

“Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental”

por

Igor Juliano de Paula

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Luis David Castiel
Segundo orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta*

Rio de Janeiro, junho de 2015.

Esta dissertação, intitulada

“Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental”

apresentada por

Igor Juliano de Paula

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Prof.^a Dr.^a Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Prof. Dr. Luis David Castiel – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P324r Paula, Igor Juliano de

Remédio se aprende na escola: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental. / Igor Juliano de Paula. -- 2015.

154 f.

Orientador: Luis David Castiel
Gustavo Corrêa Matta

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Medicalização. 2. Criança. 3. Transtornos de Aprendizagem. 4. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade. 5. Saúde Mental. I. Título.

CDD – 22.ed. – 371.9144

Dedico aos meus pais, Adalgício e Regina, e aos meus irmãos, Erich e Priscilla, que, ao não normalizarem “o carro”, permitiram que eu construísse formas de pensamento mais livres e histórias de vida afetuosas.

AGRADECIMENTOS

Agradeça à amiga, “mãe niteroiense” e brilhante Profa. Dra. Hélia Kawa pelo apoio sempre cuidadoso e precioso. Sua presença afetuosa, carinhosa, estimulante e alegre foi fundamental para aguçar desejos pelos caminhos científicos libertários.

Agradeço ao Vitor pela parceria tão afetiva na minha história. Sua presença e apoio foram fundamentais na construção deste trabalho. Obrigado pelo companheirismo, revisões, formatações e a ternura.

Agradeço a minha cunhada querida Mônica por seu afeto e a presença dos meus sobrinhos Theo, Julieta e Lia com o convívio das doçuras infantis.

Agradeço ao meu querido orientador Prof. Dr. Luis David Castiel, pela orientação estimulante, singular, inovadora e sempre com muita amizade que permitiu uma escrita singular, rigorosa e sem amarras normativas.

Agradeço a presença de meu segundo orientador Prof. Dr. Gustavo Correa Matta pelas ideias que estimulam a abertura para constantes indagações, pelas propostas de pesquisa que me impulsionaram e pela gentileza de aceitar o convite de entrar nesse barco já em movimento.

Agradeço a Ana Beatriz Lima da Cruz pela sedução a trilhar histórias desmedicalizadas, portanto intensas, eróticas e com múltiplos afetos.

Agradeço a Vinícius pelas histórias da adolescência que perduram em uma presença amiga e com debates científicos singulares e à doce Cristina.

Agradeço a Melissa pela amizade, sugestões de pesquisa e trocas iniciadas no cruzamento de nossas histórias do interior paulista.

Agradeço ao carinho e disponibilidade de Leila Ripoll pelas “aulas particulares” de Foucault e preciosas sugestões de leitura.

Agradeço a Marielena Legey e Naira Sampaio pela leitura atenciosa, contribuição carinhosa de ideias e a pela torcida.

Agradeço a Ranphols e Alvinets pela amizade de infância e histórias aconchegantes.

Agradeço aos amigos das histórias divertidas da Lapa e da praia: Guizótopo, Julibolino, Andrezito, Marcos, Zezoide, Thiagoncio, Alex, Ana Beatriz, Edna; pela presença deliciosa e divertida mesmo após longos períodos de ausência.

Agradeço a Dani, pelo afeto, carinho, sugestões preciosíssimas de leitura e estímulo rigoroso para as iniciações foucaultianas.

Agradeço aos professores deste programa de mestrado, em especial a Prof. Dra Rosely Magalhães pela disponibilidade e pela transmissão do ensino científico de modo singular, arrojado e afetuoso.

Agradeço aos Coordenadores do Mestrado Prof. Dr. André Reynaldo Perisse e Prof Dr. Gil Sevalho e a Lídia por me ajudar a sair de alguns sufocos.

Agradeço aos novos “amigos da escola”, em especial às “meninas massas”: Ana Clara, Ana Cloe, Bianca, Soninha, Sandra e Vivi.

Agradeço aos profissionais de saúde do ambulatório de Guapimirim pela disponibilidade em possibilitar que este trabalho fosse concluído.

Agradeço a minha querida equipe de trabalho de Macaé, berço de minhas práxis, que sempre me estimulou a pensar em novas histórias. Em especial, agradeço o apoio de meus coordenadores Marília Rangel e Valter Figueiredo.

O HOMEM E O REMÉDIO: QUAL O PROBLEMA?

Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Não cheguei ainda a conclusões dignas de publicidade, e talvez não chegue nunca a elaborá-las, porque se o número de doenças é enorme, o de medicamentos destinados a combatê-las é infinito, e a gente sabe o mal que habita em nosso organismo, porém fica perplexo diante dos inúmeros agentes terapêuticos que se oferecem para extingui-lo. E de experiência em experiência, de tentativa em tentativa, em vez de acertar com o remédio salvador esbarramos é com uma nova moléstia causada ou incrementada por ele, e para debelar a qual se apresenta novo pelotão de remédio, que por sua vez...

De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades.

[...]

Há laboratórios geradores de infecções novas ou agravadores das existentes, para atender o fabrico de drogas destinadas a debelá-las? A humanidade vive à procura de novos males, não se contendo com os que já tem, ou desejando substituí-los por outros mais requintados? Se o desenvolvimento científico logrou encontrar a cura de todos os males tradicionais, fazendo aumentar a duração média da vida humana, por que se multiplicam os remédios, em vez de reduzirem as variedades? Se o homem de hoje tem mais resistência física, usufrui tantas modalidades de conforto e bem-estar, por que não para de ir à farmácia e a farmácia não para de oferecer-lhe rótulos novos para satisfazer carências de saúde que ele não deve ter?

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O processo de medicalização funciona como um dispositivo sociocultural no qual uma série de agentes da mídia, pesquisadores, profissionais de saúde e de ensino utilizam tecnologias que se apoderam dos amplos conflitos, sociais, políticos, econômicos e subjetivos para transformá-los em questões de ordem médica através de um discurso especialista. No campo da saúde mental infanto-juvenil, assistimos a um recrudescimento destes fenômenos na patologização do fracasso escolar. O diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) possibilita transformar manifestações como a hiperatividade e desatenção na sala de aula em um transtorno mental com prognóstico que afeta o desempenho acadêmico, as habilidades sociais, e a capacidade de escolha da criança. O TDAH surge como estratégia de medicalização da aprendizagem para normatizar comportamentos indesejados socialmente e fomentar o ilusório projeto social, político e econômico da cultura neoliberal de construção de subjetividades cerebralmente formatadas, que se autogerenciem e que prescindam das proteções do Estado. O presente estudo tem como objetivo analisar os procedimentos terapêuticos de profissionais de saúde mental infantil de um ambulatório do município de Guapimirim (RJ) como possível resistência a uma demanda das escolas por avaliação de saúde ocasionada por manifestações infantis de desatenção, hiperatividade e impulsividade (sintomas principais do TDAH). Foram realizadas pesquisa documental em prontuários de crianças com perfis selecionados e entrevistas semiestruturadas para os profissionais de saúde. Observou-se que diante desta demanda escolar, não foram problematizados pelos profissionais de saúde os comportamentos, motivadores da queixa, identificados como disfuncionais pela escola. Desta forma, os procedimentos de saúde parecem ser resultado de uma interpretação de que a criança é portadora de uma questão médica cujas intervenções terapêuticas vão ser nela centralizadas sem considerar o contexto sociocultural da aprendizagem. Além disso, as prescrições parecem figurar como uma continuidade das leituras medicalizantes da escola sobre o incômodo comportamento infantil.

Palavras-chaves: Medicalização escolar – Medicalização de crianças – Medicalização da aprendizagem – Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade.

ABSTRACT

The medicalization process works as a sociocultural device in which a number of media agencies, researchers, health professionals and scholars take hold of social, political, economic and subjective conflicts and turn them in medical issues, through a health specialist interpretation and jargon in the field of children's mental health, we witness a resurgence of this phenomenon in the attempts to pathologize school failure. The diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) transform events such as hyperactivity and inattention in the room class into a mental disorder whose prognosis affects academic performance and social skills. Accordingly, ADHD emerges as a strategy to regulate socially undesirable behavior and encourage the illusory neoliberal political and economic social project of building brain-formatted subjectivity, with self-managed performance and independent of State. This study aims to examine whether the therapeutic procedures in of a child mental health clinic in the city of Guapimirim (RJ) could be operating as a resistance by school personnel against the need for health assessment for children manifesting inattention, hyperactivity and impulsivity (main symptoms of ADHD). The study was performed by the evaluation of medical records of children with selected profiles, and by semi-structured interviews applied to health professionals. We observed that the potential motivators of the behaviours identified by the schools as problematic were not explored with the teaching staff or with the families. Thus, health procedures seem to be the result of an interpretation that the child carries a medical issue, upon which interventions should be centered. In addition, therapeutic prescriptions seem to represent a consequence of the medicalized interpretation of the school about child behavior.

Keywords: school medicalization - medicalization of children - learning medicalization - Attention Deficit / Hyperactivity Disorder.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO: A MEDICALIZAÇÃO E SUAS INTERFERÊNCIAS EM “COISAS QUE A GENTE NEM IMAGINA” | 12 |
| 1.2 | JUSTIFICATIVA | 18 |
| 2 | TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)..... | 21 |
| 2.1 | HISTÓRICO DO TDAH..... | 22 |
| 2.2 | CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA | 23 |
| 2.3 | EPIDEMIOLOGIA DO TDAH..... | 27 |
| 2.4 | ETIOLOGIA..... | 29 |
| 2.5 | TRATAMENTO DO TDAH..... | 35 |
| 3 | MEDICALIZAÇÃO | 37 |
| 4 | MEDICALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM..... | 52 |
| 5 | METODOLOGIA..... | 66 |
| 5.1 | ÁREA DE ESTUDO | 66 |
| 5.2 | AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL | 66 |
| 5.3 | DESENHO DE ESTUDO | 67 |
| 5.4 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS REFERIDOS A CADA OBJETIVO ESPECÍFICO..... | 68 |
| 5.5 | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... | 76 |
| 5.6 | ASPECTOS ÉTICOS | 76 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS | 78 |
| 6.1 | ACHADOS GERAIS | 78 |

| | |
|--|-----|
| 6.2 ANÁLISES ESPECÍFICAS DE CADA PRONTUÁRIO..... | 79 |
| 6.2.1 PRONTUÁRIO A | 79 |
| 6.2.2 PRONTUÁRIO B..... | 81 |
| 6.2.3 PRONTUÁRIO C..... | 84 |
| 6.2.4 PRONTUÁRIO D | 86 |
| 6.2.5 PRONTUÁRIO E..... | 87 |
| 6.2.6 PRONTUÁRIO F | 88 |
| 6.2.7 PRONTUÁRIO G | 89 |
| 6.2.8 PRONTUÁRIO H | 92 |
| 6.2.9 PRONTUÁRIO I..... | 93 |
| 7 RESULTADO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS | 95 |
| 8 CONCLUSÃO..... | 113 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 119 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 124 |
| APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas semiestruturadas..... | 137 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 138 |
| ANEXO A – Modelo de Prontuário | 141 |
| ANEXO B – Sistema de Informação da Saúde Mental (SISAMENTE)..... | 153 |

1 INTRODUÇÃO: A MEDICALIZAÇÃO E SUAS INTERFERÊNCIAS EM “COISAS QUE A GENTE NEM IMAGINA”

O meu interesse em pesquisar um tema, que aborde a saúde mental infantil e especificamente o atendimento nos serviços de saúde mental de crianças em idade escolar com diagnóstico estabelecido ou suspeito de TDAH, foi se intensificando à medida que fui consolidando minha prática profissional como psiquiatra no cuidado de crianças e adolescentes em um ambulatório da rede pública de saúde do município de Macaé (RJ).

Iniciei os meus atendimentos à população infantil quando ainda cursava minha Residência Médica em Psiquiatria. A princípio assumi a ocupação de psiquiatra no atendimento a crianças e adolescentes por razões de compatibilidade com os horários da pós-graduação.

Posteriormente, mantive-me neste cargo por preferência pessoal após ter feito estágio e capacitações na área de saúde mental infantojuvenil. Mas, desde o início desta minha nova experiência, um acontecimento frequente me inquietava: a demanda das escolas para o tratamento e avaliação das crianças consideradas pelos professores como hiperativas, desatentas e impulsivas¹.

Dentro deste contexto, chegavam até a mim professores ou pais muitas vezes irritados porque aquela criança não obedecia a seus mestres, era barulhenta, fazia as tarefas na hora que bem entendesse, etc.

Para me inquietar ainda mais, existia naqueles pedidos de ajuda, a demanda que um médico desse uma palavra final e prescrevesse um tratamento aguardado por eles como soberano para a resolução do imbróglio instalado na relação aluno e escola.

Devido ao meu interesse também pela psicanálise, compreendia que os sofrimentos humanos eram determinados por um misto de razões singulares e coletivas, representadas por suas vidas de trabalho, suas cidades e suas relações de afeto.

Concordo com Freud, ao explicitar sobre as raízes dos sintomas de um indivíduo na sua história subjetiva, suas funções de denúncia e erotismo (FREUD, 1905, 1908) e o

¹ A desatenção, hiperatividade e impulsividade são considerados sintomas que compõem a tríade sintomatológica do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). (ARONOVICK & ROHDE & ROMAN, 2003). O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, em sua quinta edição, caracteriza o TDAH como uma síndrome de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

convívio com o outro como fonte paradoxal de amparo, mal-estar e angústia. (BIRMAN, 2006; FREUD, 1930)

Desta maneira, as razões biomédicas para existência de sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade, fundamentais ao diagnóstico de TDAH, eram, para mim, um tanto quanto superficiais, tal qual a real demarcação destes sintomas como patológicos.

Numa tentativa de particularizar melhor a reclamação de pais e professores acerca do comportamento destas crianças na escola, proponho encontros com professores para discutirmos sobre o aluno em questão e mantenho atendimentos com os pais destas crianças, em grupo ou individualmente, para investigar outros fatores que pudessem contribuir para o conflito e ultrapassar a mera enumeração de sintomas, geradores do incômodo.

Obviamente, em um trabalho de equipe, deparava-me com outros colegas, profissionais de saúde, que acolhiam de uma forma imediata à queixa dos pais e das escolas através da prescrição de tratamentos de saúde ou solicitações por avaliação médica para a criança, então considerada como um caso cujos sintomas demandam tratamento de saúde mental.

Dentro desta experiência profissional, um caso que atendi, logo quando fui admitido pela Prefeitura de Macaé, exemplifica minhas inquietações e me possibilitou verificar que é possível construir interpretações diferentes daquelas determinadas oficialmente pelo discurso médico-psiquiátrico para as demandas de tratamento de crianças, compreendidas como hiperativas, que me eram endereçadas pelas escolas.

A título de ilustração para esta dissertação, apresentarei este caso com algumas indagações relacionadas às questões que motivaram esta pesquisa, informadas adiante. A exposição do caso já foi apresentada, em 2011, no evento Tardes Polêmicas em torno da Clínica do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos, instituição da qual faço parte.

O garoto, que vou chamar de Daniel, tinha 7 anos na época e chegou acompanhado por seus pais que diziam em coro: “não aguentamos mais ele”.

A mãe complementa com uma informação dada a ela pela escola onde a criança estudava: “a diretora da escola falou que ele é hiperativo e que precisa tomar um remédio”.

Seu pai emendou com algo preocupante: “Ele acaba comigo. Eu falto o trabalho por conta dele. Ele piora minha hérnia de disco. Quando ele faz alguma coisa e eu digo que não pode (fazer), ele começa a me “xingar”; fico nervoso, tomo um Diazepam² e vou logo dormir.”

² Medicação da classe dos benzodiazepínicos, utilizado no tratamento da ansiedade em diversos transtornos psiquiátricos. Conhecidos popularmente como ansiolíticos. (CORDIOLI *et al*, 2011, p.129)

Nesta primeira entrevista, sem a presença de Daniel, procurei intervir no movimento do pai de se omitir na frente do filho para logo sair da cena conflitiva.

A família morava há pouco tempo em Macaé, há cerca de 1 ano. Mudaram-se para esta cidade por conta do trabalho do pai. Vieram da cidade do Rio de Janeiro à qual se referiam como sendo mais tranquila, pelo menos no bairro onde residiram. A casa anterior era bem maior, com um grande quintal no qual Daniel e sua irmã caçula brincavam livremente.

Notei que os pais estavam mais desamparados devido à perda financeira que houve com a mudança de cidade e se queixavam do alto custo de vida de Macaé. Falavam do pequeno tamanho da moradia atual comparada às dimensões da residência anterior. Havia um temor de deixar as crianças irem à rua, pois os pais consideravam a atual cidade mais violenta que a anterior. O casal estava se relacionando sexualmente bem menos e colocava o filho como causador deste afastamento.

