. Já no século XX, após distintas denominações para o transtorno apresentadas por outros estudiosos, esse mesmo médico levantou a ideia de que “os problemas de atenção, concentração, regulação do afeto, atividade e memória eram causados por sequelas de lesão no sistema nervoso central” (BARBARINI, 2011, p. 20). Assim, como consequência de diversas pesquisas, em 1947 denominou-se “Lesão Cerebral Mínima”. Ainda no século XX, Barbarini (2011) aponta outras nomenclaturas que foram atribuídas ao transtorno, como: “Encefalite Letárgica”, “Doença do Déficit de Atenção”, “Reação Hipercinética da Infância”, dentre outras.

Após a Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos, nos anos 60, encontrava-se em uma crise econômica, política e de valores. Essa crise aumentou o número de autoextermínios, de separações conjugais, de ingestão de tranquilizantes, e essas alterações certamente

⁵ Região cerebral responsável pela inibição/controla do comportamento, pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento.

afetaram as crianças, prejudicando seu rendimento escolar. Nessa época, o diagnóstico do transtorno foi amplamente disseminado no país (BARBARINI, 2011).

Com o decorrer da história e pesquisas, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) elaborou e publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), apresentando, no decorrer de suas cinco edições, diferentes nomenclaturas até se chegar ao diagnóstico atual.

Barbarini (2011) esclarece que foi na década de 80, ainda na terceira edição do DSM, que iniciou a relação do diagnóstico com o tratamento medicamentoso, por meio da Ritalina®, o medicamento mais conhecido para o tratamento desse transtorno.

Em maio de 2013, o DSM-IV foi atualizado, ganhando sua quinta versão – o DSM-V – em um congresso de psiquiatria realizado em São Francisco, nos Estados Unidos. Na antiga versão para o paciente ser diagnosticado, deveria se enquadrar em subtipos: tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, e o tipo combinado; apresentando no mínimo seis (6) sintomas do subtipo por no mínimo seis (6) meses. Nessa nova versão, foi mantida a lista de 18 sintomas, com seis (6) apresentações de sintomas no mínimo, mas não divididas em subtipos; o termo agora utilizado é: “diferentes apresentações” em desatenção e hiperatividade/impulsividade. O que faz-se entender que os sintomas podem modificar com o tempo e não são fixos, como sugeria a classificação anterior. Também foi alterada a idade que deveria ter iniciado os sintomas, na versão IV, a criança deveria ter apresentado sintomas antes dos 7 anos; já na versão V, a idade passou para 12 anos, visto que adultos atualmente diagnosticados com TDA/H não se lembravam da apresentação dos sintomas na infância. Para o diagnóstico, pessoas com até 17 anos de idade precisam apresentar seis dos sintomas expostos, já nos indivíduos com idades superiores, cinco sintomas precisam ser identificados. O DSM-V também acrescentou a classificação “remissão parcial” que identifica uma pessoa que foi diagnosticada com todos os critérios e atualmente apresenta menos sintomas. Outra mudança foi a possibilidade de classificar a apresentação do TDA/H dependendo do grau de comprometimento causados na vida das pessoas, as classificações são: leve, moderado e grave (APA, 2014).

O TDA/H pode estar associado a outros transtornos psiquiátricos, e quando essa associação ocorre, são chamadas de comorbidades. Os mais comuns são: transtornos de aprendizado, transtornos do humor e da personalidade, além do Distúrbio do Desenvolvimento da Coordenação (DDC). As comorbidades associadas ao TDA/H acarretam diversas dificuldades, pois a soma de sintomas de mais de um transtorno aumenta a prevalência de complicações em relação ao TDA/H isolado. Além disso, “o diagnóstico pelo DSM-IV, por ser pouco

específico, carrega alta taxa de comorbidade, que ocorre principalmente com o transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo” (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005, p. 480). Portanto, os autores concluem que o conjunto de sintomas do TDA/H é tão amplo que pode abarcar muitos sujeitos como tendo o referido transtorno; assim, as comorbidades tornam-se mais comuns e, conseqüentemente, a medicalização também; em especial quando o diagnóstico é realizado de modo rápido, sem avaliação minuciosa do caso e por profissionais despreparados.

Nesse sentido, de acordo com o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde - BRATS (ANVISA, 2015b), o tratamento farmacológico torna-se “imprescindível” em diagnósticos desse tipo, ou seja, para que o TDA/H seja tratado, utiliza-se o medicamento mais recomendado: o metilfenidato, comercializado no Brasil como Ritalina®, Ritalina LA®⁶ e Concerta®.