Percebi que algumas inquietações do menino eram direcionadas ao estado de apatia e entristecimento do pai. Este não mais brincava com o filho. Sentia-se inclusive impotente diante das demandas do garoto para compras de jogos e DVDs. A criança reclamava: “Somos pobres mesmo. Aqui não tem nada.”

Nada havia de lúdico mesmo para a família naquele momento. Sequer saíam nos finais de semana e pouco conheciam sobre os lazeres da nova cidade. O horizonte familiar ficava restrito às lembranças nostálgicas do Rio, as dores de coluna do pai, a sua sedação regada à benzodiazepínico, a suposta hiperatividade do filho, o encarceramento voluntário da família na pequena casa, as decepções financeiras e o quase inexistente erotismo entre o casal.

Começo a apontar para os pais a importância de saírem com as crianças e do necessário extravasamento energético que Daniel necessitava canalizar.

Eles começam a me dizer o que faziam no Rio: das idas às pracinhas daquela cidade até às suas diferentes praias. Lembraram-se do quanto Daniel gostava de brincar.

A minha prescrição inicial foi auxiliá-los na realização de algumas atividades nos fins de semana para a família. Iniciei também a redução da Imipramina,³ que foi prescrita pelo neurologista.

³ Primeiro medicamento da classe dos antidepressivos tricíclicos a ser desenvolvido. Evidências incompletas de eficácia no TDAH em crianças. (CORDIOLI *op.cit*, p.192). Para o tratamento do TDAH, os antidepressivos tricíclicos são considerados agentes de segunda ou terceira escolha, nos casos em que os pacientes não responderam bem ao metilfenidato (GATTÁS *et al*, 2011, p.397) (substância conhecida como Ritalina), psicoestimulante considerado agente de primeira linha para intervenção farmacológica no tratamento do TDAH em crianças. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2015)

Abordei também que, apesar dos pedidos de Daniel por jogos de computador e DVD's, as crianças inventam brincadeiras de diversos tipos e com situações sobre as quais os adultos nem imaginam.

Em encontros seguintes, o pai já relatou alguns passeios às praias de Macaé. Falava sobre as brincadeiras dos filhos na areia e de períodos mais relaxantes. Sensibilizou-se também quanto às inquietações do filho direcionadas a ele, evitando lamuriar-se na frente da criança.

Inclusive, o homem vinha se esforçando para retomar algumas atividades como jogar bola com Daniel ou lavarem o carro juntos no final de semana. O casal pode começar também a falar mais detalhadamente sobre seu afastamento.

Em determinado momento, foi possível fazer a retirada de toda a medicação de Daniel.

Seu pai chegou um dia à consulta e descreveu uma cena a qual acredito ter apaziguado um pouco mais suas queixas acerca do filho.

A família fora a uma festa beneficente de seu bairro. No final da festa, o pai assiste a uma brincadeira entre os dois irmãos: eles usaram uma barraca para vender produtos que estava vazia, como cenário, e Daniel comandava o jogo. Ele e a irmã se revezavam seguidamente nas posições de vendedor e freguês.

O pai se contagiou com o riso e a atividade das duas crianças: durante a brincadeira, observava-os passarem por debaixo da viga de metal e trocaram de posição, servindo refrigerantes e quitutes invisíveis pelos quais cobravam preços astronômicos dentro do enredo daquela fantasia compartilhada.

O pai então refletiu: “O doutor tem razão. Criança brinca com qualquer coisa. Coisas que a gente nem imagina.”

O relato deste caso funciona para apontar que as condutas terapêuticas podem ser direcionadas para diferentes caminhos.

A hiperatividade poderia ter sido colocada como elemento central para determinar as condutas médicas, fato criticável para muitos autores (que serão estudados a seguir) justamente por não considerar a singularidade da vida de determinada criança (e suas relações intersubjetivas) que torna possível este tipo de manifestação comportamental. (CHRISTOFARI, 2014; COLLARES & MOYSES, 1994, 1996, 1997, 2013; GUARIDO 2008, 2007; GUARIDO & VOLTOLINI, 2009; MORAES, 2012)

Outra vertente de interpretação clínica determina a pesquisa dos sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade, quanto a sua frequência e grau de

disfuncionalidade, como elementos fundamentais para indicarem a presença ou ausência do TDAH cujo diagnóstico se desdobrará em tratamentos psicofarmacológico e psicoterápico para o denominado então portador, de acordo com o discurso científico neurobiológico oficial. (BARBIRATO *et al*, 2015; COUTO & MELO-JUNIOR, 2010; MATTOS *et al*, 2007; POLANCZYK *et al*, 2011)

A partir daí, poderia se aumentar a dose da Imipramina ou ter prescrito o Metilfenidato caso houvesse concordância com o neurologista de que a hiperatividade é um sintoma patológico que indicava o diagnóstico de TDAH para Daniel.

Por outro modo de exercício clínico, do qual sou partidário, pode-se indagar o que significa para a vida de uma criança assistir à apatia de seu pai? A mudança de cidade e a diminuição dos lazeres interferem na vida de um menino de 7 anos? O pouco entrosamento afetivo de seus pais o afeta? A hiperatividade e a pouca obediência são resistências da criança ao silenciamento sedativo do pai? Seria uma forma de causar algum movimento possível neste adulto?

Ou seja, estas indagações apontam para fundamental singularização e contextualização dos sofrimentos infantis, que são recebidos pelos profissionais de saúde na forma de hiperatividade, desatenção e impulsividade. Contextualização esta (que na presente dissertação será chamada algumas vezes por problematização) a qual funcionará como possíveis estratégias de resistência aos processos de medicalização que tem envolvido frequentemente o cuidado de saúde de crianças. (MORAES, 2012)

Por conta destas experiências, ao ingressar neste mestrado, optei por trabalhar sobre algumas questões que sempre impulsionaram minha prática profissional: como são tratadas, pelos profissionais de saúde, as crianças consideradas hiperativas e desatentas pelas escolas? Qual a especificidade de práticas de saúde singulariza as queixas provenientes da escola sobre o comportamento de seus alunos ou, ao contrário, daquela (especificidade das práticas) que representa condutas padronizadas que medicalizam ainda mais a tendência das escolas de patologizar o comportamento desatento e agitado das crianças em sala de aula?

Encontrei, através do conceito de medicalização da vida (ILLICH, 1975) e de medicalização como dispositivo biopolítico (FOUCAULT, 2008) (para gerir a vida humana, estabelecer condutas padronizadas e adequadas a serem seguidas pelo corpo social a cada momento histórico), formas de criticar a invasão das condutas e prescrições médicas em processos da vida humana, como a aprendizagem, cujas determinações envolvem relações intersubjetivas, contextos culturais, políticos e sociais.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, analisaremos uma forma específica de medicalização que envolve o comportamento infantil: a medicalização da aprendizagem (CHRISTOFARI, 2014; MORAES, 2012; RICHTER, 2012) e seu conseqüente processo de patologização da infância, considerada como importante causa do fracasso escolar na atualidade. (COLLARES & MOYSES, 1994, 1996, 1997, 2013; GUARIDO, 2008, 2007)

Neste estudo, o conceito de medicalização será o disparador crítico para analisar a influência do discurso escolar na construção de demandas para tratamentos de saúde das situações referentes às dificuldades escolares, pretensamente ocasionadas por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Apesar de saber que há um discurso que se retroalimenta entre a psiquiatria, psicologia e pedagogia no sentido de considerar estes sintomas decorrentes de uma causalidade orgânica definidora de um problema médico, o TDAH, (COSTA, 2006; GUARIDO, 2008, 2007) tratado por meio de terapias biológicas e comportamentais (que incrementam o poder médico atuante para disciplinar condutas infantis) (CHRISTOFARI, 2014; MORAES, 2012), a presente pesquisa deter-se-á no encaminhamento realizado a partir das escolas como possíveis geradores de demandas para tratamento de saúde, as quais podem funcionar como estratégias de medicalização da aprendizagem.

O objetivo geral de nosso estudo será a análise dos procedimentos de saúde determinados a partir da demanda originada direta (relatório de encaminhamento escolar) ou indiretamente (relato de responsáveis sobre a solicitação da escola ou de perturbações psíquicas vivenciadas prioritariamente no espaço escolar) das escolas para avaliação de crianças, entre 7 e 12 anos de idade, consideradas hiperativas, desatentas ou impulsivas ou com suspeitas sobre o diagnóstico de TDAH. A avaliação destas crianças foi iniciada durante o ano de 2013 no ambulatório de saúde mental de um município da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

Analisaremos as possíveis relações das abordagens (avaliação ou tratamento de saúde) a estas crianças pelos profissionais de saúde com o processo de medicalização da aprendizagem.

Dito de outra forma, o nosso objetivo principal é discutir se as práticas de saúde destes profissionais podem desconstruir, de alguma maneira, a demanda das escolas para normatizar (e medicalizar) o comportamento desatento e agitado de seus alunos.

Outras indagações se sucederam a partir da pergunta inicial e do objetivo central: quais os procedimentos de saúde realizados a partir da solicitação das escolas por avaliação de crianças consideradas hiperativas, desatentas ou impulsivas? Os profissionais de saúde

incrementam o processo de medicalização da aprendizagem? Ou podem oferecer resistências às demandas, por tratamento de saúde, vinculadas a estas estratégias de medicalização? Qual a percepção dos profissionais de saúde deste ambulatório quanto ao processo de medicalização da aprendizagem?

As relações destes procedimentos com o processo de medicalização da aprendizagem podem questionar a construção biomédica predominante de que estas dificuldades se devam a disfunções neuroquímicas e privilegiarem os complexos determinantes sociais e culturais envolvidos no problema.

1.2 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, com o amadurecimento das políticas públicas de saúde mental, populações específicas com sofrimento mental, como as crianças em sofrimento psíquico, tornam-se objeto de preocupação dos trabalhadores de saúde mental e gestores dos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2005)

Novos desafios são propostos às políticas de saúde voltadas ao público infanto-juvenil: a inclusão de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no ensino regular e na comunidade, o crescente uso disfuncional de substâncias psicoativas neste segmento, a oferta de necessidades específicas de tratamento e a sensibilização de profissionais da atenção básica e da saúde mental para demandas inerentes a esta população (idem).

Por outro lado, o aumento da visibilidade deste grupo enquanto população que necessita de cuidados específicos de saúde mental pode sofisticar as estratégias de medicalização da sociedade (MACHADO, 1978) ou de medicalização da vida (ILLICH, 1975) as quais têm como alvo a criança nos seus espaços cotidianos prioritários de formação subjetiva: a escola e sua família.

O cotidiano escolar (os impasses no processo de aprendizagem e as relações intersubjetivas presentes) tornou-se alvo estratégico para as práticas medicalizantes devido à associação frequente entre as manifestações comportamentais de hiperatividade, desatenção e impulsividade de alguns alunos com o diagnóstico psiquiátrico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e deste último como importante responsável pelo fracasso escolar. (COLLARES & MOYSÉS, 1994, 1996, 1997, 2013)

Disciplinas do campo psi se apoderam dos processos de aprendizagem e estimulam os professores a se tornarem bons técnicos para encaminharem suas crianças aos profissionais de saúde. Esvaziam-se as possibilidades da pedagogia se responsabilizar minimamente por crianças que escapam de suas expectativas educacionais. (GUARIDO, 2008)

A estratégia de tornar a escolarização medicalizada pode reduzir as possibilidades de contribuição dos professores para a solução de alguns embates cotidianos com seus alunos e com os processos de aprendizagem destes para tão somente a mera detecção instrumental precoce de possíveis transtornos de comportamento das crianças e seus “corretos” encaminhamentos (idem).

A criação de procedimentos diagnósticos para comportamentos infantis considerados disfuncionais como no caso do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), frequentemente associado aos problemas de aprendizagem, é ressaltada como avanço técnico para terapêutica do sofrimento psíquico da população pediátrica por alguns autores. (BARKLEY, 2008)

Entretanto, outro segmento de pesquisadores questiona a validade diagnóstica desta categoria, considerando-a reduzidas a um campo estritamente médico de tratamento de fenômenos cujos determinantes são sociais, acadêmicos, familiares ou inerentes ao processo de desenvolvimento de toda criança. (LIMA, 2005; SANCHES, 2010)

Independente do posicionamento tomado assiste-se a um aumento do uso de medicação psicotrópica em crianças devido a comportamentos considerados disruptivos e prejudiciais a um adequado funcionamento social, familiar e acadêmico.

Tal fenômeno pode indicar a patologização de comportamentos inerentes ao universo infantil e um aumento de encaminhamentos de crianças com problema de aprendizagem aos serviços públicos de saúde mental. (HOFFMAN, 2008; KAMERS, 2013; SANTOS, 2011) Profissionais de saúde mental têm sido demandados frequentemente pelas escolas ou por pais para avaliarem crianças inquietas, desatentas ou desobedientes nos espaços acadêmicos.

A preconização de não se aderir de imediato a esta demanda escolarizada representa uma tentativa de se desmedicalizar a queixa, evitando o excessivo uso de diagnósticos e tratamentos psiquiátricos e/ou psicológicos em situações cuja complexidade se refere prioritariamente a questões culturais, sociais e políticas diversas.

Neste contexto, a análise dos procedimentos adotados pela equipe de saúde mental diante de crianças consideradas por suas escolas como desatentas, inquietas ou impulsivas ou supostamente portadoras do TDAH, demonstra-se relevante para compreender se as condutas adotadas pelos profissionais de saúde vão ao encontro das práticas de integralidade,

territorialização e intersetorialização do cuidado, preconizadas para serem adotadas nos campos da saúde coletiva e saúde mental.

Especificamente, a discussão das possíveis relações destes procedimentos de saúde com o processo de medicalização da aprendizagem pode questionar a construção biomédica predominante ideologicamente de que os sintomas típicos do TDAH se devam a disfunções neuroquímicas e privilegiar os complexos determinantes sociais e culturais envolvidos no problema.

Algumas práticas de saúde mental podem obturar os determinantes subjetivos, culturais, sociais e econômicos nos modos de ser e de aprender específicos de algumas crianças quando se baseiam exclusivamente em racionalidades médicas, por exemplo. Almeja-se contribuir para uma série de pesquisas que criticam os processos de medicalização da vida infantil através de reflexões sobre tais práticas.

2 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Bom, é o seguinte: você tem sinais de déficit de atenção e de hiperatividade. “Vou te prescrever um medicamento”, sentenciou o psiquiatra. O gravador escondido no bolso marcava exatos 23 min de consulta – tempo suficiente para ele me diagnosticar com **TDAH** (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade) e escorregar pela mesa uma receita para três caixas de Ritalina. Não precisei mentir nem exagerar nada. Em resumo, relatei que vez ou outra tenho dificuldade para me concentrar em coisas que não me interessam, que prazos podem ser um problema e que faz tempo que não leio um livro até o fim. O que foi? Se identificou com alguma coisa? (KAISER, 2011)

Isso é um pseudodebate. Quem duvida da existência do TDAH nunca publicou nenhum artigo sobre o assunto, não tem qualificação. Você não vai chamar um pajé para discutir com um neurocientista. (MATTOS entrevistado por KAISER, 2011)

TDAH não existe. O que existe são crianças diferentes, com formas de aprender diferentes. Algumas são mais focadas, outras mais dispersas. Não existe um padrão de aprendizado. (...) nenhum medicamento no mundo daria conta da complexidade que é o processo de atenção e aprendizado de uma criança. Ele envolve afetividade, desejo, representações que a criança cria. (PROENÇA entrevistada por KAISER, 2011)

Atualmente, faz parte do cotidiano de profissionais de saúde e de ensino, diretamente envolvidos nas desordens comportamentais e dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar, depararem-se com questões que envolvem o aluno com diagnóstico de TDAH.

Em escolas, em ambulatórios de serviços de saúde pública de saúde mental infanto-juvenil e em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), tornou-se expressivo o número de crianças, cuja associação das dificuldades acadêmicas e das alterações comportamentais ao diagnóstico de TDAH gera demanda por cuidados terapêuticos para as dificuldades escolares. (BOARINI & BELTRAME, 2013; HOFFMAN, 2008; KAMERS, 2013)

Algumas controvérsias em torno da construção diagnóstica do TDAH fazem parte do cenário de pesquisas que envolvem o tema. Uma delas situa-se na aceitação do TDAH como uma doença psiquiátrica e sua possível fragilidade diagnóstica, indiretamente confirmada através das afirmações constantes de experts de que o TDAH é uma doença médica com bases neurobiológicas, diagnóstico bem definido e estudos convincentes para sua sustentação como enfermidade mental. (LIMA, 2005, p.72).

Diante disto, o que seria então TDAH?

2.1 HISTÓRICO DO TDAH

A obra de Lima (2005, p.61) é importante para análise da trajetória de construção diagnóstica para o TDAH. No início do século XX (1902), Still formula a hipótese de que os “maus comportamentos infantis” eram frutos de “defeito no controle moral”, herdado geneticamente de seus pais. (BARKLEY, 1997 *apud* LIMA, 2005)

Da lesão cerebral mínima, expressão consagrada por Strauss e Lehtinen em 1947 e cunhada por influência de supostas sequelas da pandemia de encefalite dos anos de 1917-18, representadas na forma de desordens do comportamento, formula-se, em 1962, a expressão *disfunção cerebral mínima* decorrente da dificuldade de identificação precisa de locais anatômicos das lesões cerebrais. (CYPEL, 2001 *apud* LIMA, 2005)

Este termo sofre ampla difusão no meio médico e entre os leigos, nos anos 60 e 70, atendendo a anseios fisicalistas da época de redução de sintomas, interpretados como possíveis desordens biológicas e relacionados ao fracasso escolar.

As mínimas disfunções cerebrais forjam argumentos potentes para eximir instâncias culturais, como a escola, de responsabilidades sobre os problemas acadêmicos de seus alunos e propiciam o descolamento das questões relativas ao fracasso escolar de seus determinantes econômicos, sociais e familiares.

Durante o percurso histórico, marcado por discussões entre psiquiatras para melhor refinar o diagnóstico de indivíduos que sofram com sua desatenção e/ou hiperatividade, o distúrbio recebe seu nome atual, na revisão da terceira edição do *Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R), a saber: transtorno do déficit de atenção/hiperatividade.

Atualmente, as descrições deste transtorno oferecidas pelo DSM-IV e pela CID-10 (1993) pretendem validar uma categoria diagnóstica de caráter atóricico para homogeneizá-la e torna-la universalmente aceita.

Desta forma, concordamos com Lima (*idem*, p.69-70):

Essa concepção encaixa-se perfeitamente na empreitada reducionista dos arquitetos do TDA/H. A pesquisa psiquiátrica estaria nos aproximando da realidade última do transtorno, entendido como entidade ‘natural’, a-histórica e a-cultural, cuja verdade encontra-se repousando na bioquímica cerebral e acorrentada à genética da espécie.

Para Lima, a postulação de uma etiologia biológica para o TDAH e a eficácia em suas estratégias de popularização requerem a exclusão de qualquer vínculo causal do transtorno a questões psicológicas, sociais e/ou culturais. Estas últimas serão secundárias para o entendimento do problema ou serão meras consequências das disfunções geradas pelo transtorno.

Na análise da história oficial do diagnóstico de TDAH, Caliman (2008) mostra que o processo de construção deste diagnóstico é fundamental e intrínseco ao processo de legitimação do discurso neurobiológico.

Complementa que uma patologia só pode ser compreendida se analisados conjuntamente aspectos de sua biologia, das aspirações das disciplinas envolvidas em seu cuidado, dos financiamentos de pesquisa por instituições interessadas pelo tema, dos métodos terapêuticos utilizados em seu tratamento e da forma como a sociedade representa a patologia ou a vivência.

2.2 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Este transtorno, como é referido nas classificações diagnósticas atuais DSM-IV e CID-10, é caracterizado, em importantes tratados da Clínica Psiquiátrica, por sua tríade sintomatológica clássica: desatenção, hiperatividade e impulsividade (ARONOVICK & ROHDE & ROMAN, 2003).

Esta sintomatologia deve se apresentar de forma persistente e mais grave do que o esperado para crianças da mesma idade ainda que não fique claro exatamente o que seria esperado para as crianças não diagnosticadas com TDAH de acordo com os escritos de Kaplan & Sadock, em 2007, no *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*.

Para delimitação um pouco mais precisa deste diagnóstico, os autores referem à necessária disfuncionalidade, ocasionada pelos sintomas, em pelo menos duas esferas importantes de relacionamento social da criança (relacionamento familiar e ambiente escolar, por exemplo) (idem, p.1304).

Este prejuízo no contexto social e o aparecimento de alguns dos sintomas antes dos sete anos de idade são critérios diagnósticos essenciais, de acordo com a CID-10 (1993) e o DSM-IV (2003) para definir se uma criança apresentaria ou não o transtorno.

Como a maior parte da bibliografia pesquisada nesta dissertação, utiliza como referência o DSM-IV, as classificações diagnósticas do TDAH, analisadas como oficiais, serão as descritas em ambas as publicações da *American Psychiatric Association* (DSM-IV e DSM-V).

Atualmente, com a publicação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V* (2014), grande parte das operacionalizações para o diagnóstico das enfermidades mentais foi alterada.

No caso do TDAH, a idade de início dos sintomas principais deste transtorno deverá estar presente antes dos 12 anos de idade. No DSM-IV, a exigência deste critério era a presença dos sintomas antes dos 7 anos de idade. Tal mudança evita possíveis subdiagnósticos uma vez que períodos anteriores à idade de 7 anos são mais difíceis de serem lembrados pelos adultos e por seus pais. (NARDI & VALENÇA, 2015)

Outra diferença, entre os critérios exigidos pelo DSM-IV e DSM-V para o estabelecimento do diagnóstico de TDAH, é a possibilidade de se propor este transtorno mental em uma criança autista. (DSM-V, 2014).

A seguir, são apresentados, na íntegra, os critérios definidos no DSM-IV para a realização do diagnóstico de TDAH. As orientações contidas na CID-10 para o estabelecimento diagnóstico deste transtorno são muito semelhantes às encontradas no DSM-IV, exceto que, nas primeiras, o TDAH faz parte de um conjunto amplo de transtornos denominado Transtornos Hiper-cinéticos.

Figura 1: Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno de déficit de atenção / hiperatividade

- A. Ou (1) ou (2)
- (1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **desatenção** persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
Desatenção:
- (a) freqüentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras
 - (b) com freqüência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
 - (c) com freqüência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra
 - (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
 - (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
 - (f) com freqüência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
 - (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
 - (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
 - (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias
- (2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperatividade** persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
Hiperatividade:
- (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
 - (b) freqüentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
 - (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
 - (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
 - (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
 - (f) freqüentemente fala em demasia
- Impulsividade:*
- (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completamente formuladas
 - (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez
 - (i) freqüentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p. ex., em conversas ou brincadeiras)
- B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
- C. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
- D. Deve haver claras evidências de um comprometimento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou transtorno da personalidade).
- Codificar com base no tipo:*
- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo combinado:** se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.
- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo predominantemente desatento:** se o Critério A1 é satisfeito, mas não o Critério A2, durante os últimos 6 meses.
- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo:** se o Critério A2 é satisfeito, mas não o Critério A1, durante os últimos 6 meses.
- Nota para a codificação:** Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "em remissão parcial".

Fonte: Kaplan & Sadock. *Compêndio de Psiquiatria*. 9 ed. Editora Artmed, 2007, p.1306

Na CID-10, os sintomas, que compõe a tríade sintomatológica (desatenção, impulsividade e hiperatividade), devem estar presentes conjuntamente para a determinação diagnóstica. (OMS,1993; POLANCZYK *et al*, 2011)

Como apresentado anteriormente, o DSM-IV estabelece o mínimo de seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH. (POPPER *et al*, 2006).

O predomínio, seja dos sintomas cognitivos (desatenção), seja dos sintomas motores (hiperatividade/impulsividade), pode descrever subtipos diagnósticos, existentes no DSM-IV, como o predominantemente desatento e o predominantemente hiperativo-impulsivo respectivamente. O subtipo combinado apresenta seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade.

Na tentativa de abordar a frequência das alterações sintomatológicas e estabelecer melhores fronteiras com a normalidade, autores, como Rohde (2004), analisam os sintomas de desatenção e de descontrole motor sob a ótica do diagnóstico dimensional.

Neste caso, o modelo dimensional é utilizado para a análise quantitativa das alterações comportamentais. O estado patológico apresenta-se como um conjunto de sinais e ações individuais que se diferem da normalidade por sua intensidade e/ou frequência. Não há, portanto, diferenças qualitativas para os comportamentos apresentados pelos sujeitos. (MATOS, 2005)

Desta forma, definir o vocábulo *frequentemente* dos critérios diagnósticos, medida intensiva importante na definição da sintomatologia do TDAH, é operacionalizado, por exemplo: dentro do número de vezes que a criança inicia uma tarefa de casa, quantas vezes ela não conseguiu terminar. Se o número de vezes de tarefas não concluídas for superior ao número das atividades escolares finalizadas dentro do conjunto total de tentativas de realização da tarefa, estaremos diante de uma situação considerada frequente para Rohde (2004).

Não deixa de ser interessante sublinhar que: a tão propagada robustez científica do TDAH e dos seus estudos para sua consolidação diagnóstica tornam-se flexíveis e algo porosas quando se referem a alguns de seus critérios sintomatológicos, pois, conforme nos situa Rohde (*ibid.*) acerca da definição tão necessária da categorização de frequência na caracterização dos sintomas: “Embora não haja consenso, nem pesquisa empírica sobre a questão, utilizamos a definição de que o sintoma deve ocorrer mais vezes do que não ocorrer na situação pesquisada.”

No momento, não nos interessa o aprofundamento dos aspectos críticos, mas é interessante refletir que a não realização de uma tarefa pode ser algo extremamente complexo. Não ser capaz de concluir um dever de casa pode estar além de uma desatenção se a criança, em questão, estiver com fome, por exemplo. Ou se seus pais estiverem brigando na sua frente. Ou ainda, se a professora não se interessou em estimulá-la, ou explicar-lhe melhor os conteúdos para a realização da tarefa. Todas estas situações podem ocorrer também frequentemente.

De forma semelhante, os exemplos, citados no *DSM-V* para descrever situações que possam indicar os sintomas principais da tríade sintomatológica do TDAH, podem ser decorrentes de uma série de elementos socioculturais e não necessariamente ocasionados por uma pretensa patologia mental.

2.3 EPIDEMIOLOGIA DO TDAH

Merikangas *et al* (2009) apresentaram as estimativas de prevalência dos principais transtornos mentais de início na infância e definidos pelo DSM-IV.

Em suas pesquisas, a prevalência de TDAH tem variado de 1,7% para 17,8% com a taxa de prevalência média de 3% para este transtorno. Nos últimos estudos, revisados pelos pesquisadores, a taxa de prevalência para crianças, de idade entre cinco e quinze anos, com diagnóstico de TDAH, atingiu o valor de 2,23%.

A maior prevalência do TDAH em meninos é bem estabelecida como comprova os diferentes estudos analisados por estes autores: 11,8% para meninos e 5,4% para meninas, 3,62% para meninos e 0,85% para meninas e 2 % para meninos e 0,5% para meninas.

A diferença em questão, verificada nas taxas de prevalência por gênero, é atribuída por alguns estudiosos a uma tendência em subdiagnosticar o transtorno em meninas. Para estes pesquisadores, as crianças do sexo feminino têm menos sintomas de hiperatividade e mais sintomas de desatenção, além de menor probabilidade de transtornos comórbidos nas dimensões das alterações de conduta quando comparadas aos meninos. (SANTOS & SOUZA & VERAS, 2015)

Desta forma, “as meninas **incomodariam menos** a escola ou os pais e, por isso, a chance de serem levadas para avaliação e tratamento seria menor”. (LIMA, 2005, p.81)

Não deixa de ser interessante referir a relevância do incômodo que gera no outro (escolas, pais) como um determinante dos encaminhamentos dos escolares a tratamentos o que difere de outras condições médicas, e até mesmo psiquiátricas, cujos sintomas levam os próprios sujeitos a demandarem ajuda terapêutica.

A ligação entre o TDAH e a renda familiar é controversa de acordo com alguns estudos. Apenas uma pesquisa sugere prevalência duas vezes maior em escolares de classe econômica inferior. (FROEHLICH *et al*, 2007; MERIKANGAS & NAKAMURA & KESSLER, 2009)

Diferenças significativas de taxas de prevalência do TDAH entre grupos de países, com valores que variam de menos de 1%, nas amostras populacionais de crianças e adolescentes da Alemanha, Austrália, Índia, Emirados Árabes e Coreia. (POLANCZYK *et al*, 2011)

Por outro lado, amostras de crianças e adolescentes da comunidade de países como Brasil, Colômbia e Estados Unidos têm taxa de prevalência para o TDAH em torno de 20%. (idem)

A revisão sistemática, analisada por Polanczyk *et al* (2007), que abarcou 102 estudos de prevalência com rigor metodológico mínimo, apresentou uma estimativa de prevalência de 6,48% em crianças em idade escolar.

A diferença de prevalência do TDAH entre países pode suscitar questões acerca da influência das diferentes culturas nos modos de lidar com os problemas advindos das crianças inquietas e/ou desatentas.

Tal fato pode apontar a presença das dimensões sociológicas (culturas diferentes entre os países) e subjetivas (modos singulares da relação entre pais e filhos em cada país) em jogo na estruturação do diagnóstico de TDAH. A pretensão atórica e de racionalização médico-científica, propostas pelos instrumentos diagnósticos psiquiátricos, podem ser abaladas por esta sombra das ciências humanas nas principais pesquisas epidemiológicas.

Para alguns pesquisadores, a frequência, tão diferenciada na ocorrência do TDAH em crianças escolares entre alguns países, pode ser devida a diferenças metodológicas como as características da população da amostra e formas não coincidentes de aplicação dos critérios diagnósticos. (FARAONE *et al*, 2003)

Em interessante artigo, que apresenta uma pergunta que aponta para a forte influência da cultura norte-americana nas pesquisas do TDAH, Faraone (*ibid.*) expõe os riscos de não se manejar adequadamente uma criança com TDAH.

Além da persistência de alguns sintomas na adolescência e vida adulta em cerca de 80% das crianças com este diagnóstico, há o maior risco de o futuro adulto ter estatuto profissional mais baixo, estabelecer relações sociais mais superficiais, apresentar maior propensão a cometer infrações de trânsito e desenvolver abuso de substâncias. (idem)

Vale a pena ressaltar que, apesar do esforço em blindar o TDAH dentro de um paradigma exclusivamente médico, não são apontados, entre os seus possíveis prognósticos, o que seriam exatamente as relações sociais superficiais e em que critérios se baseiam um estatuto profissional mais baixo. Baixo para quem? Em relação a que? Superficial para quem?

Uma doença médica, cuja disfuncionalidade social é um item fundamental de seu diagnóstico, não poderia ter a pretensão de supor a sua sintomatologia como geneticamente determinada, sem antes discorrer melhor sobre as definições deste social tão necessário a sua existência.

2.4 ETIOLOGIA

Para autores como Kaplan & Sadock (2007), as causas do TDAH são desconhecidas. Se por um lado, crianças com esta doença não apresentam dano estrutural significativo no sistema nervoso central (SNC), algumas crianças com lesões neurológicas detectáveis, não apresentam qualquer sintoma da tríade do TDAH.

Estes autores, apesar de apontarem fatores que contribuam com o desenvolvimento do transtorno como exposições tóxicas pré-natais, prematuridade e dano pré-natal ao SNC, concluem que nenhuma evidência científica indica que esses fatores poderiam causar o TDAH. (idem, p.1304)

De maneira geral, os principais tratados de Psiquiatria apontam como possíveis causas do TDAH os fatores genéticos, neurobiológicos e psicológicos. (KAPLAN & SADOCK, 2007; POLANCZYK *et al*, 2011)

Alguns estudiosos como Couto & Melo-Junior (2010) vão definir o transtorno em termos etiológicos como “causados por um conjunto de eventos genéticos, biológicos e cerebrais.” (p.244). Para Brown (2007, p.21), “ele é essencialmente um problema químico nos sistemas de gerenciamento do cérebro” Rohde *et al* (2004, p.125) definem o TDAH também por meio de sua etiologia, sustentada atualmente: “[...] entendido modernamente como um transtorno de base neurobiológica, [...]”.

A contribuição genética para o TDAH se relaciona a sua expressiva herdabilidade, verificada nos resultados de estudos comparativos da presença da doença entre gêmeos monozigóticos e dizigóticos. Estima-se que 75% dos fatores envolvidos para o desenvolvimento da doença são atribuídos ao componente genético. (BRENTANI & VALLADA, 2011, p.122).

Os genes mais estudados são aqueles que codificam proteínas relacionadas ao sistema dopaminérgico, a saber: o receptor da dopamina subtipo 4 e o transportador da dopamina. Para estes autores, a importante razão do investimento em pesquisas que relacione o TDAH aos circuitos dopaminérgicos cerebrais se deve à terapêutica do transtorno: (idem, p.122)

A partir do uso do metilfenidato, que comprovadamente melhora a sintomatologia de pacientes com TDAH, e sabendo que o principal mecanismo de ação dessa droga é bloquear o transportador da dopamina, tem-se realizado uma série de investigações envolvendo o sistema dopaminérgico.