Frente ao crescente consumo de metilfenidato por brasileiros e a constante utilização do termo “medicalização” e “medicação” neste trabalho, faz-se importante elucidar sobre os aspectos gerais do uso de psicofármacos por crianças diagnosticadas com TDA/H, e a diferença dos termos descritos, ainda que ambos estejam relacionados ao uso de medicamentos.

Segundo Amarante (1998), foi no século XIX e início do século XX que o discurso da medicalização criou raízes no campo da saúde mental, visto que com o nascimento da psiquiatria, o fenômeno da loucura tornou-se evidente, algo estritamente da ordem da doença, tornando-a seu objeto de conhecimento e ação. Assim sendo, o saber médico era fonte de respostas para a sociedade, pois o controle e disciplinamento advindo do uso de medicamentos e segregação, “controlava” aqueles que se desviavam do comportamento esperado, para viver em sociedade.

Ainda com esse pensamento normatizador, a sociedade contemporânea permanece tentando “diagnosticar” e “tratar” aqueles que de alguma forma não se enquadram nos padrões estabelecidos como “normais” ou adequados. Desse modo, há um progressivo processo de patologização da vida, em que a medicina utiliza o seu “poder” para classificar e criar formas de tratamento, geralmente medicamentoso, para os mais diversos fenômenos que anteriormente não possuíam qualquer sentido patológico. É esse processo de uso da medicação para controle dos corpos e da vida, que se chama de medicalização (AMARANTE, 1998).

As autoras Collares e Moysés também explicam o termo medicalização, como sendo o “[...] processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e políti-

⁶ O que difere a Ritalina® da Ritalina LA®, é a duração do efeito do princípio ativo do medicamento. A primeira age no cérebro de três a cinco horas, já a segunda, por oito horas.

ca, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza” (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 25).

Além do termo medicalização, falar sobre “patologização” remete, igualmente, ao processo de modificação artificial de ações não médicas, em problemas médicos. O Conselho Federal de Psicologia – CFP (2012) expõe que essas terminologias são utilizadas em situações em que “problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios”, que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p. 17).

A definição de medicamento refere-se a: “[...] IV - todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, [...]” (BRASIL, 2003, s/p). E para uma definição sobre “medicação”, encontra-se no dicionário Aurélio: “Ato, ação ou efeito de medicar” (FERREIRA, 2001, p. 453).

Frente a tais definições, percebe-se que os termos “medicação” e “medicalização” são advindos do uso de medicamentos, porém há que se atentar para a demanda e os efeitos de tal uso. É necessário questionar em que medida a utilização de medicamentos tem servido como fonte de retorno à saúde e fim do adoecimento, ou seja, como medicação; e quando seu uso vai para além desse propósito, o de “docilizar” e normatizar as pessoas, configura-se a medicalização. Nesse sentido, após expor os conceitos críticos do uso da medicação, faz-se importante abordar aspectos referentes à medicalização utilizada para o tratamento de TDA/H, bem como seus possíveis efeitos colaterais no organismo.

Silva e outros (2012) afirmam que a Ritalina® é um medicamento que facilita a circulação da dopamina, neurotransmissor responsável por excitar o sistema nervoso central. Este afeta a concentração, as funções executivas e age como atenuador da fadiga, ou seja, intensifica as atividades de determinadas partes do cérebro pouco ativas.

A bula do medicamento apresenta reações adversas que podem ocorrer em mais de 10% dos casos, como nervosismo, náusea, insônia, diminuição do apetite e outros. Entre 1 a 10% dos pacientes que fazem uso da droga podem apresentar tonturas, angústia emocional excessiva, dor de cabeça, nervosismo excessivo, transpiração exagerada, etc. Nos casos mais graves, pode haver dificuldades na respiração; alucinações, ou seja, a criança pode ver e sentir coisas que de fato não existem; desmaios, crises epiléticas, e outras (RITALINA, 2014).

Outro medicamento comumente utilizado para tratamento de TDA/H é o chamado Concerta®. Essa droga também apresenta efeitos adversos, como dores de cabeça, dores estomacais, insônia, tontura, nervosismo, tiques, boca seca, ansiedade, entre outros. A bula do Concerta® deixa explícito que “o mecanismo de ação terapêutica no Transtorno de Déficit de

Atenção e Hiperatividade (TDAH) não é conhecido” (CONCERTA, 2014, p. 3-4). Outro ponto que merece destaque é a não existência de dados suficientes sobre a segurança do uso prolongado⁷ do medicamento. Portanto, percebe-se que alguns pontos ainda merecem ser investigados, pois encontram-se obscuros, principalmente no que se refere ao amplo consumo dos medicamentos nos últimos anos e às possíveis reações no organismo de quem os consome em longo prazo.

A ANVISA (2015a) publicou em seu site o Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), o qual revela que entre os anos de 2009 e 2011 o consumo de metilfenidato aumentou 75% entre crianças e adolescentes, de 6 a 16 anos, no Brasil. À vista disto, cabe ressaltar que ainda que os fatores envolvidos na ação desses medicamentos sobre o organismo não sejam totalmente conhecidos, constata-se que o consumo dessas drogas aumentou drasticamente ao longo dos anos.

A neurologista Ana Maria Sales Low (2018) alerta que diagnósticos superficiais e rápidos de TDA/H têm sido realizados, o que aumenta a frequência de pessoas erroneamente diagnosticadas e o consumo excessivo de metilfenidato evidenciados nas pesquisas. Low (2018) alerta também que pessoas sem diagnóstico de TDA/H buscam a medicação para amenizar sintomas decorrentes das exigências da sociedade atual, o que conseqüentemente aumenta a medicalização.

Assim, alguns questionamentos surgem: por qual motivo o diagnóstico de TDA/H, bem como a medicalização utilizada após esse diagnóstico vem aumentando? À qual demanda os diagnósticos e a medicalização excessiva estão respondendo?

Não se pretende, neste artigo, afirmar ou elaborar uma resposta para tais questionamentos; pretende-se apenas levantar hipóteses para as questões, uma vez que extrapola os objetivos deste trabalho respondê-las. Contudo, faz-se importante expor tais questionamentos para instigar os leitores a fazerem novas reflexões quanto às tentativas de controle sobre os corpos, a padronização dos comportamentos na atualidade e a frequência de diagnósticos superficiais, bem como trazer à tona reflexões sobre os possíveis desdobramentos de tais ações.

Cabe ressaltar que o TDA/H é um transtorno já reconhecido internacionalmente, que necessita de diagnóstico criterioso e tratamento apropriado, com medicações adequadas e intervenções multidisciplinares.

Partindo deste ponto, Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013) observaram que o contexto escolar tem sido um meio em que o diagnóstico de TDA/H está sendo amplamente difundido

⁷ O uso prolongado do Concerta® se refere a um período de mais de quatro semanas. Ou seja, a avaliação dos efeitos do medicamento foi realizada com pessoas que fizeram uso inferior a quatro semanas.

erroneamente. Assim, tomando como foco a escola, viu-se apropriado apontar sobre a história do contexto escolar e da infância.

3 BREVE APANHADO HISTÓRICO SOBRE A INFÂNCIA E A INSTITUIÇÃO ESCOLAR

De acordo com Pasqualini (2006), o ensino escolar nem sempre foi considerado fundamental para a criança, na história das sociedades, pois foi visto por muito tempo como secundário, vindo a ser dominante, posteriormente, apenas no interior da sociedade burguesa. Ainda de acordo com a autora, no período da Idade Média, a educação era transmitida principalmente de forma oral, ligada a ritos, a costumes e tradições. Além disso, como diz Luengo (2010), a infância não era dada como um lugar definido, uma vez que a criança era considerada como um “adulto em miniatura”, ela era apenas um ser incompleto e sem muita proeminência no seio familiar.

De acordo com Luengo (2010), foi a partir do século XVII e, principalmente do século XVIII, que uma nova visão sobre a infância surgiu. Naquele período, segundo a autora, as crianças passaram a ser tratadas de forma mais individualizada e as famílias começaram a se preocupar com o desenvolvimento físico e emocional dos filhos. Assim, começou-se a entender a criança como um ser em processo de formação e de desenvolvimento, precisando, portanto, de específicos cuidados.

No final do século XVIII e início do século XIX, a escola passou a ser um meio de combater a desordem social. Porém, Luengo (2010) expõe que foi somente no final do século XIX e início do século XX que a escola começou a se desenvolver significativamente na Europa, sob influência do período pós Primeira Guerra Mundial, com o surgimento de grandes preocupações com os órfãos e com o aumento do número da mortalidade infantil, após esse acontecimento.

O Capitalismo também influenciou a expansão das escolas no mundo. Pasqualini (2006) cita que, devido às mudanças nas forças produtivas, demasiada expansão da escrita se fez presente nesse cenário, bem como das tecnologias. Desse modo, viu-se a necessidade de universalização da escola, a qual se tornou requisito dominante de formação pessoal sobre todo o mundo. Além disso, Luengo (2010) explicita que as instituições educativas resultaram de articulações dos campos jurídicos, políticos, pedagógicos, bem como da medicina e da religião. Esses campos foram influenciados por três eixos: o religioso, o jurídico-policial e o médico-higienista.