Popper *et al* (2006) consideram igualmente os fatores genéticos como os maiores determinantes ao desenvolvimento da doença. Para estes estudiosos, a prevalência aumentada em duas a três vezes nos parentes de crianças com TDAH, mesmo após o controle das variáveis, classe econômica e integridade familiar, e a maior concordância da doença entre gêmeos monozigóticos, comparado aos dizigóticos, parecem apontar para a determinação hereditária da doença.

Apesar de revisarem uma série de pesquisas para confirmarem a contribuição específica de determinados genes nas possíveis insuficiências dos principais circuitos de neurotransmissores, estes pesquisadores encerram a seção da provável etiologia genética do TDAH da seguinte forma: (p. 792)

Considerados juntos, estes achados **sugerem** (grifo nosso) que múltiplos mecanismos genéticos ou poligênicos podem contribuir e que variantes genéticas codificando para estruturas do sistema neurotransmissor de dopamina (e possivelmente também outras) podem estar sob a fisiopatologia de TDAH. Mesmo que esses dados sejam congruentes com os estudos familiares que examinam a fenomenologia, a comorbidade e os padrões familiares de TDAH, muitos destes dados requerem confirmação por meio de novas investigações e reproduções para aumentar a confiabilidade acerca de contribuições genéticas específicas. **De fato, nem todas as investigações confirmaram os achados genéticos atuais [...]** (grifo nosso)

Em termos neurobiológicos, o TDAH é entendido como um transtorno cuja disfunção central esteja relacionada a um prejuízo na resposta inibitória, fundamental na regulação de todos os comportamentos e processos cognitivos. (POLANCZYK *et al*, 2011).

Esta resposta inibitória a uma série de situações ditas disfuncionais, como abolir estímulos irrelevantes para a realização de determinadas tarefas e ações baseadas unicamente em percepção das emoções, estaria deficiente em indivíduos portadores de TDAH. (STAHL, 2010)

Tal deficiência seria devido a anormalidades em diversas partes do córtex pré-frontal. Em seu funcionamento fisiológico, não ocorreriam prejuízos nas funções executivas e seletividade da atenção. (idem)

As funções executivas e da memória de trabalho são as funções psíquicas na maior parte das vezes alteradas nos indivíduos portadores de TDAH. Intimamente ligadas, elas permitem que “informações relevantes a uma tarefa sejam temporariamente mantidas em um estado ativo para que sejam mais adiante processadas ou lembradas a serviço de um processo cognitivo complexo” (idem, p.1121). Por exemplo, para a realização de uma tarefa, são necessários planejamento, mudança do foco de atenção frente a novas demandas, memória de trabalho verbal e visuoespacial.

Estas funções psíquicas, fundamentais ao processo de execução das ações humanas, são mediadas pelo sistema dopaminérgico, cujos neurônios se projetam da área tegmental ventral do tronco cerebral para as áreas mesocortical e dorsolateral do córtex pré-frontal. (POLANCZYK *et al*, 2011; STAHL, 2002).

Desta forma, propõe-se que a incapacidade de manter a atenção até o final de uma atividade e a incapacidade de resolver problemas poderiam advir de uma hipofunção dopaminérgica nos tratos neuronais desta área específica do SNC. (STAHL, 2010)

Além destes circuitos cerebrais, fazem parte das hipóteses neurobiológicas para o TDAH as anormalidades encontradas na neurotransmissão dos chamados circuitos motivacionais do SNC, representados pela via dopaminérgica mesolímbica. (POLANCZYK, 2011). Os neurônios desta via são dopaminérgicos, apresentam seus corpos celulares situados na área tegmental ventral e suas projeções para as áreas límbicas do cérebro. (STAHL, 2010).

A ineficiente conexão entre um estímulo externo percebido e a emoção gerada pode ocasionar ações sem o devido processamento cognitivo para sua adequada execução. A dopamina presente neste circuito límbico do cérebro seria a responsável para impulsionar estas ações, nomeadas impulsivas, por se basearem unicamente na satisfação (STAHL, 2010)

Neste caso, cabe a áreas específicas do córtex pré-frontal, a função de inibir os impulsos puramente dopaminérgicos do sistema mesolímbico. (idem)

Outra desordem, representada do ponto de vista neuroanatômico por alterações que teriam relação provável com os sintomas de hiperinesia do TDAH, é o acometimento fronto-estriatal. (POLANCZYK, 2011)

Modulado pelos neurotransmissores, dopamina, norepinefrina e glutamato, projeções neuronais da região dorsolateral do córtex pré-frontal trafegam por meio do tálamo até a região estriatal e retornam ao córtex pré-frontal. (idem).

A hiperatividade seria mediada por um aumento da atividade do neurotransmissor dopamina na via nigroestriatal e pode ser inibida pelo glutamato da região pré-frontal. (STAHL, 2002).

Todas estas disfunções da química cerebral expressam-se, em termos neuro psicológicos, em indicações de um déficit nas funções executivas de seus portadores.

A inteligibilidade da concepção reducionista do transtorno a causas unicamente biológicas é oferecida por meio de resultados de testes neuropsicológicos. De acordo com Costa *et al* (2015): “Entre os transtornos psiquiátricos, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade se destaca no grupo daqueles em que alterações neuropsicológicas constituem uma de suas principais manifestações clínicas.”

Os indivíduos com TDAH mostrariam, ao realizarem estes testes, prejuízos na execução de funções intencionais. O substrato neural para o adequado funcionamento das funções executivas é o córtex pré-frontal. (LIMA, 2005)

As funções executivas teriam o papel de gerenciar a funcionalidade dos comportamentos intencionais de modo a torna-los racionais e objetivos com ações voltadas para metas bem planejadas, marcadas pela disciplina e autocontrole.

Esta importante função psíquica, gerenciadora de comportamentos, teria como alvo, de acordo com Mattos *et al* (2003, p.90)

a) gerar intenções; b) iniciar ações; c) selecionar alvos; d) inibir estímulos competitivos; e) planejar e prever meios de resolver problemas complexos; f) antecipar consequências; g) mudar as estratégias de modo flexível quando necessário e h) monitorar o comportamento passo a passo, comparando os resultados parciais com o plano original.

As funções executivas, quando funcionalmente reguladas e compreendidas como resultado de seleção natural vantajosa, centram-se no indivíduo que se autorregularia e que

evitaria tornar públicas suas intenções, manipulando-as num tempo correto para o alcance eficaz de seus objetivos. (LIMA, 2005)

A publicidade e dependência do outro nas intenções humanas apontam para uma precarização do psiquismo em termos ontogenéticos e filogenéticos, neste caso. (idem)

No cerne das ações bem reguladas e preservadas, encontramos para Barkley o tempo como “central executiva”. (BARKLEY, 1997 *apud* LIMA, 2005, p.91)

Em termos práticos, a normalidade destas ações executivas se traduz na obtenção da satisfação de recompensas postergadas devido ao tempo necessário para o gerenciamento de uma adequada análise dos meios e do ambiente para se atingir o alvo (no caso, a recompensa).

Por outro lado, os humanos, que cedem aos prazeres imediatos do ambiente por pura emoção e por atenderem a uma necessidade de gratificação imediata, apresentam uma função executiva disfuncional. (idem)

O adiamento para obter gratificações futuras é advindo de uma estratégia disciplinada de manipulação das experiências passadas (repetição de ações adequadas), visando aos alcances racional e eficaz do objetivo.

Para favorecer o autocontrole e o centramento do indivíduo, suas emoções necessitam estar controladas e comedidas para evitar desvios que interfiram no conjunto de ações que compõem a meta.

De acordo com Lima (2005, p.91)

[...], o TDA/H acarretaria a seus portadores uma forma de ‘miopia temporal’. Como a internalização de comportamentos (e do sentido do tempo) que constitui as funções executivas mostra-se atrasada, essas pessoas são mais influenciadas pelo contexto atual, são governadas pelo agora, tendo dificuldade em utilizar adequadamente o que foi aprendido no passado para orientar suas ações, principalmente para alvos muito distantes no futuro. Falham quando precisam prever ou se preparar antecipadamente para um evento vindouro. Da mesma forma, não conseguem tolerar um mal-estar atual em troca de um resultado posterior mais favorável. Além disso, os estímulos do ambiente imediato lhes controlam e interrompem o comportamento, tornando o retorno à atividade anterior uma árdua tarefa.

Dados contraditórios, pesquisas nem sempre replicadas satisfatoriamente e achados inexpressivos tornam pouco sólidas a tentativa de se localizar o sítio encefálico, responsável pela tríade sintomatológica do TDAH. (LIMA, 2005, p.88)

Ainda assim, o TDAH é difundido socialmente para a população leiga, representada principalmente por pais e professores, através de vasta literatura como um transtorno causado

por alterações quantitativas e qualitativas da fisiologia cerebral. (GUARIDO, 2008; LIMA, 2005)

Autores como Segenrich *et. al* (2015, p.23) consideram a associação direta do diagnóstico com possíveis fatores causais “algo quase impossível”. Prosseguem com a citação de outros estudiosos que revisaram os principais marcos do estudo de genética do TDAH, com ênfase em pesquisas brasileiras, cuja conclusão aponta que “investigações realizadas até o momento estão longe de apresentar resultados definitivos”. (idem, p.28)

Os resultados considerados promissores e que procuram associar neurobiologia e genética como possíveis determinantes causais para o TDAH (POELMANS *et al*, 2011), mostram-se inconclusivos nos resultados que associam determinados genes à causa do TDAH. (LI *et al*, 2014)

O TDAH é descrito, em termos neuropsicológicos por Costa *et al* (2015, p.97), como “definido por características comportamentais decorrentes de alterações frontoestriatocerebelares que impactam fortemente as funções executivas”. Por outro lado, estes pesquisadores comentam sobre a relação da disfunção executiva e diagnóstico de TDAH: (idem, p. 86)

A despeito do sucesso inicial da proposta (modelo de Barkley para o qual o TDAH teria como déficit nuclear a disfunção executiva, em particular do controle inibitório), estudos de metanálise publicados alguns anos depois evidenciaram que a presença de disfunção executiva, identificada por testes neuropsicológicos em indivíduos com TDAH, não era uma condição necessária para o diagnóstico. Além disso, a presença de disfunções executivas ao exame neuropsicológico não era uma condição exclusiva de indivíduos com TDAH, aparecendo em diversos outros transtornos psiquiátricos, como transtorno bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, entre outros.

Encerra-se esta seção com algumas indagações: que desordem neurobiológica e neuropsicológica (definidas por alguns pesquisadores como um dos principais transtornos com claras determinações biomédicas, como Mattos em 2010 e 2012 que inclusive considera, em coro com a ABDA⁴, aqueles que questionam a solidez biomédica deste transtorno como pertencentes a um campo dos mitos e da pouca cientificidade) são estas cujas comprovações etiológicas ainda não se encontram esclarecidas, nem os sinais neuropsicológicos (que supostamente as sustentam) denotam especificidade? Por que designar aos fatores sociais e culturais um papel tão pouco relevante nas pesquisas já que o que tem de mais claro na definição do transtorno são os desconfortos que causam nas relações com o outro (interromper

⁴ Associação Brasileira de Déficit de Atenção

uma conversa, correr em situações nas quais os outros estejam sentados, não prestar a atenção no discurso do outro, etc) e suas consequências sociais e subjetivas (tendências a relações intersubjetivas pouco sólidas, maior propensão a divórcios, rejeição por pares escolares)?

2.5 TRATAMENTO DO TDAH

O tratamento de indivíduos com TDAH é considerado multimodal pela literatura, pois envolve intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. (COUTO & MELO-JUNIOR, 2010; MATTOS *et al*, 2007; POLANCZYK *et al*, 2011)

Apesar de se preconizarem intervenções não farmacológicas no manejo dos sintomas do transtorno, representadas principalmente pelas técnicas de psicoeducação e de terapia comportamental, a centralidade parece mesmo ser conferida ao uso de psicotrópicos no tratamento do TDAH uma vez que as estratégias combinadas (farmacológicas e não farmacológicas) não se mostraram mais eficazes do que o tratamento isolado. (ROHDE & HALPERN, 2004)

De qualquer maneira, o manejo medicamentoso dos sintomas do TDAH, que acometem crianças e adultos, é fundamental e consenso na literatura psiquiátrica.

A classe de medicação dos psicoestimulantes, comprovada como eficaz ao controle sintomatológico do TDAH, contém o metilfenidato como o principal fármaco utilizado no Brasil e o mais pesquisado cientificamente na população infantil, diagnosticada com o transtorno.

A Ritalina (nome comercial da substância metilfenidato) é considerada primeira escolha de intervenção medicamentosa para o tratamento do TDAH, com evidências mais seguras de eficácia para o tratamento do TDAH em crianças (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2015).

O metilfenidato atua como psicoestimulante sobre o sistema nervoso central por meio do aumento de dopamina na fenda sináptica, resultante da inibição dos transportadores de dopamina no neurônio pré-sináptico (POLANCZYCK *et al*, 2011, p.1126). De acordo com Andrade & Neto (2011, p.1234) o metilfenidato “bloqueia o transportador de dopamina no estriato, porém seu efeito euforizante é muito baixo. A explicação para isto se deve a uma meia vida maior do metilfenidato no SNC em comparação com a cocaína”.

Apesar de haver controvérsias quanto ao potencial de abuso do metilfenidato, há algumas semelhanças farmacocinéticas entre cocaína e metilfenidato, considerado uma anfetamina em alguns importantes tratados de psiquiatria clínica como o de Hales & Yudofsky (2011) e Kaplan & Sadock (2007)

A cocaína é um poderoso estimulante do sistema nervoso central que liga-se ao receptor dopaminérgico e diminui a recaptção de dopamina cuja “maior disponibilidade de dopamina na fenda sináptica está associada aos efeitos agudos e às propriedades geradoras de dependência da substância” (NICASTRI *et al*, 2011, p.682).

No capítulo referente aos transtornos por uso de substâncias do *Tratado de Psiquiatria Clínica* de Hales & Yudofsky (2011), a classe das anfetaminas “inclui substâncias com estrutura de feniletilamina substituída (p.ex., anfetamina, dextroanfetamina, metanfetamina) e aquelas que têm ação semelhante à da anfetamina, mas são estruturalmente diferentes (p.ex., metilfenidato)” (MACK & FRANKLIN & FRANCES, 2011, p.314). O texto prossegue com a descrição dos transtornos propriamente ditos decorrentes do uso das anfetaminas: “Os sinais e sintomas do uso de anfetaminas **são paralelos aos da cocaína**, embora os efeitos possam ser mais duradouros.” (idem) (Grifo nosso)

O metilfenidato é considerado anfetamina clássica no Compêndio de Psiquiatria de Kaplan & Sadock (2007, p.447). Associação semelhante entre cocaína e anfetaminas é descrita no capítulo deste tratado referente aos transtornos relacionados a anfetaminas: “As síndromes de intoxicação com cocaína (que bloqueia a recaptção de dopamina) e anfetaminas (que causa a liberação de dopamina) são semelhantes.” (idem).

Similaridades entre a farmacocinética da cocaína e metilfenidato também podem ser encontradas no texto de Moreira (2011):

Farmacologicamente, a cocaína tem alta afinidade por locais de transporte da dopamina, serotonina e noradrenalina, inibindo a recaptção dessas aminas em neurônios pré-sinápticos. Seus efeitos comportamentais se devem mais à ação de inibição da recaptção de dopamina (p.410)

A pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés (2013) analisa criticamente o uso indiscriminado do metilfenidato em crianças e adultos e aborda a proximidade entre a cocaína e o metilfenidato. Para ela, o uso da Ritalina (nome comercial da substância metilfenidato) possibilita um “genocídio futuro” dos anseios de crianças que questionam os modos de vida do mundo atual.

3 MEDICALIZAÇÃO

Se tem tanta gente deprimida ou desatenta, temos que entender que elas estão sendo produzidas pelo modo que a gente vive. Nunca se tomou tanto remédio e nunca houve tantas pessoas doentes. Isso não pode estar certo. O que eles fazem é uma biologia de um corpo morto, de um cérebro sem vida, sem afeto, isolado do meio em que vive. (MOYSÉS entrevistada por KAISER, 2011)

Achamos isso ofensivo, inclusive. Ciência não se discute. Ela não está preocupada se você concorda com ela ou não. (KESTELMAN entrevistada por KAISER, 2011)

O termo medicalização surge no início da década de 1960, pertencente ao campo da sociologia da saúde, e vem se consolidando como importante campo de pesquisa para uma série de produções científicas que criticam o uso excessivo de diagnósticos médicos para os diversos comportamentos humanos (CAPONI, 2014; ORTEGA & GAUDENZI, 2012) e as práticas de cuidado em saúde oriundas de demandas resultantes de fenômenos sociais reduzidos a descrições médicas. (MATTA, 2013)

Com a hipótese de uma possível perda da acurácia analítica do termo medicalização devido a excessivas uniformizações do conceito e propondo uma utilização do mesmo em pesquisas com maior precisão conceitual, alguns autores analisam as construções teóricas do conceito medicalização em seus diferentes momentos históricos e sugerem a indicação nas pesquisas sobre a vertente crítica abordada. (ZORZANELLI & ORTEGA & BEZERRA JR., 2014)

O conceito de “medicalização”, na presente dissertação, será utilizado como referencial teórico para a problematização de processos que transformam questões culturais, sociais e políticas, representadas por determinadas manifestações (expressadas por desatenção, hiperatividade e impulsividade) infantis no espaço escolar, em questões de ordem médica, representadas neste estudo pelo TDAH.