Forte influência no Brasil foi o Movimento Higienista, que moveu profundas transformações sociais, culturais e políticas. No Brasil, esse movimento, também conhecido como Movimento Sanitarista, iniciou-se em meados do século XIX e início do século XX e tratava-se de um movimento que visava produzir, por meio do discurso científico, cidadãos sujeitáveis, obedientes e disciplinados, e o saber médico foi o grande “aliado” nessa empreitada.

Esse movimento expandiu-se; saiu do âmbito familiar e adentrou a escola, uma vez que propunha a ideia do controle sobre o corpo durante a infância para que, posteriormente, a criança se tornasse um adulto higiênico. Portanto, como explica Luengo (2010), o que se defendia, era a higienização das populações de modo geral. Mas foi na educação que a medicina encontrou espaço primordial para “influenciar o comportamento de cada aluno, imprimindo ali o seu poder, visto que a família estaria distante daquelas ações e ainda seria diretamente ‘beneficiada’ com a modificação das condutas infantis” (LUENGO, 2010, p. 31).

Além da medicina, a escola também assumiu o lugar de instituição capacitada a desenvolver regras e boas maneiras à criança, com fins de “docilizar o corpo”, por meio da disciplina.

Em se tratando da finalidade da instituição escolar, Nepomuceno e Bridi (2010) vão dizer que esta visa promover o conhecimento por meio do ensino e da aprendizagem dos alunos. Além da função didática, a escola assume caráter socializador, pois é no ambiente escolar que ocorrem as primeiras relações sociais da criança para além do seio familiar.

Já de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – (BRASIL, 2013), a escola, tem por objetivo:

- I – o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo;
- II – a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade;
- III – o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores;
- IV – o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social. (BRASIL, 2013, p. 37-38).

Sob uma ótica crítica, Bock (2003) vai além ao dizer que “a educação ficou concebida como processo cultural de desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos. Todos os aspectos sociais que compõem a educação ficaram ocultados” (BOCK, 2003, p. 83). Partindo deste ponto, a autora analisa que há uma crescente cobrança sobre a criança para que esta responda ao movimento constante, ou seja, ela precisa se apropriar das várias facetas e aptidões para estar habilitada às demandas posteriores. Porém, quando a criança não se apropria dessas

aptidões e não alcança um desenvolvimento dito compatível ao esperado, é considerada com algum tipo de retardo, problemas de aprendizagem, ou inserida em uma dinâmica familiar conflituosa e desestruturada, ou até mesmo como sendo acometida de comprometimento psíquico.

Considerando as expectativas de aprendizado postos sobre a criança e que esta, muitas vezes, não corresponde às demandas escolares, faz-se importante abordar o discurso institucional sobre a criança, em especial, a criança diagnosticada com TDA/H.

4 POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS NA VIDA ESCOLAR DA CRIANÇA DIAGNOSTICADA COM TDA/H

Foucault (2006) analisou os discursos que objetivam controlar os corpos, dizendo que o processo disciplinar tem por intuito controlar de forma minuciosa as operações do corpo, a fim de sujeitá-lo às forças que impõem uma relação de docilidade, bem como de utilidade. Além disso, o autor pontua sua principal crítica aos sistemas dominantes, o Capitalismo e a Industrialização, como grandes mantenedores desse ordenamento social, sendo enfático ao dizer que:

A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. (FOUCAULT, 2006, p. 119).

Porém, quando o aluno, mesmo diante de todo o aparato disciplinador escolar não se sujeita à norma, uma pergunta surge: O que fazer? Desse modo, vê-se a necessidade de novamente controlá-lo, mas por dispositivos mais “eficazes”, como, a patologização e a medicalização. Evidencia-se assim, que tal tentativa de docilizar e enquadrar às normas esse corpo “indócil”, agitado e impulsivo, é um possível desdobramento na vida escolar da criança diagnosticada com TDA/H ainda que este diagnóstico tenha sido feito de modo inadequado.

Legnani (2012) explicita que o discurso difundido no contexto escolar, muitas vezes, substitui a palavra da criança; ou seja, aquele indivíduo antes considerado “problemático”, “hiperativo” e “desinteressado” funde-se a essa “sintomatologia” e, após o diagnóstico, passa a ser autenticado genuinamente como “incapaz”. Portanto, o apagamento que já era existente no campo relacional da criança, é reforçado após o diagnóstico (LEGNANI, 2012).