A abordagem conceitual da medicalização, neste estudo, discorrerá por uma via crítica que considera aquela como um dispositivo produtor de práticas e discursos na área da saúde que visam a uma ampla disseminação na cultura de estratégias normativas do humano em suas relações sociais.

Para este estudo, a noção de dispositivo, analisada por Foucault (2013), funciona para abordar pontos fundamentais da complexidade constituinte dos processos de

medicalização da aprendizagem: discursos, regulamentações, práticas de saúde, organização institucional e seus agentes. Para este filósofo, o termo demarca: (2013, p.364)

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos.

Este dispositivo, segundo Revel (2005, p.39), “designa inicialmente os operadores materiais do poder, isto é, as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder”.

O dispositivo, como função medicalizadora, representa um objetivo político da medicina quando esta se enraíza em todas as esferas sociais com intervenções dos saberes médicos de forma ilimitada e indefinida para estabelecer normas para as ações humanas e muitas vezes tentar excluir outras compreensões possíveis (culturais e sociais) na determinação destes atos. “As condutas, os comportamentos, o corpo humano, a partir do século XVIII, integram-se a um sistema de funcionamento da medicina que é cada vez mais vasto e que vai muito mais além das questões das enfermidades”. (CASTRO, 2009, p.299)

Retomaremos, em outro momento, a discussão sobre a fundamental contribuição de Foucault sobre as análises dos contextos históricos de emergência das práticas medicalizantes e seus efeitos.

Para Conrad & Schneider (1992), a medicalização se apresenta através da definição de problemas de ordem social por uma linguagem médica. Eles são compreendidos por meio de uma racionalidade médica, geradora de intervenções do campo da Medicina na resolução destes problemas.

A disseminação dos termos médicos no campo social e o tratamento dos problemas inerentes a este campo por meio das terapêuticas biológicas alargam, segundo este autor, os limites da Medicina para áreas que anteriormente não pertenciam ao escopo de atuação daquela.

Para análise da construção de discursos medicalizantes em torno do comportamento infantil, a contribuição de Conrad & Schneider (1992) indica a apropriação do saber médico sobre determinadas manifestações infantis, antes identificadas por seu meio social como criança desobediente, rebelde ou emocionalmente perturbada, para transformá-las (as manifestações infantis) em objeto de enunciação e intervenção exclusivo ao campo médico o

qual se configura neutro na participação das relações envolvidas com a experiência do comportamento disruptivo.

Este seria um dos benefícios sociais deste processo de medicalização: o controle social pela Medicina dos diversos desvios de comportamento. No caso da infância escolarizada, a criança, tampouco os indivíduos com os quais ela se relaciona, teriam responsabilidade no modo de se comportar do infante. Sua expressão comportamental é decorrente de suas contingências orgânicas cujas disfuncionalidades seriam tratadas pela promissora psicofarmacologia.

Estes autores já ressaltavam importantes agentes que incrementam o poder médico nos seus objetivos de controle social: a pesquisa das indústrias farmacêuticas e as associações de familiares de crianças com problemas de aprendizagem.

As drogas psicoativas funcionariam como instrumentos deste controle social, agenciado pelos médicos, de um universo cuja eficácia (de controle) se deve à interpretação aprisionadora por termos médicos de uma série de comportamentos determinados socialmente. Conforme ambos explanaram: (idem, p.159) “Para o mecanismo de controle social operar, o desvio deve ser conectado em termos médicos.”

Para Camargo Jr. (2010, p.209), um aspecto fundamental da contribuição de Conrad aos estudos sobre a medicalização foi a sua caracterização como processo e suas referências ao que ele denominou de motores da medicalização com destaque para a “dinâmica econômica ligada ao complexo médico-industrial”.

Camargo Jr. (2010) discute sobre as mediações epistemológicas necessárias ao processo de medicalização. Para efeitos da crítica, pretendida por esta dissertação, a concepção predominante sobre as causalidades do TDAH vai ao encontro do que este autor abordou sobre os pressupostos do determinismo que compõe a epistemologia da medicalização. Segundo ele: (2010, p.210)

O determinismo se expressa nas concepções médicas sobre o adoecimento em particular pela redução de processos complexos à sua dimensão biológica, o que podemos designar como *biologização* [...] A tentativa de restringir a complexidade do adoecer ao nível biológico é, portanto, um exemplo de *reducionismo*, ou seja, a retificação de uma operação metodológica, a redução, etapa essencial da pesquisa. A redução permite a construção de modelos analógicos para, por exemplo, a experimentação laboratorial; o reducionismo consiste em supor que tal modelo analógico é o ‘real’.

A produção de pesquisa sobre as hipóteses etiológicas para o TDAH se reduz às dimensões biológicas, representadas pela expressão das desordens neuroquímicas decorrentes de complexa maquinaria genética ainda obscura conforme analisado na seção anterior.

Outro referencial importante, considerado por este autor, na composição dos processos de medicalização é o da “polaridade normal-patológico” (idem, p.211). Esta forma binária de classificação influencia a atuação médica na produção de diagnóstico de doenças cuja presença de determinados sinais, sintomas e resultados de exames serão considerados indicativos de uma enfermidade.

A sustentação epidemiológica da existência do TDAH, por meio de pesquisas que utilizam inquéritos baseados nos critérios de operacionalização diagnóstica presentes na *CID-10* e *DSM-V* (que se baseiam em um número determinado de sinais e sintomas, com limites poucos precisos em relação ao comportamento considerado normal, acima dos quais um indivíduo passa a ser considerado TDAH), indica uma possibilidade de aumento da abrangência populacional em termos de prevalência do TDAH.

Tal acontecimento é importante nas dimensões de análise sobre a medicalização conforme aponta Camargo Jr. Envolvido ainda na descrição deste arranjo epistemológico, ele cita o *marketing* da doença: (idem, p.213)

[...] que se caracterizaria pela criação de novas categorias diagnósticas ou expansão daquelas já existentes, de modo a abranger mais pessoas sob seu rótulo e, conseqüentemente, aumentar o escopo de usuários potenciais dos medicamentos associados a tal rótulo.

Este autor posteriormente trabalha com a importância da disseminação do conhecimento nos processos de medicalização que se utiliza das estratégias do discurso científico, para justificar a necessidade de consumo das tecnologias médicas (o alto valor agregado ao ideário da sofisticação empreendida pela pesquisa científica), e de informação sobre determinada doença para o público leigo e consumidor do tratamento preconizado como de primeira linha. Para ele o papel do conhecimento nas estratégias de medicalização se refere a uma possível definição desta última: (idem, p.214) “A medicalização pode ser também traduzida, em última análise, pela produção de um tipo específico de conhecimento que, justificadamente ou não, aumenta as possibilidades de intervenção dos agentes de saúde.”

Alguns importantes pesquisadores do campo da medicalização da aprendizagem (GUARIDO, 2007, 2008; MORAES, 2012) apontam que a produção do conhecimento científico em torno do TDAH se utiliza de estratégias de veiculação de um discurso,

preparado como verdadeiramente científico e potente, para se apropriar como detentor de um saber oficial sobre o transtorno por meio de mídia impressa (revistas e jornais de grande circulação) e virtual e através do estabelecimento de normas judiciais para ampliação do direito dos chamados portadores de TDAH. Estas estratégias se utilizam obviamente de uma produção de conhecimento acerca deste transtorno, considerada reducionista e medicalizante.

Autores como Thomas Szasz (1974), em sua obra de referência *O mito da doença mental*, aproximam o processo de medicalização a uma redefinição pela psiquiatria dos problemas da vida como transtornos mentais. Para este autor, a psiquiatria exerce uma forma de controle social ao intervir, com o instrumental da clínica médica geral, sobre os problemas daquela, cujas raízes são éticas, sociais e pessoais.

Para a presente dissertação, a importância deste autor é a defesa de uma prática psiquiátrica que considere o seu foco de atenção determinado por uma complexidade (ética, subjetiva, social e moral), distanciando-se dos discursos oficiais da medicina que institucionalmente se aproximam da psiquiatria para exercer influência medicalizadora. Conforme ele advoga:

Embora forças institucionais poderosas apoiem e fortaleçam a tradição de se manterem os problemas psiquiátricos dentro do corpo conceitual da medicina, está clara uma contestação moral e científica: precisamos reformular e redefinir o problema da 'doença mental' de modo que ele possa ser abrangido por uma ciência moralmente explícita do homem (p.245)

Mas, a despeito de minhas preferências morais, políticas ou pessoais, creio ser fundamental e imperativo que todos nós- profissionais ou não- mantenhamos a mente aberta e crítica em relação a todas as intervenções psiquiátricas e, em especial, que **não aceitemos** ou aproveamos qualquer **intervenção psiquiátrica baseados unicamente no fato de serem agora oficialmente consideradas como uma forma de tratamento médico**. (Grifo nosso) (p.243)

Ivan Illich (1975) introduz o termo *Medicalização da vida* para descrever a invasão crescente do aparato médico, utilizando estratégias que lhe conferiam cada vez maior poder por meio da denominação de saber e “progresso científico” (idem), em processos da vida individual cujos lastros são de origem social, cultural e subjetiva. Este autor considera que a medicalização da vida foi consequência da industrialização que propiciou, entre outros, a profissionalização das práticas médicas e a sua burocratização institucionalizada.

Para Illich, a influência e extensão do poder médico nas relações sociais devido à medicalização da vida contribuem para a dependência disseminada do humano por cuidados

profissionais para dores psíquicas decorrentes de sentimentos e perdas inerentes à própria vida. Essa perda da autonomia “reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal.” (idem, p.15)

Este autor problematiza de maneira muito interessante a atuação médica e seus efeitos de iatrogenia no corpo social na medida em que “o conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante a menos reconhecida;” (idem, p.14) e oferece argumentos sobre a consequência social de busca da normalidade em diferentes etapas da vida através desta disseminada medicalização (que ocorre) por meio do investimento do saber médico no discurso dos chamados especialistas: (idem, p.57)

[...] indivíduo é instruído para seguir o comportamento que convém a uma administração de pedagogos, de pediatras, de ginecologistas, de geriatras [...]; a escola, a rua e a atmosfera asséptica da clínica se enriquecem de prescrições profissionais e se empobrecem em opções para aqueles que aí se encontram encerrados.

Estas opções, a que Illich se refere, são as possibilidades orgânicas e psíquicas que as pessoas poderiam utilizar para se curarem de suas doenças e elaborar suas mazelas psíquicas de modo mais salutar, não dependendo de intervenção profissional que “tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos” (idem, p.50)

É nesta direção que Illich discute o nível da iatrogênese cultural ou estrutural quando a medicina retira do humano a capacidade de lidar com pequenos obstáculos prosaicos da vida, de construir representações íntimas e subjetivas para as suas perdas e sofrimentos e de elaborar estratégias autônomas para superação de suas dores.

A medicalização se fortalece na dependência do sujeito de profissionais especialistas com capacidade técnica, potencialmente iatrogênica em diversos níveis, para determinação dos destinos dos sofrimentos alheios e das necessidades de saúde de vidas então categorizadas em etapas específicas segundo o seu momento biológico.

Estes especialistas, no seu ímpeto medicalizador, prescrevem comportamentos supostamente promotores de uma saúde a ser massificada e paradoxalmente produtora de doença por esta medicalização da vida de Ivan Illich.

Matta (2013) destaca três direções de crítica, abertas por Illich, que se relacionam às produções de saberes e discursos em torno dos diversos fenômenos da vida e do social.

Identificamos que a primeira e a terceira podem se inserir nas estratégias discursivas que associam alguns comportamentos infantis nos contextos de aprendizagem como identificados a um transtorno psiquiátrico.

A primeira direção crítica se situa numa perspectiva de reduzir as práticas interventivas e a compreensão sobre algumas manifestações infantis no contexto escolar, ocasionadoras de sofrimento, à existência do TDAH, construído devido a uma necessidade biologicista para explicação do desconforto subjetivo. Ele explica: (2013, p.3)

A primeira pela reificação da categoria doença, reduzindo os fenômenos humanos, sociais, políticos e culturais, tornando invisíveis processos complexos, históricos e dialógicos, bem como identifica a medicina e as práticas médicas como a única possibilidade de compreensão e intervenção sobre eles.

A terceira contribuição de Illich, segundo Matta, associa a medicalização ao que alguns autores denominam de mercantilização da saúde ou da doença. (AGUIAR, 2004; ANGELL, 2008, 2010; BARROS 2008, 2010; GREENLAND, 2009)

Devido à importância deste fenômeno das relações mercantis neoliberais como motor para disseminação do processo de medicalização, concordamos com o apontamento de Matta (2013, p.3):

[...] identificação de grandes interesses econômicos na produção de medicamentos e equipamentos de saúde, que se não agem diretamente sobre a produção do conhecimento em saúde e a formulação de políticas de saúde, exercem influências e produzem sentidos sobre a formação, os saberes e as práticas de saúde, [...]

Estas influências contribuem na formulação de estratégias de controle terapêuticas (aqui se incluem as psicoterapias, atendimentos psicopedagógicos, fisioterápicos, nutricionais, etc.) e medicamentosas dos comportamentos, sentimentos e das vontades humanas. Aquelas são muito difundidas e visadas pelos interesses mercantis das indústrias farmacêuticas conforme ressalta Barros (2010, p.89):

De forma crescente e intensa, medicamentos são utilizados para propósitos que extrapolam a função precípua para a qual, em tese, foram sendo descobertos e criados, isto é, aliviar sintomas e curar doenças. Interesses mercantis incentivam, fortemente, a crença na 'pílula mágica', pretensa solução para tudo.

Foucault (2010, p.180) utiliza o termo “medicalização indefinida” para discutir uma importante característica do funcionamento da medicina do século XX de se ocupar “do que não lhe dizia respeito” (idem, p.182). Ele aponta que este fenômeno já se iniciara a partir da segunda metade do século XVIII, pois, até a primeira metade deste século, as intervenções médicas eram individuais e clínicas porque tinham como alvo apenas o doente e sua doença.

No final do século XVIII, a medicina torna-se social e a figura do médico é investida por um ideário de autoridade para interferir em espaços sociais definidos: “uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento.” (idem, p.182) Não apenas o indivíduo adoecido é objeto do saber médico; este se tentaculariza para os produtos da empresa humana civilizada (construções, esgotos, etc) e o meio que os circunda (homem e seus produtos) como o ar, a água, etc.

Uma discussão importante, aprofundada por Foucault, é a consolidação de uma sociedade normalizada no século XX, inventada pelos médicos que incidiam sobre este corpo social e que respondiam a uma demanda do ideário cultural, político e econômico do capitalismo já fortalecido. De acordo com este autor: (2010, p.180)

Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, **mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade** (grifo nosso)

Foucault particulariza uma característica da ciência médica do século XX que é a ausência de um objeto definido. Aquela é identificada por sua potência de se infiltrar em todos os domínios, não havendo mais um campo exterior a ela. Tudo estaria medicalizado. “Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado” (idem, p.184)

Ele indica uma importante estratégia medicalizadora deste saber médico, ao apontar que “a preponderância concedida à patologia se converte em uma forma geral de regulação da sociedade”, que podemos identificar com a normalização empreendida nos espaços escolares através de diagnósticos como TDAH por meio da patologização da criança agitada e desatenta.

Neste momento, Foucault conceitua “medicalização indefinida” o fenômeno originado com o desenvolvimento de uma medicina sanitária a partir do século XVIII e que não centraliza seu foco de cuidados apenas na esfera individual, mas interfere na vida como

um todo, em seus processos fundamentais (nascimento, infância, condições de moradia, gravidezes, morte). De acordo com Christofari (2014, p.27): “Portanto, a medicina começa a intervir em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva que vai além das doenças e da demanda do doente”.