Evidencia-se, assim, mais um desdobramento na vida escolar da criança após o diagnóstico de TDA/H, uma vez que a subjetividade é aos poucos apagada, sendo que o organismo torna-se proeminente. Desse modo, Lacet (2014) aponta que o diagnóstico ainda que correto, “não é sem efeitos para a criança, podendo afetar seu processo de subjetivação ao ser tomado como traço prevalente a partir do qual é reconhecida pelos pais e por aqueles que conduzem seu tratamento” (LACET, 2014, p. 126). Igualmente, a nomeação diagnóstica passa a encurralar a criança nas descrições do TDA/H, gerando estereótipos e até mesmo segregação.

A criança diagnosticada com TDA/H também pode sofrer prejuízos nas relações com os colegas de classe e com os professores. Forteski e outros (2012) explicitam que a criança que é considerada hiperativa, desatenta e impulsiva é isolada socialmente, isto porque a sociedade atual valoriza pessoas que apresentam capacidades de prudência, equilíbrio e atenção. Quando a criança, então, está em “desacordo” com essas características, é rejeitada, até mesmo por seus colegas de sala. Além disso, a criança pode ter sua aprendizagem ainda mais afetada, uma vez que rotulada e rejeitada, ela poderá se excluir cada vez mais das relações interpessoais em sala de aula. Portanto, a criança assim classificada, possivelmente, sentir-se-á desestimulada, acarretando um sofrimento pessoal profundo, afetando sua autoestima (FORTESKI et al., 2012).

Neste mesmo sentido, Barbarini (2011) ressalta em sua pesquisa, que os colegas de classe das crianças diagnosticadas com TDA/H fazem piadas, zombam, consideram-nas como “louquinhas”, o que acarreta, muitas vezes, na saída do aluno diagnosticado com TDA/H, da escola. A autora também afirma que a vivência cotidiana do professor com seu aluno diagnosticado com TDA/H afetará a visão que a criança tem de si, bem como a visão/ação do professor com seu aluno, ou seja, decorrências que se tornam um círculo vicioso. Portanto, ao serem diagnosticadas com TDA/H, as crianças poderão sofrer rotulações, discriminações, afastamentos sociais, exclusões e, conseqüentemente, comprometimentos de ordem afetiva, social e emocional.

Segundo Couto (2014), outros desdobramentos no âmbito escolar vivenciados pela criança diagnosticada com TDA/H podem ser observados, como, o impedimento de questionar sobre suas dúvidas, de questionar o saber que supostamente o professor detém, e mais, a criança é impedida de buscar respostas sobre si e de falar das suas inquietações, uma vez que é considerada como objeto da prática científica.

Além do estereótipo sofrido pelas crianças diagnosticadas com TDA/H, a medicalização também repercute na vida escolar dessa criança como um possível desdobramento, visto

que o medicamento é considerado no meio escolar como o protagonista do tratamento. Couto (2014) afirma a partir de seus estudos, que a medicalização provoca a quietude da criança na sala de aula e que “o desejo de buscar respostas para seus enigmas parece ficar anestesiado” (COUTO, 2014, p. 39).

Lacet (2014) aponta que o consumo de metilfenidato pode suprimir a espontaneidade da criança, diminuir sua curiosidade e até mesmo sua expressividade motora, como a brincadeira, por exemplo. Assim, o processo de socialização da criança com os outros colegas de classe também é afetado.

Galindo, Lemos e Rodrigues (2014) apontam que as práticas patologizantes e reducionistas não são vistas somente no discurso psiquiátrico e escolar, mas, muitas vezes, também no discurso da psicologia, com a ideia da psicologização da sociedade atrelada ao discurso médico, por meio da medicalização. Esses autores ainda dizem que quando um indivíduo se vê incapaz de seguir a disciplina imposta pelos vários segmentos da sociedade, nesse caso, a escola, “a psicologia como discurso e prática terapêutica permite a continuidade dos dispositivos disciplinares e psiquiátricos em tempos de farmacologização [...]” (GALINDO; LEMOS; RODRIGUES, 2014, p. 103). Desse modo, é necessária a adoção de uma postura crítica na atuação do campo da psicologia que, por muitas vezes, auxilia e propaga a lógica individualista de determinada questão.

Assim, sabe-se que o ser humano apresenta características únicas que os diferenciam entre si; algumas dessas características destacam-se por “atrapalharem” a rotina educacional e, como visto, acabam sendo patologizadas. Porém, é importante atender a diversidade humana e considerá-la na rotina escolar, independentemente dos diagnósticos ou das prescrições médicas. Além disso, os profissionais que lidam com a dinâmica escolar precisam adotar uma postura crítica dessa realidade, abrindo mão do ideal de aluno “perfeito”. Portanto, observando a necessidade de uma educação para todos, o presente trabalho apresentará algumas reflexões a respeito de práticas que dão voz às singularidades, nomeada nesse artigo como *inclusão crítica*, que será esboçada no tópico seguinte.