A medicalização, abordada em nosso estudo, incide sobre os indivíduos a serem corrigidos e sobre fenômenos da medicina do não – patológico, particularmente a noção de estado abordada por Foucault em *Os Anormais* (2002). Estas construções funcionam para a análise da expansão do saber psiquiátrico para muito além das fronteiras dos antigos asilos. (CAPONI, 2009)

Esta obra foucaultiana contribui para a compreensão sobre como as condutas infantis foram investidas exaustivamente pela psiquiatria em suas pretensões universalizantes: (FOUCAULT, 2002, p. 392)

[...] **revirando** cada vez mais **profundamente a infância**, que **a psiquiatria pode se tornar a espécie de instância geral das condutas**, o juiz titular, se vocês quiserem, dos comportamentos em geral. Vocês compreendem, nessa medida, por que e como **a psiquiatria pode manifestar tanta obstinação em enfiar o nariz no quarto de criança** ou da infância. (Grifos nossos)

Se outrora, a psiquiatria exerceu um poder sobre a loucura, com tecnologias médicas para o controle dos alienados, a psiquiatria do fim do século XIX orienta o seu exercício de poder com a formulação de um discurso de saber “sobre o não-patológico.” (FOUCAULT, 2002, p.394)

A caracterização de estado é investida pela tecnologia do saber psiquiátrico. “O estado pode produzir qualquer coisa, a qualquer momento e em qualquer ordem [...] Distúrbio geral no jogo das excitações e das inibições.” (idem, p.397)

Tanto as condutas infantis, indefinidas em sua referência a uma real patologia, quanto a ideia de estado como “base anormal a partir da qual as doenças se tornam possíveis” (idem) e com pretensões generalizantes para potencializar a infiltração de um discurso médico psiquiátrico medicalizador, identificam-se a algumas estratégias da psiquiatria contemporânea na construção diagnóstica do TDAH e a pretensão daquela no alargamento deste diagnóstico. (CHRISTOFARI, 2014)

O conceito de biopolítica (FOUCAULT, 2008, 2005) de Foucault é imperioso para a discussão sobre o escopo ampliado de intervenções da psiquiatria contemporânea (CAPONI, 2009). Igualmente, a noção de biopoder ou poder sobre a vida representa uma dimensão

importante dos processos de medicalização. (IGNÁCIO & NARDI, 2007) Biopolítica e biopoder não são distintas nitidamente na obra de Foucault. (LEMKE, 2011, p.34)

A noção de biopolítica é apresentada por Foucault no Brasil, em outubro de 1974, na UERJ, em uma conferência cujo título era *O nascimento da Medicina Social*. A sistematização deste conceito foi desenvolvida um pouco mais tarde, em 1976, em seu curso no Collège de France e no livro *História da Sexualidade: volume 1*. (CAPONI, 2009; LEMKE, 2011)

Este conceito é central para a análise do contexto e determinantes históricos que possibilitaram a emergência do corpo biológico, e seus processos vitais relacionados, como alvo prioritário de estratégias políticas. A “vida” humana transforma-se em uma arena atrativa sobre a qual se exerce e se origina formas específicas de poder. (idem)

O desenvolvimento deste biopoder, “que buscava administrar, assegurar, desenvolver e manter a vida” (LEMKE, 2011, p. 35), começa a subordinar, a partir do século XVIII, as tecnologias de poder características do período monárquico: determinação da morte de indivíduos, confisco de bens, produtos e serviços. (idem)

Os feixes estratégicos da biopolítica, ao contrário, positivam a vida através de novas tecnologias que intervêm no corpo, estrategicamente analisado em conjunto como espécie e identificado como população (FOUCAULT, 2005), sobre a qual vão incidir dispositivos de estatística para, através de cálculos, dar maior objetividade a uma série de processos vitais deste esteio populacional.

De que se trata nessa nova tecnologia de poder, nessa biopolítica, nesse biopoder que está se instalando? [...] trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos [...], constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. É nesse momento, [...], que se lança mão da medição estatística desses fenômenos [...] (FOUCAULT, 2005, p. 289-290)

Além deste aspecto regulatório da população, característico desta biopolítica, outra forma de poder sobre a vida se apresenta como poder disciplinar. Ele opera como tecnologia de poder que visa a responder imperativos políticos (sujeição do indivíduo ao Estado) e econômicos (maior eficácia produtiva dos corpos com a maximização e regulação de suas atividades para atender a consolidação mercadológica do capitalismo industrial nascente com marcante explosão demográfica). (FOUCAULT, 2005; LEMKE, 2011)

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha o desarticula e o recompõe. (FOUCAULT, p.127, 1983)

O poder disciplinar contribui para a consolidação ou formação de dispositivos que institucionalizam saberes e práticas sobre o corpo individual com seus gestos e comportamentos. Ações individuais serão observadas, examinadas e documentadas tendo como parâmetro a norma que para Foucault: “o elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana é a norma”. (FOUCAULT, 1994)

Esta normalização representa um conjunto de estratégias, inseridas no processo de estabelecimento de normas (relacionadas e determinadas pelo poder disciplinar foucaultiano, por meio de códigos, valores sociais e culturais para incidirem no corpo biológico, tornando-o objeto medicamente controlado por padrões não mais fisiológicos) e compreendidas como adequadas ao funcionamento econômico e político de determinado momento histórico.

Esta projeção crescente da norma possibilita o surgimento de subjetividades que serão forjadas a partir de um “aparelho de medicalização” (REVEL, 2005, p.65) para controlar sua vida anímica permanentemente através de uma constante distinção entre a normalidade e a patologia, operada por meio de mecanismos que, coletiva e individualmente, definem padrões de higiene, alimentação, saneamento, comportamentos e afetos a serem adotados especificamente em cada etapa da vida.

Por pensamento medicalizado, eu entendo uma maneira de perceber as coisas que se organizam em torno da norma, isto é, que separa o que é normal daquilo que é anormal, o que não coincide exatamente com a repartição entre o lícito e o ilícito; [...] o pensamento medicalizado distingue o normal e o anormal; ele se atribui os meios de correção que não são exatamente os meios de punição, mas os meios de transformação dos indivíduos, toda uma tecnologia do comportamento do ser humano que está ligada a eles (FOUCAULT, 1977 *apud* REVEL, 2005, p.65-66)

Algumas ações subjetivas poderão ser então consideradas como desviantes de padrões medicamente definidos e submetidas a tecnologias de correção, institucionalizadas em ambientes específicos (escolas, por exemplo) dirigidos por pessoal (psicólogos,

pedagogos) cujo saber disciplinador definiu etapas com descrições de comportamentos específicos e adequados.

A infância é fruto desta construção social de uma etapa da vida humana em que se forjaram uma série de saberes, como a psicologia e pedagogia, visando a um preparo adequado do corpo infantil e seu comportamento para um ensino que antecipe eficazmente as exigências produtivas do mercado capital.

Nas discussões sobre medicalização na cultura contemporânea, Joel Birman (2000, 2006, 2012) analisa as estratégias do dispositivo da medicalização para abordagem dos sintomas mentais na atualidade. Para ele, graças à psicofarmacologia e às neurociências, a medicalização do sofrimento no Ocidente se dissemina vultosamente. As drogas psicoativas são oferecidas amplamente pela medicina e pela psiquiatria “para apaziguar a desesperança e os gritos de terror que solapam as subjetividades”. (BIRMAN, 2006, p.53)

Para Birman (2012, p.90), vivemos numa “cultura da droga” cujo uso dos psicofármacos funcionariam para aplacar uma série de mal-estar produzidos por formas subjetivas caracterizadas, entre outras, pela marca da *hiperatividade* (idem, p.82), representada por um excesso que impele uma ação qualquer que seja ela (inclusive sob formas de violência) e, na maior parte das vezes, descontextualizada.

O uso disseminado de psicotrópicos e de drogas ilícitas, produzido por estímulos obscuros que aproximam a indústria farmacêutica do narcotráfico, segundo Birman (2001, p.242), objetivam “o evitamento de qualquer sofrimento psíquico pelo sujeito” e representam “o esforço da pós-modernidade de erigir uma cultura centrada no evitamento da dor e do sofrimento psíquicos”. (idem, p.243)

Para abordarmos uma inflexão sobre as percepções que envolvem o TDAH com o pensamento medicalizado da contemporaneidade, será necessário apontar o domínio das neurociências na descrição das experiências subjetivas atuais.

Todo um sofisticado aparato de tecnologias de imagem cerebral e as crescentes descobertas na biologia molecular objetivam mapear uma série de emoções, fundamentais à existência humana e não patológicas, e sintomas de pretensas patologias mentais. Toda experiência da subjetividade humana (desde as prazerosas até aquelas que causem mal-estar) estará representada, segundo o ideário neurocientífico, em áreas precisas do encéfalo através de circuitos cerebrais mediados por substâncias hormonais específicas- os neurotransmissores-codificados geneticamente. (FORTES, 2010)

Ehrenberg (2009) critica o reducionismo exagerado em considerar o cérebro como representativo de toda a totalidade corpórea do humano, inclusive suas dimensões sociais e

relacionais, submetendo todas as experiências decorrentes daquelas referentes aos reflexos exclusivos de um funcionamento cerebral.

Atualmente, as visões biologizante e reducionista, propostas por alguns segmentos de pesquisadores da área das neurociências, possibilitam explicações para dimensões humanas que vão muito além de um estado de patologia mental. Elas procuram descrever as origens neurobiológicas de comportamentos humanos ligados a uma performance que atende a demandas neoliberais de sucesso: autocentrismo, proatividade e iniciativa pessoal. (FORTES, 2010)

Para Ehrenberg (2009, p.202) algumas patologias mentais, entre elas o TDAH, atingiram importante destaque nas pesquisas neurocientíficas e na mídia de modo geral, inclusive com alargamento de seus critérios diagnósticos, por abordarem a “incapacidade social” como critério de disfuncionalidade central.

Esta disfunção social representaria o reverso do aprimoramento das capacidades cognitivas e de controle emocional, fundamentais ao projeto neurocientífico de um estilo de vida performático de sucesso pessoal em todas as esferas da vida. (idem)

Neste processo de medicalização, a concepção atual do TDAH se insere na terceira fase da biologia moral da atenção, conforme descrita por Caliman (2009) em que o indivíduo, cuja desatenção é considerada um sintoma patológico, transforma-se em um portador de deficiências cerebrais executivas, genética e neuroquimicamente determinadas, que o tornam insuficiente na adequação das exigências de sucesso e produtividade.

Eles [indivíduos com TDAH] foram constituídos nos espaços fronteiriços criados entre as aspirações democráticas do processo de humanização do trabalho; a cultura visual da aparência e as novas demandas de sucesso profissional e pessoal. O controle da atenção tornava-se uma necessidade pessoal do trabalhador gestor e dos indivíduos que acreditavam na promessa do ‘sucesso para todos’. Nesta economia, o indivíduo desatento era o sujeito ineficiente, incapaz de adequar sua vida às exigências do sucesso e da produtividade. A ele era reservada a frustração dos planos não cumpridos e a insatisfação dos objetivos não alcançados em uma época na qual planejar e organizar racionalmente um futuro cada vez mais distante, tornou-se uma exigência. (CALIMAN, 2009, p.155)

Para Siqueira (2010, p.149), as novas categorias diagnósticas da psiquiatria contemporânea foram elaboradas para substituir os rígidos enquadres patológicos das sociedades disciplinares. Os novos transtornos permitiriam englobar um contingente maior de pessoas não necessariamente indivíduos com doenças mentais. A psiquiatria, a partir da

década de 90, “procurava reelaborar seus saberes e práticas para atender às demandas colocadas pela crise das sociedades disciplinares e a emergência das sociedades de controle”.

O autocontrole para evitar a antecipação de algumas ações consideradas impulsivas no indivíduo com TDAH é objetivo terapêutico das estratégias de tratamento da psicoterapia cognitiva-comportamental e dos psicofármacos utilizados neste transtorno conforme discutimos anteriormente.

A impulsividade, sintoma que denunciaria disfunções do circuito cerebral responsável pelas funções executivas, deverá ser eliminada por meio de técnicas racionais de autocontrole, necessárias a uma precisão simultânea de gerenciamento de riscos (acarretados pelas ações impulsivas e de motricidade excessivas) e autovigilância constante das condutas para se obter uma melhor *performance* nas trocas neoliberais e alcance de um melhor “qualidade de vida”.

Na atualidade, o maior valor não se centra nos objetos a serem consumidos pelos indivíduos. É o cérebro do sujeito com suas potencialidades performáticas de evitação de riscos, adoção de práticas de melhor estilo de vida (CASTIEL, 1999, 2014) e de execuções precisas e racionais que define o humano, valorizado por seu estoque de competências estrategicamente úteis após a análise comedida, porém flexível, das circunstâncias operacionalizadas em nível neuronal. (TUCHERMAN, 2010)

Esta autora cita Salmon para sustentar o argumento de transição da modelagem e controle dos corpos, empreendida pela sociedade disciplinar, para uma “sociedade *fashion* onde cada um deve, a cada instante, fazer da vida uma *performance*, adotar as condutas suscetíveis de adquirir ou perder valor como uma ação na Bolsa (SALMON, 2010 *apud* TUCHERMAN, 2010, p.223).” Ou seja, viveríamos numa sociedade que se orienta primordialmente pela exigência performática autocentrada (graças à maquinaria neuronal) dos preceitos neoliberais.

O sujeito neoliberal é reduzido a seu cérebro para fazer parte de um mundo composto por “sujeitos-empresa e inscritos na lógica da concorrência. Assim, devem aprimorar suas qualidades inatas ou adquiridas para maximizar suas potencialidades de gerar rendas com o capital humano que dispõem.” (SIQUEIRA, 2010, p.160)

A racionalidade neoliberal pressupõe uma redução na governamentalidade do Estado e um incremento na governamentalidade individual por meio do aprimoramento da lógica idealizada de se atingir um modo de viver com perfeição através do monitoramento contínuo de condutas e comportamentos, eliminando aqueles associados ao fracasso e aos inúmeros

riscos (virtualizados) e potencializando outros que supostamente possibilitem uma otimização de recursos adequados ao meio.

Para Siqueira (2010, p.159), “ganhos em saúde mental e qualidade de vida” representam tecnologias de poder que se erigem sobre as técnicas disciplinares, estabelecendo uma nova “moral biocientífica” que “reforça práticas de comedimento e moderação”. Para ele, “duas tecnologias de poder que se afirmam como decisivas para o governo das condutas dos homens nas sociedades de controle”.

Para este autor, a psicologia cognitiva, a psiquiatria biológica e “governamentalidade neoliberal” encontram-se alinhadas na proposta de terapêuticas que visem a um aprimoramento do humano por uma via medicalizante. O cérebro do homem neoliberal torna-se palco de infindáveis intervenções e pesquisas na procura deste estado de completude narcísico e utópico de saúde mental.

As prescrições da psicologia cognitiva e da neuropsiquiatria radicalizam o dispositivo de medicalização na medida em que prescrevem técnicas de autocentramento para administração de condutas e comportamentos considerados adequados e não problematizam a dimensão conflitiva que envolve o humano.

A medicalização, nos contextos atuais de precarização do trabalho, enfraquecimento das autoridades disciplinares, dificuldades de construção simbólica, pouca inserção política e exclusão social pronunciada, utiliza-se do discurso das neurociências e da psicologia cognitiva para uma montagem idealizada das demandas de decisão, ação e autocentramento inerentes ao mundo contemporâneo. (FORTES, 2010)

Desta forma, finalizamos esta seção com as considerações de Ehrenberg (2009, p.202) sobre o sucesso das neurociências as quais situam uma importante utilização de estratégias medicalizadoras de demandas culturais pelas vias neurais:

As razões sociais do sucesso popular das neurociências estão menos relacionadas a seus resultados científicos e práticos do que ao estilo de resposta dada para os problemas formulados pelo nosso ideal de autonomia individual generalizada. Elas permitem, hoje, consolar quem – na realidade, a maioria de nós – tem dificuldade de encarar o mundo de decisão e ação que se edificou sobre as ruínas da sociedade da disciplina, aquela que conhecia o respeito à autoridade cuja perda é objeto de lamentações cotidianas. Mas as neurociências suscitam também a esperança de que sejam dadas a todos técnicas de multiplicação das capacidades cognitivas e de controle emocional, igualmente indispensáveis a tal estilo de vida. [...] A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, do self-ownership) recobre faz com que pareçam reunidas as condições para que uma representação de si como cérebro doente constitua uma referência semântica apropriada.

4 MEDICALIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Não faz sentido banir o uso de neuroestimulantes. Muita gente os está tomando e os usuários tendem a ser pessoas educadas e privilegiadas que procedem com o cuidado justo para evitar criar problemas. (...) Neuroestimulantes combinam perfeitamente com a ansiedade dos colarinhos brancos na competição frenética da economia. E eles têm um relacionamento sinérgico com as nossas múltiplas tecnologias digitais: mais aparelhos nós temos, mais distraídos nos tornamos e mais necessitamos de ajuda para nos focar. A experiência que os neuroestimulantes oferecem não é abrir as portas da percepção, ou poder transgredir as fronteiras do *self*, ou sofrer um surto de genialidade (...) Neuroestimulantes não oferecem liberdade. De fato, eles facilitam uma esforçada e não romântica eficiente forma de produtividade.” (TALBOT, 2009)

A medicalização da aprendizagem é um processo social, cultural, político e econômico que representa uma das inúmeras formas contemporâneas dos fenômenos de medicalização.