4.1 Práticas que dão voz às singularidades

Para versar sobre a inclusão, considera-se pertinente a conceituação do termo a fim de alavancar a discussão. De acordo com o Ministério da Educação (BRASIL, 2005), abordar o tema inclusão é tratar sobre organização sócio-política e direitos individuais ao público que se destina, no caso deste trabalho, à inclusão de crianças no ensino regular. A inclusão refere-se

à “construção de espaços sociais menos excludentes e alternativas para o convívio na diversidade” (BRASIL, 2005, p. 7).

Faz-se importante problematizar alguns aspectos a respeito da inclusão, pois muitas vezes é aplicada ao contrário de seu ideal, servindo também como ferramenta de exclusão. Isto é possível quando o discurso de inclusão na escola fica restrito ao encaminhamento de alunos com baixo rendimento escolar para profissionais responsáveis por tratar determinada dificuldade, propagando mais uma vez, a ideia individualizante, sendo que a escola permanece isenta de responsabilidades (BRASIL, 2005).

Partindo desse ponto, o Ministério da Educação expõe que:

Uma proposta baseada em tal concepção caminha na contramão do processo de inclusão já que coloca uma divisão entre os alunos, sublinhando aqueles que necessitam da intervenção de uma equipe e aqueles que não a necessitam. Fazer com que alguns alunos fiquem “marcados” como problemáticos e como únicos casos que demandam apoio da equipe só contribui para que sua dificuldade de inserção no grupo se acentue. (BRASIL, 2005, p. 10).

O documento do Ministério da Educação conclui que, numa perspectiva de inclusão crítica, é necessário considerar não apenas o aluno a ser incluído, mas todo o grupo onde esse aluno será inserido. Além disso, pensar em inclusão não se trata de abordar um plano de ensino individual para determinado aluno, pois assim, algumas crianças são colocadas à margem do grupo ao qual estão integradas. Isso dificulta as trocas significativas que perpassam por objetos de aprendizagem comuns entre os alunos. Portanto, pensar em flexibilizações curriculares trata-se de preparar a proposta de ensino a partir da diversidade do grupo e não apenas de alguns alunos isoladamente (BRASIL, 2005).

Torna-se importante sublinhar que a visão de inclusão defendida no presente trabalho, é a inclusão para as diversidades, da singularidade e do respeito às individualidades presentes na escola, ou seja, é preciso dar voz às diferenças independentemente de diagnósticos. Ademais, este estudo parte da concepção de que não é o indivíduo que precisa se adaptar ao padrão social, mas sim a sociedade é quem deve recebê-lo, adaptando-se às diversas realidades presentes. Portanto, o termo inclusão, de acordo com a Revista da Educação Especial – Inclusão –, refere-se à “modificação da sociedade como um pré-requisito para a pessoa realizar seu desenvolvimento e exercer a cidadania” (SASSAKI, 2005, p. 22).

Para que essa concepção de inclusão seja possível, os profissionais que na escola operam precisam rever sua projeção de aluno ideal. Além disso, a interação professor-aluno torna-se, nesse prisma, fundamental para se pensar o processo de inclusão crítica, pois as rela-

ções que se desenvolvem no contexto escolar são atravessadas de sentido e é esse sentido produzido que possibilitará práticas educativas que focalizem a diversidade e que valorizem a participação de todos.

Considerando tais multiplicidades, como destaca Bock (2003), a criança terá mais interesse pelo ensino e maior prazer nele, pois perceberá que suas vivências e características individuais são importantes no contexto escolar. Desse modo, terá mais curiosidade no ensino e sentimento de pertencimento.

É exatamente nesse prisma que aparece o psicólogo, que também pode oferecer contribuições e possibilidades à escola no que se refere à inclusão. Para tanto, o profissional da psicologia deve adotar uma postura crítica da realidade atual, considerando o homem “como ser histórico e social, que atua de forma transformadora sobre o mundo e, ao fazer isso, se transforma também” (BOCK, 2003, p. 101).

Além disso, Bock (2003) menciona que o psicólogo pode contribuir para que o professor compreenda sua importância na escola e suas ações enquanto educador. É importante que o docente entenda que é possível proporcionar espaços de valoração dos conhecimentos das crianças, dos aspectos culturais vividos por elas, dos interesses coletivos, das atividades que envolvam as tradições regionais e que dão voz às particularidades pessoais, fazendo com que a escola seja mais atrativa para esses alunos (BOCK, 2003).