Desta forma, conceituamos medicalização como o tratamento médico de sintomas que causam sofrimento à vida humana e cuja determinação resida primordialmente em fatores sociais e culturais. Ainda: a explicação reducionista, através de referenciais biológicos, sobre a expressão de sintomas decorrentes de elementos pertencentes às esferas sociais, políticas, econômicas e subjetivas. (CONRAD & SCHNEIDER, 1992; FOUCAULT, 2013b, 2013c, 2010; ILLICH, 1975)

Algumas manifestações infantis como a agitação e a desatenção são compreendidas como possíveis sintomas patológicos de um transtorno mental, o TDAH, que requerem tratamento médico. (ABREU *et. al*, 2015; ROHDE *et. al*, 2004)

As alterações de comportamento relacionadas ao TDAH, como a hiperatividade e a impulsividade, e duas consequências importantes deste transtorno, apontadas na literatura médica, são o fracasso acadêmico e a dificuldade de aprendizagem. (idem)

No estudo genealógico de Foucault sobre novas formas de relação de poder, as quais ofereceram condição de possibilidade de emergência de saberes como educação, psiquiatria e psicologia, este filósofo discute a relação do surgimento destas ciências modernas com novas estratégias de dominação para “formação e estabilização da sociedade capitalista”. (PORTOCARRERO, 2004, p.170)

A produção destes saberes, a partir do século XVIII, “liga-se ao projeto de prevenção e de transformação do anormal em indivíduo normal, através de saberes, como o da pedagogia, criados para este fim.” (idem, p. 171)

A pedagogia, como um saber disciplinar, e a escola, como uma instituição, consolidam-se no percurso histórico da governamentalidade referente ao momento em que a categoria de população não se reduz à célula familiar. (FOUCAULT, 2013d).

A população, no momento em que se forja uma técnica de governo, deve ser gerida detalhadamente e de maneira minuciosa nas suas variáveis específicas (natalidade, mortalidade, alimentação, moradia). As técnicas de governo vão aprimorar novos usos para a estatística afim de que esta funcione como uma prática sofisticada de controle sobre o contingente populacional, estrategicamente criado para obtenção da regulação própria de um amplo agrupamento humano: “número de mortos, de doentes, regularidade de acidentes, etc.”. (idem, p. 424)

As disciplinas funcionam como instrumento desta arte de governar e as escolas tornam-se espaços de preparo da população infantil para a inserção futura do adulto no mercado de produção de riquezas através de regras, oriundas de tecnologias próprias de um saber-poder específicos da pedagogia, sustentadas no binômio normal- anormal.

Neste momento, a relação governamentalidade e disciplina é explicada por Foucault (2013d, p.429):

A tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à proeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. - e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo **e de um conjunto de saberes.** (grifo nosso)

O poder disciplinar, que consolidou uma série de saberes competentes sobre o indivíduo, como a psicologia e a pedagogia, manifesta importante interseção com os mecanismos psiquiátricos extra-muros do asilo: “é a partir do funcionamento desse poder disciplinar que se deve compreender o mecanismo da psiquiatria”. (FOUCAULT, 2006, p. 52)

Neste texto foucaultiano, encontramos uma importante inflexão das estratégias de aprendizagem, empreendidas a partir do século XVIII, com a prática psiquiátrica normalizadora para potencializar a maior penetrabilidade e contínua vigilância dos comportamentos exercida pelo poder disciplinar sobre os corpos individuais.

O irredutível à disciplina escolar só pode existir em relação a essa disciplina; aquele que não aprende a ler e a escrever só pode aparecer como problema, como limite, a partir do momento em que a escola segue o esquema disciplinar [...] Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todas as disciplinas, aquele

que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas numa sociedade (FOUCAULT, 2006, p.67)

Para Moraes (2012, p. 96) o objeto de saber deste poder disciplinar na escola incidia sobre a sexualidade. Na atualidade, o excesso de atividade e/ou a falta de atenção se objetivam para se submeterem a um saber médico o qual neles intervém nas escolas.

A partir do momento em que comportamentos infantis (como hiperatividade e desatenção), são compreendidos como a expressão de uma patologia (TDAH), eles se tornam desviantes de uma conduta delineada como normal e adequada para os modos de aprender e estar da criança dentro da sala de aula. (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2013; CHRISTOFARI, 2014; MORAES, 2012; RICHTER, 2012)

Desta forma, as vicissitudes da aprendizagem são reduzidas a um problema de saúde que demanda cuidados médicos, psicológicos e psicopedagógicos quando a criança apresenta obstáculos no processo de aprendizagem decorrentes de manifestações prejudiciais (na interpretação frequentemente dos adultos) do comportamento. (GUARIDO, 2008; GUARIDO & VOLTOLINI, 2007; MORAES, 2012)

A este processo, que envolve a criança com expressões comportamentais conflitivas no contexto escolar e a compreensão destas a partir da presença de um suposto diagnóstico de transtorno psiquiátrico na criança capaz de obturar outras determinações culturais, sociais, econômicas e subjetivas em jogo no conflito intersubjetivo presente na construção da aprendizagem infantil, conceituaremos como medicalização da aprendizagem.

Nesta seção, analisaremos uma vertente⁵ do processo de medicalização da aprendizagem (ou medicalização escolar) como dispositivo, que se utiliza das estratégias discursivas hegemônicas envolvidas na construção do diagnóstico de TDAH e pertencentes ao campo biomédico, para transformar o cérebro infantil em uma topografia estrutural e quimicamente patológicas (ou atualmente, investido de maneira performática) e responsável pelos problemas de comportamento (interpretado como desviante) na escola. Sobre este órgão do sistema nervoso central, incidir-se-á uma série de intervenções da área da saúde a partir de suas abordagens individualizante e reducionista, empreendidas pelos discursos médico-científicos.

⁵ O processo de medicalização da aprendizagem foi extensamente pesquisado por alguns autores que criticaram a interpretação do fracasso escolar predominante em determinados contextos históricos: Patto (1993, 2004) discutiu a interpretação reducionista decorrente da associação entre fracasso escolar, pobreza e desestruturação familiar. Collares & Moysés (1994, 1996, 1997) criticaram o acento da desnutrição infantil como causadora dos défices de aprendizagem.

Desvio de comportamento pode ser entendido como definiram Brzozowski e Caponi (2013, p. 210):

Consideramos como desvio de comportamento qualquer conduta que destoe do que é socialmente desejável, mas que nem sempre representa uma entidade nosológica. Muitos desses desvios, porém, são considerados atualmente transtornos mentais (ou então seus sintomas), o que caracteriza um processo de medicalização desse tipo de conduta. Um exemplo de desvios medicalizados, de comportamento medicalizado, principalmente a partir da metade do século XX, são a falta de atenção e a hiperatividade, sintomas principais do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).

Dessa forma a noção de desvio traz em si o jogo de poder presente nas relações sociais, pois revela, em sua origem, a descontinuidade de alguns comportamentos com a norma imposta por um grupo social dominante através do saber científico estrategicamente validado. Os procedimentos de medicalização se amplificam por meio do julgamento da transposição dos limites da norma (mais ou menos rígidos de acordo com o contexto histórico na consideração e utilização do que será nomeado como desvio de comportamento socialmente inaceitável a partir da ultrapassagem destes limites sociais), construídos por este grupo social dominante, como afirmam as autoras: “A medicalização dos desvios é possível por meio da flexibilização dos limites do que é considerado normal e do que não é”. (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2013, p. 210)

Algumas manifestações da criança na vida escolar têm sido consideradas desvios e, portanto, motivos de encaminhamento a profissionais de saúde como a dificuldade de aprender a ler, a falta de atenção a conteúdos didáticos e o comportamento agitado em sala de aula.

O estabelecimento de possíveis relações entre os processos de cuidado em saúde mental infanto-juvenil e o processo de medicalização dos desvios do comportamento infantil demonstra sua relevância devido a importantes aspectos negativos desta associação, apresentados, a seguir, por uma série de estudos.

A elevada frequência dos encaminhamentos para avaliações médicas e/ou psicológicas, decorrentes de queixas de problemas de aprendizagem ou de comportamento indevido nas escolas, transforma as crianças com dificuldades escolares em pacientes de serviços de saúde mental, cujas presenças nestes locais vêm se elevando cotidianamente, de acordo com estas pesquisas.

Kamers (2013) nomeia de “ciclo repetitivo” os encaminhamentos que as escolas fazem a psicólogos e psiquiatras. Normalmente, em sua experiência, as professoras se queixam aos pais de que a criança não consegue aprender determinados conteúdos acadêmicos por falta de atenção ou por comportamento agitado. Diante da falta de resolutividade das famílias, a escola faz um encaminhamento a um psicólogo ou diretamente ao psiquiatra. Ou muitas vezes, o psicólogo encaminha ao psiquiatra por entender que o sintoma de desatenção deva ser resolvido pelo uso de medicação.

Os encaminhamentos são feitos, na maior parte das vezes, de forma padronizada por professores e psicólogos pela listagem de alguns sintomas da CID-10 que compõem a categoria diagnóstica do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Para este autor, há uma retroalimentação entre profissionais de ensino e de saúde no sentido de incrementar o processo de medicalização do comportamento da criança na escola.

Guarido (2008), em sua dissertação de mestrado intitulada: “*O que não tem remédio, remediado está*”, investiga as raízes históricas da impregnação do discurso médico no cotidiano escolar. Analisa o desenvolvimento da medicalização escolar relacionada ao ideário higienista do início do século XX e sua consolidação por meio da emergência de práticas disciplinares como a psicologia e a pedagogia.

A autora compara este período de práticas de cuidado higienistas com a emergência de discursos pedagógicos do final do século XX e início do século XXI, associados aos anseios contemporâneos de explicação dos sintomas psíquicos e alterações de comportamento por meio de supostas alterações genéticas e de desordens nos neurotransmissores cerebrais.

Os profissionais de ensino atualmente exerceriam uma função técnica de identificar possíveis sinais e sintomas de transtornos (o principal deles representado pelo TDAH) e encaminhar o mais breve possível o aluno para o psiquiatra medicá-lo.

Para ela, das práticas higienistas à proliferação e vulgarização de discursos científicos acerca da genética e neuroquímica cerebral no meio social, estabelecem-se as bases do que Guarido considera atualmente como medicalização do discurso escolar. (idem, p.19)

Nesta direção, vale citar um recorte que a autora faz de publicações da revista Nova Escola (editora Abril), importante publicação dirigida a professores, no caso a edição de Dezembro de 1997, em que uma psicóloga responde a uma dúvida de um professor sobre o que é hiperatividade e se a criança hiperativa pode frequentar escolas ditas “normais” (p.81):

Antes de tudo tenha em mente que hiperatividade não é uma doença. Descrita como um sintoma que se manifesta até os 7 ou 8 anos de idade, ela pode estar encobrindo dificuldades mais sérias no desenvolvimento motor, perceptivo ou emocional da

criança. Um aluno hiperativo não para quieto. Faz muitas perguntas, mas não espera respostas. Pode ser agressivo com os colegas e é considerado desastrado, pois constantemente se envolve em acidentes. Sua dificuldade em prender a atenção, mesmo que por curtos períodos de tempo, costuma prejudicar o rendimento em classe [...] **Se você tem em classe um aluno com essas características, o melhor a fazer é encaminhá-lo para uma avaliação médica.** (grifo nosso)

Outras duas citações referentes às edições de maio de 2000 e maio de 2004 da mesma revista, selecionadas por Guarido, para ilustrar a influência das construções de causas neurobiológicas dos sintomas de hiperatividade e o tratamento medicamentoso dos mesmos. (p.82-83)

O distúrbio ainda não tem causa comprovada. Sabe-se que a **origem é genética** e que seus portadores produzem menos dopamina, um neurotransmissor responsável pelo controle motor e pelo poder de concentração, que atua com maior intensidade nos gânglios frontais do cérebro. **Isso explica o fato de os hiperativos não se concentrarem e esquecerem facilmente o que lhes é pedido.** (grifo nosso) (Maio 2000)

“Uma série de tratamentos vêm sendo pesquisados (para o TDAH), **mas nada se mostrou superior à associação de remédios com acompanhamento psicológico.**” (grifo nosso) (Maio 2004)

O psiquiatra Rossano Cabral Lima (2005), em seu livro *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades* analisa a premência do fisicalismo para a descrição de problemas do cotidiano infantil e sua consequência na constituição subjetiva do humano, fortemente marcada pelo que ele chama de construção bioidentitária: “onde o critério do normal ou normativo se remete quase exclusivamente aos padrões biológicos e predicados corporais”. (idem, p.17)

A obra de Lima aborda o tema da medicalização da aprendizagem, pois analisa bases culturais importantes para a interpretação frequente dos problemas de aprendizagem como diagnósticos médicos. Por meio da discussão sobre a fragmentação do campo social, as inseguranças e superficialidades presentes nas relações subjetivas contemporâneas, o excessivo individualismo e a terceirização dos cuidados parentais a profissionais supostamente especialistas nesta área, é possível identificar elementos socioculturais que contribuem para a ampla disseminação do diagnóstico de TDAH como entidade que explica uma enormidade de comportamentos humanos que cursam com mal estar subjetivo.

Marino (2013) analisa a medicalização escolar dentro de uma perspectiva subjetiva. Sustenta que a excessiva prescrição de psicofármacos funciona para silenciar o sujeito criança

e adaptá-lo a um ideal de felicidade plena, oferecido pela estabilização dos sintomas psíquicos e alterações de comportamento através de tratamentos neurobiológicos indicados para eliminar supostas desordens neuroquímicas, causadoras destes mal-estar.

O estudo de Hoffman (2008), para mapear o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos no primeiro ano de CAPSIs recentemente implantados, revela, entre outros, a elevada frequência de problemas nas habilidades escolares o que pode indicar a necessidade de articulação entre profissionais de saúde e educação a fim de se evitarem encaminhamentos excessivos a estes dispositivos, originalmente formulados para o acolhimento da clientela de alta gravidade.

Santos *et al* (2011) corroboram a importância dos sintomas comportamentais, que são considerados pelos adultos como desviantes da norma, como demandantes de práticas medicalizantes no cotidiano dos serviços de saúde. Em seu estudo sobre os processos de cuidado ao sofrimento psíquico de adolescentes, as principais queixas das famílias, que motivaram consultas médicas, foram os problemas de aprendizagem e a agressividade. Verificou também que os familiares não foram incluídos em 52,5% dos projetos terapêuticos propostos pela equipe de saúde no cuidado da população infanto-juvenil nas unidades analisadas.

Boarini e Beltrame (2013), analisando a trajetória terapêutica de pacientes escolares de um CAPSi, apontam que em torno de 60% de crianças, encaminhadas a este equipamento, apresentavam problemas escolares o que as fez questionar o estatuto deste dispositivo como local de cuidado à clientela autista, psicótica ou com neurose grave. Baseadas nesta constatação, propõem um estudo que analise os motivos do encaminhamento da demanda escolar e as características dos atendimentos e tratamentos destes usuários.

Dentre as importantes interpretações dos resultados encontrados, as autoras apontam que o uso da medicação vem sendo banalizado uma vez que a prescrição de psicofármacos aparece como solução mágica para todas as manifestações sintomáticas de conflitos entre adultos (pais e professores) e crianças como a desobediência e dificuldades de aprendizagem. O aspecto nocivo é a interpretação de que a criança seria o aspecto central da problemática por ser portadora de transtornos e desordem biológica passíveis de intervenção neuroquímica.

Outra questão importante exposta pelas autoras é o incremento da medicalização da vida escolar das crianças pela equipe de saúde uma vez que não ocorre, na maior parte das vezes, uma problematização da demanda das escolas pelos profissionais da saúde mental. Pelo contrário, em suas análises, as crianças são absorvidas no CAPSI, medicadas e recebem

diagnósticos polêmicos como o TDAH. O tratamento é centrado na figura do médico. (BOARINI e BELTRAME, 2013)

Mannoni (1988) analisa a aproximação entre pedagogia e medicina no sentido daquela buscar, no escopo teórico médico, a validação científica das causas de fracassos na aprendizagem de crianças e o preenchimento de lacunas nas explicações sobre as insuficiências do ensino. Em sua crítica a esta aproximação, declara: (p.49)

Em vez de revolucionar o ensino e sua estrutura, o Ocidente prefere, pelo contrário, remediar os efeitos das anomalias geradas por um ensino inadequado à nossa época. Remediar os efeitos significa, neste caso, encarregar a medicina de responder onde o ensino fracassou

A proximidade destas duas disciplinas atualmente se solidifica pela intolerância da sociedade a sintomas infantis como agitação, desatenção e dificuldades de aprendizagem. Consideram-se estes comportamentos como desviantes e consequências de transtornos psiquiátricos (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno Opositivo Desafiador) cujos diagnósticos e tratamentos são validados cientificamente por meio de racionalidade médica. (BRZOWSKI e CAPONI, 2013)

A crítica, que se formula, reside em centralizar o foco numa possível disfuncionalidade existente na criança, consolidada por diagnósticos médicos, como o TDAH. Não existe o tratamento, sob esta ótica, das influências de aspectos como a precarização do ensino, sua inadequação a determinados modos de vida contemporâneos e as relações sociais da criança, inclusive sua família.