Diante do exposto até o momento, verificou-se que a escola, mesmo buscando atualizar-se enquanto instituição, ainda é atravessada por pressupostos rígidos e padronizados. Na tentativa de fazer emergir novas alternativas, pequenas mudanças já são vistas no contexto escolar, mas ainda precisam ser aprimoradas, como a ótica inclusiva, por exemplo. Não obstante, a inclusão para as diversidades será desenvolvida de fato, à medida que os profissionais que lidam com o contexto escolar, apropriarem-se de formação especializada e uma postura crítica, frente à tão complexa realidade

Finalizando este estudo, é possível considerar que tanto o diagnóstico de TDA/H como a medicalização, apresentam, muitas vezes, utilidade de suporte para os problemas sociais aparentes que acabam sendo individualizados. Assim, todo contexto social envolvido é ignorado e o uso do medicamento se torna mais fácil e vantajoso do que se pensar de forma crítica sobre o fenômeno. Por fim, conclui-se que estratégias precisam ser criadas para que o contexto que produziu a sintomática seja analisado, revisto e, até mesmo, desconstruído. Dessa forma, o sujeito poderá se afirmar em suas particularidades, realizar tratamentos de modo adequado, se adaptar a novas exigências, sem sujeitar-se à ordem social imposta.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo objetivou promover uma discussão sobre o TDA/H e os possíveis desdobramentos na vida escolar da criança assim diagnosticada, ainda que de modo incorreto, uma vez que verificou-se ampla propagação de diagnósticos do referido transtorno no meio escolar. Para tanto, buscou-se compreender o TDA/H, a partir da perspectiva médica, bem como sua conceituação e modos como ele é tratado na atualidade. O contexto escolar também foi brevemente analisado, tanto em seus aspectos históricos, como contemporâneos; além disso, foram apresentadas algumas das funções que a escola assume, ou seja, disciplinar e socializar a criança.

Neste estudo, objetivou-se também problematizar os estereótipos sofridos por crianças que não correspondem às expectativas a elas atribuídas. Ademais, foram apresentados alguns desdobramentos na vida escolar da criança com tal diagnóstico, como por exemplo, a rotulação e discriminação advinda dos colegas, professores e demais profissionais do contexto escolar, ocasionando também o distanciamento e até mesmo a exclusão da criança dos grupos e/ou da escola.

Além desses, outros desdobramentos apontados foram: a própria dificuldade de se sentir capaz de desenvolver e progredir no contexto escolar e demais âmbitos relacionais, tendo comprometimentos de ordem afetivo e emocional, visto que sua autoestima é afetada juntamente com seu processo de subjetivação; bem como o impedimento de se posicionar, enquanto sujeito de desejos, inquietações e de questionamentos nesse contexto.

Evidenciou-se que a medicalização é a forma mais comum de se “tratar” a criança diagnosticada com TDA/H, sendo Ritalina® e Concerta® os medicamentos mais utilizados no Brasil. Verificou-se, também, pontos obscuros a respeito do diagnóstico de TDA/H, bem como da utilização medicamentosa para o tratamento desse transtorno.

Sabe-se que algumas práticas já são vistas no contexto escolar que buscam fazer o caminho reverso: ações que legitimam a subjetividade da criança e que proporcionam a expressão de suas singularidades. Assim, a inclusão para as diversidades foi apresentada como possibilidade de novas práticas, ou seja, independente do transtorno ou dificuldade apresentada pela criança, esta deve ser inserida no ambiente acolhedor, de modo a não sentir-se excluída ou diferente das demais. Verificou-se que profissionais que lidam com a dinâmica escolar, sejam eles professores ou psicólogos, precisam problematizar também o aspecto inclusivo, para não estereotipar determinadas crianças nem tampouco colocá-las à margem.

Durante este estudo, diversos questionamentos surgiram, tanto no que se refere à patologização, como no que tange à medicalização. Essas indagações poderão servir de subsídio para outros e novos estudos, como o papel da medicina na sociedade contemporânea; os motivos pelos quais padrões de vida têm se tornado hegemônicos em detrimento de outros; os interesses de se criar uma sociedade medicalizada; a indústria farmacêutica em seu apogeu; dentre outros.

Portanto, conclui-se que as indagações aqui pontuadas ainda merecem ser investigadas e pesquisadas em profundidade, a fim de dar lugar às práticas que não busquem a normatização e padronização do indivíduo, mas sim, que o considerem em suas particularidades e legitimem, sobretudo, o *ser humano* e suas diversidades.

REFERÊNCIAS

ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **O que é o TDAH**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f9021b8047aad12aa094af917d786298/brats23.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 19 abr. 2015b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim de Farmacoepidemiologia**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c4038b004e996487ada1af8a610f4177/boletim_sngpc_2_2012+corrigido+2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 27 ago. 2015a.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução de: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <www.passeidireto.com>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BARBARINI, Tatiana de Andrade. **O controle da infância**: Caminhos da medicalização. 2011. 192 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Campinas. Disponível em: <<http://www.biblioteca digital.unicamp.br/document/?code=000827353&fd=y>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologia da Educação: Cumplicidade Ideológica. In: MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino (Org.). **Psicologia escolar**: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 79-104.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. In: **Legislação Brasileira Sobre Educação**, Biblioteca Digital, Câmara dos Deputados. 2ª ed. Brasília, 2013, p. 25-60. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2388/legislacao_brasileira_educacao_2ed.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 out. 2003. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2003/10742.htm>. Acesso em: 31 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Documento subsidiário à política de inclusão**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: ME, 2005. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/docsubsidiariopoliticadeinclusao.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. **Série Idéias**, v. 23, p. 25-31, 1994. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

CONCERTA: Cloridrato de Metilfenidato: comprimidos. São Paulo. Registrado por: Janssen-Cilag Farmacêutica LTDA, 2014. Bula de remédio.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida – Medicalização da Educação**. Brasília: CFP, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

COUTO, Daniela Paula do. **O sujeito-criança**: A constituição subjetiva graças aos pais e apesar deles. 2014.126f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São João del-Rei, Programa de Mestrado em Psicologia, São João del-Rei, 2014. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestradospsicologia/2014/Dissertacoes/Turma2012/Daniela_Couto_Final.pdf>. Acesso em: 24 set. 2015.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRER, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, p. 446 – 459. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a14>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: O minidicionário da língua portuguesa. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição, Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos [et al.]. 4. ed. rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. p. 453.

FORTESKI, Rosina. et al. O diagnóstico de TDAH: implicações na aprendizagem escolar da criança. **Cadernos do Aplicação**, v. 25, n. 2. 2012. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/CadernosdoAplicacao/article/view/32571/29304>>. Acesso em: 24 set. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalheite, Ed. Vozes, 32ª ed., 262 p. Petrópolis, 2006.

GALINDO, Dolores; LEMOS, Flavia Cristina Silveira; RODRIGUES, Renata Vilela. **Do Poder Psiquiátrico: uma Analítica das Práticas de Farmacologização da Vida**. Mnemosine, v. 10, n.1, p. 98-113, 2014.

LACET, Cristine Costa. **A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 150 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-03122014-150050/pt-br.php>>. Acesso em: 18 set. 2015.

LEGNANI, Viviane Neves. Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24 – n. 2, p. 307-322, Maio/Ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a07v24n2.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

LOW, Ana Maria Sales. **Palestra: Autismo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Brasília, 22 fev. 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=36gIC-ASABk>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

MATTOS, Paulo. **TDAH Alterações no cérebro são identificadas**. 26 set. 2017. Disponível em: <http://www.rededor.com.br/am_esauade_detalhe.aspx?id=8361>. Acesso em: 03 mar. 2018.

NEPOMUCENO; Camila Patrícia, BRIDI; Jamile Cristina Ajub. O papel da escola e dos professores na educação de crianças que apresentam dificuldade de aprendizagem. **Revista Eletrônica de Ciências da Educação**, Campo Largo, v. 9, n. 1, jul. de 2010. Disponível em: <<http://revistas.facecla.com.br/index/reped>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

PASQUALINI, Juliana Campregher. **Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para a educação escolar de crianças de 0 a 6 anos: desenvolvimento infantil e ensino em Vigotski, Leontiev e Elkonin**. Araraquara, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/90339/pasqualini_jc_me_arafcl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 abr. 2015.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de artigos de periódicos científicos**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <<http://www.pucminas.br/biblioteca/>>. Acesso em: 11 set. 2017.

POSSA, Marianne de Aguiar; SPANEMBERG, Lucas; GUARDIOLA, Ana. Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças Escolares. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 2-B, p. 479-483, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a21v632b.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

RITALINA: Cloridrato de Metilfenidato: comprimidos. Responsável técnico Farm. Resp.: Flávia Regina Pegorer. São Paulo, 2014. Bula de remédio.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: o paradigma do século 21. **INCLUSÃO – Revista da Educação Especial** – Ministério da Educação, out/2005. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/revistainclusao1.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

SCHICOTTI, Rosana Vera de Oliveira; ABRÃO, Jorge Luis Ferreira; JÚNIOR, Sérgio Augusto Gouveia. TDAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, São Paulo, v. 25, n.1, p. 135-154. 2014. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2731/2524>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

SILVA, Ana Carolina Pereira da. et al. A explosão do consumo de ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/174/298>>. Acesso em: 20 abr. 2015.