Desta forma, o reducionismo dos problemas de aprendizagem (situações com complexos determinantes sociais, políticos e culturais) a um diagnóstico psiquiátrico (o TDAH) desculpabiliza as instituições de poder, como as escolas, e as impede de refletirem sobre as suas deficiências na execução do ensino.

Numa perspectiva individual, o acolhimento do sofrimento psíquico infantil e de suas famílias (acarretados por certos comportamentos das crianças) como consequências de um transtorno, interpretado de forma transcendente e naturalizada, e compreendidos principalmente por desordens de neurotransmissores cerebrais, passíveis de tratamento medicamentoso, contribui para a desresponsabilização destes sujeitos envolvidos (crianças e famílias) na produção de suas dores. (BRZOWSKI e CAPONI, 2013)

As pesquisadoras Maria Helena de Souza Patto (1993, 2004), Cecília Collares & Maria Aparecida Affonso Moysés (1994, 1996, 1997, 2013) criticam a desresponsabilização

dos profissionais de ensino no mau desempenho acadêmico, vivenciado por seus alunos, e defendem estratégias que possam ser adotadas por estes profissionais para reversão do quadro em detrimento da comum demanda por interferência de profissionais de saúde mental em situações referentes aos problemas de aprendizagem.

A revisão bibliográfica de Patto *et al* (2002) acompanha o percurso das produções teóricas sobre fracasso escolar (fenômeno investido em discurso estratégico para a medicalização da aprendizagem) desde as pesquisas que focavam na psicologização de suas causas (habilidades desadaptativas da criança à escola e estresse vivenciado por famílias desestruturadas) ao momento de investigação do fracasso escolar como produto da escola em sua dimensão política e centro de conflitos decorrentes dos jogos de poder e das diferenças de classe.

Para o interesse de nossa pesquisa (PATTO *et al*, 2002, p.57):

Na contra-mão da medicalização do fracasso escolar [...], estudos mais claramente voltados para investigação das relações de classe e dos pressupostos da cultura dominante no interior das práticas e relações que estruturam a vida escolar e produzem dificuldades de escolarização.

A pesquisa de Patto (1993) propôs uma crítica às práticas terapêuticas no cotidiano pedagógico e defendeu análises que extrapolem um viés psicologizante (e medicalizante) do baixo rendimento escolar para se centrar em aspectos políticos e culturais do lugar da escola e em seu campo de relações subjetivas entre alunos, pais, professores e sociedade. Questionou também o modo de transmissão dos conteúdos pedagógicos, ensinados aos alunos mecânica e rigidamente, independentes do contexto social onde os últimos estejam inseridos. (BORGES & CRUZ, 2013; PATTO, 1993)

Patto (1993) analisa como os jargões científicos de ordem médico-psicológicos funcionam de uma maneira pseudocientífica, excludente e preconceituosa para a “*A produção do fracasso escolar*”, título de sua relevante obra.

A obra desta autora historiciza o processo de medicalização da aprendizagem ao denunciar o reducionismo científico, com feições higienistas e preconceituosas relacionadas a supostas degenerações humanas, ao vincular origem étnica e sociocultural às incapacidades mentais.

A associação das dificuldades escolares de alunos das classes populares, pesquisados por ela, a problemas de ordem psicológica, baixos coeficientes de inteligência ou a desajustes

familiares permitiu a construção de saberes disciplinares que legitimam um suposto caráter individual do fracasso escolar, ocultando suas dimensões sociais.

Para Patto, os diagnósticos médicos e psicológicos burocratizam e homogeneizam as causas para os problemas de aprendizagem, não possibilitando aos professores a crítica sobre suas práticas pedagógicas como fatores na construção do fracasso escolar.

O trabalho de Borges & Cruz (2013), para compreender a atuação dos psicólogos frente a demanda por atendimento a escolares com dificuldades de aprendizagem, sugere que a não leitura desta problemática, vinculada a complexos determinantes socioculturais, contribui para encaminhamentos desnecessários aos serviços de saúde e a própria medicalização escolar.

Pesquisadoras, como Collares & Moysés, vêm estudando o processo de biologização do fracasso escolar que seria, para estes autores, correlato ao fenômeno da medicalização do processo de aprendizagem (1994, p.10):

Na escola, este processo de biologização geralmente se manifesta, colocando como causas do fracasso escolar quaisquer doenças das crianças. Desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas. A isto, temos chamado medicalização do processo ensino-aprendizagem. Recentemente, por uma ampliação da variedade de profissionais de saúde envolvidos com o processo (não mais apenas o médico, mas também o enfermeiro, o psicólogo, o fonoaudiólogo, o psicopedagogo), temos usado a expressão patologização do processo de aprendizagem.

Estas disciplinas (enfermagem, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia), que se aliam à medicina para a redução das dimensões coletivas dos problemas pedagógicos a um nível individual, centrado na culpabilização do aluno, compreendido como portador de disfunções e/ou atrasos neurológicos ou de problemas psíquicos decorrentes de desestruturação familiar.

A importância destas autoras para o nosso estudo é sua discussão crítica acerca do acolhimento, por profissionais da área de saúde mental, das demandas que se referem ao fracasso escolar.

Frequentemente, inclusive em nossa experiência, as crianças e suas famílias são submetidas a tratamentos nos serviços de saúde sem qualquer prática intersetorial com as escolas ou, muitas vezes, quando esta última ocorre, é na direção de instrumentalizar os professores a lidarem com os transtornos de seus alunos.

Tal situação confirma a relevante consideração de Collares & Moysés (1994, p.31):

A Educação, assim como todas as áreas sociais, vem sendo medicalizada em grande velocidade, destacando-se o fracasso escolar e seu reverso, a aprendizagem, como objetos essenciais desse processo [...] O espaço escolar voltado para a aprendizagem, para a normalidade, para o saudável, transforma-se em espaço clínico, voltado para os erros e distúrbios. Sem qualquer melhoria dos índices de fracasso escolar [...] porém, se as crianças continuam não aprendendo, a isto agrega-se, em taxas alarmantes, a incorporação da doença... uma doença **inexistente (grifo autores)**.

Mas como abordar a medicalização da aprendizagem em tempos atuais? Em um tempo em que paradoxalmente a hiperatividade é de alguma forma estimulada para a competitividade empresarial. No mundo globalizado e informatizado, cada vez mais distante do trabalho braçal e fabril da sociedade disciplinar foucaultiana. Nesta sociedade em que o que vemos de prioridade são as formas de existência que consomem estilos de vida e necessidade mutantes. (MONTEIRO, 2006)

Para esta autora, o ensino se inseriu na lógica de mercado neoliberal para ser vendido como mercadoria dentro de um mundo contemporâneo no qual a fábrica vem sendo substituída por uma empresa. As escolas funcionariam como produtoras de “subjetividades equipadas com as qualidades voláteis mais cotadas no mercado de trabalho contemporâneo, tais como a criatividade, a inteligência e as habilidades comunicativas” (SIBILIA, 2003, p. 169)

O poder disciplinar, que investia na capilaridade dos tecidos musculares, transformando-os em força muscular de um corpo-máquina-fabril, desdobra-se a partir do capitalismo dos anos 80 em uma lógica neoliberal cujo principal valor “é a força-invenção dos cérebros” (MONTEIRO, 2006, p. 64). Ela cita Pelbart para abordar que a mercadoria de maior valor na atualidade é o cérebro flexível, criativo, autônomo e inventivo: “como se as máquinas, os meios de produção tivessem migrado para dentro da cabeça dos trabalhadores e virtualmente passassem a pertencer-lhes. Agora sua inteligência, sua ciência, sua imaginação, isto é, sua própria vida passou a ser fonte de valor.” (idem, p. 59)

Neste contexto, houve um processo de fetichização do corpo infantil que o torna consumidor de um infindável número de objetos, inclusive tecnológicos. Para a criança, cria-se um mercado de consumo caracterizado por ofertas destinadas exclusivamente a objetos investidos como “coisas de criança”.

Será que a excitação excessiva ocasionada pelas infinitas ofertas de consumo a um corpo em construção simbólica, deixado a própria sorte na ilusão autônoma do investimento neoliberal, não o torna hiperativo?

A discussão do dispositivo de medicalização da aprendizagem aponta para duas operacionalizações possíveis que se relacionam mutuamente: uma que coloca a criança referida a uma normalização dos modos de aprender e se comportar no espaço escolar. Neste sentido, patologiza-se o cérebro infantil da criança agitada e inquieta através da existência de um transtorno mental, o TDAH, de etiologia neurobiológica, para explicação das supostas alterações de comportamento.

Sob esta ótica, alguns autores criticam que a utilização deste modelo explicativo obtura a análise de possíveis fatores culturais, subjetivos e sociais como determinantes de conflitos no processo de aprendizagem. (GUARIDO, 2007, 2008; LIMA, 2005)

A análise que Caponi (2009) empreende da obra foucaultiana *Os Anormais*, para criticar a pretensão da psiquiatria atual em expandir ilimitadamente as suas classificações diagnósticas por meio da medicalização de uma série de comportamentos, materializa o poder normatizador desta especialidade médica na invenção diagnóstica do TDAH.

Nesta obra, a atribuição a fatores hereditários para o estado anormal pela tecnologia psiquiátrica, no fim do século XIX, consistiu em uma estratégia eficaz para o poder psiquiátrico medicalizar a degenerescência uma vez que a teoria da hereditariedade se caracteriza por “um laxismo causal indefinido, laxismo que se caracteriza ao mesmo tempo pelo fato de que tudo pode ser causa de tudo”. (FOUCAULT, 2002, p.399)

Caponi (2009) interpreta que a dificuldade de descoberta de topografias cerebrais e corporais específicas para as doenças psiquiátricas se desdobra em elocubrações sobre as causalidades hereditárias destes transtornos.

O apetite pela genética das patologias mentais na atualidade pode ser paralelo a degenerescência medicalizada, racista e normativa de Foucault (2002) e aponta para a importância da molecularização deste transtorno o que ilustraremos brevemente através da noção de endofenótipo como modelo prioritário da hipótese genética para o TDAH. (SEGENREICH & CASTRO & NESSIMIAN, 2015)

A imprecisão dos achados fenotípicos (expressão de caracteres físicos e/ou laboratoriais dos genótipos, da herança genética) levou “um crescente aumento pelo interesse de se usarem fenótipos intermediários, denominados **endofenótipos**, nos estudos de TDAH.” (idem, p.24) (grifo autores)

Pode ser considerado como intermediário ao genótipo e o fenótipo, sendo definido como traços hereditários, quantitativos, que apontam para a **possibilidade** de um indivíduo desenvolver determinada doença. [...] os endofenótipos estão presentes em pacientes e também devem estar presentes em familiares de primeiro grau que não

apresentam o transtorno. Sua associação com achados genéticos é potencialmente mais precisa do que a encontrada para o fenótipo estudado. (grifo nosso)

Uma outra possibilidade (dentro das operacionalizações) aponta para o incremento das exigências do neoliberalismo que “ênfatiza mais os direitos do consumidor do que as liberdades públicas e democráticas e contesta a participação do Estado no amparo aos direitos sociais.” (MARRACH, 2000, p. 42)

Por esta análise, podemos pensar que a medicalização da aprendizagem obtura o debate sobre a precarização do ensino (tornado objeto de consumo e não como uma forma de direito de construção política e social da criança regulado pelo Estado) ao negar este problema estrutural em detrimento de uma suposta existência de um transtorno mental.

Esta discussão crítica, que aborda o mundo capitalista pós-industrial e as estratégias de medicalização da aprendizagem, denuncia a objetivação do cérebro infantil compreendido como entidade transcendente, de valor supremo a ser investido performaticamente para se incrementarem, banhado em Ritalina, ações comedidas, reguladas e com foco para atenderem as exigências de uma lógica empresarial de sujeitos cerebrais autônomos e competitivos.

Algumas produções científicas mais recentes sobre o TDAH utilizam termos que apontam a presença de nosso modelo econômico atual e suas relações com a computação e habilidades cognitivas. “Alguns pesquisadores já começaram a esclarecer importantes mecanismos cerebrais centrais responsáveis pelos passos (computacionais) envolvidos no processo de tomada de decisão.” (COSTA *et al*, 2015, p. 94)

Costa *et. al* (2015) chamam as bases neurais para o complexo processo humano de tomada de decisão de neuroeconomia. (idem)

Os autores consideram mais relevante a descrição dos circuitos ativadores no cérebro humano que são estimulados quimicamente diante de uma “tarefa subjetivamente motivadora” (idem, p. 93) Para eles, as ativações químicas são involuntárias e não dependem volitiva e conscientemente das pessoas, mas não discutem sobre as amplas possibilidades do humano diante de uma tarefa que seja subjetivamente interessante.

Ao contrário, estes pesquisadores ressaltam o aspecto neuroquímico para desculpabilizar, por exemplo, a criança que esteja desatenta num contexto tedioso e que tenha atenção em atividades que lhe interessem.

A neuroeconomia e sua ênfase na base neural dos processos decisórios do sujeito cerebral explicam uma complexidade de ações humanas por meio das alterações cerebrais

características do TDAH que vão desde a atribuição de valores na deliberação até à avaliação das “consequências em termos de utilidade esperada.” (idem, p. 94)

Esta utilidade esperada pode ser representada pelos desfechos de autorregulação “que permitem o controle do comportamento, das emoções e dos desejos a fim de se obter alguma recompensa (ou evitar alguma punição)” (idem, p. 86-87) pretendidos por nossa cultura neoliberal.

Desta maneira, um portador de TDAH seria um sujeito que precisa ser controlado para atender anseios econômicos (não neuroeconômicos) da contemporaneidade, pois seu cérebro o coloca em risco devido a pouca funcionalidade em seguir regras, fracasso nos relacionamentos e prejuízos no gerenciamento de suas finanças pessoais. (ABREU *et al*, 2015, p. 62)

Indivíduos com TDAH tendem a ter um comportamento dirigido pela busca por novidades, o que, portanto torna suas decisões mais suscetíveis a *fatores situacionais*, ou seja, suas escolhas são menos previsíveis e mais difíceis de serem registradas como preferências (comportamento impulsivo, variável, novo). (COSTA, 2015, p. 96) (Grifo autores)

Nestas últimas considerações, que procuraram correlacionar o processo de medicalização e as estratégias discursivas relacionadas ao TDAH, poderíamos nos indagar que sujeito é este cujos fatores situacionais de sua vida são secundários ao circuito computacional-biológico de seu cérebro? Quando controlado, que tipo de relação haveria entre suas escolhas e preferências com o seu contexto de vida? Ou o que determina o que seria uma escolha normal é a sua previsibilidade ou a sua autoadministração pelo cérebro, idealizadamente pouco influenciado pelas intensidades das relações sociais e com pouca necessidade de amparo pelo o outro e pelo Estado?

Será que podemos pensar o TDAH como uma construção estratégica híbrida em que repousam algumas referências à biopolítica foucaultiana e, simultaneamente, florescem noções de desempenho e performance empresarial?

Conforme Costa *et. al* (2015, p.85) localizam o objetivo estratégico das avaliações neuropsicológicas para o TDAH na pesquisa sobre as potencialidades e limitações cognitivas de seus portadores: “Na clínica, auxilia na caracterização de indivíduos que são comparados em relação a normas populacionais e a seu próprio desempenho em vários domínios cognitivos e comportamentais.”

5 METODOLOGIA

5.1 ÁREA DE ESTUDO

O município de Guapimirim (RJ), onde foi realizada a pesquisa, dista cerca de 84 quilômetros da capital e é de pequeno porte.

Apesar de seu potencial turístico, devido a suas belezas naturais, a maior parte de seus recursos financeiros provém de atividades hortifrutigranjeiras, floricultura e produção de leite (SABROZA & TOLEDO, 2009).

Este município está localizado na área de influência imediata do processo de construção do Complexo Petroquímico da Petrobras (COMPERJ) que, em decorrência do caráter de empreendimento de grande porte, pode sofrer importantes impactos sociais, econômicos, sanitários e ambientais com risco de precarização de sua área, se não houver adequado planejamento de sustentabilidade. (MARROIG *et al*, 2011).

5.2 AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

O campo de atuação prática de nossa pesquisa foi em um ambulatório de saúde mental deste município. Este serviço de saúde comporta um enfermeiro, quatro médicos psiquiatras e três psicólogos para o atendimento de adultos.

Para a clientela infantil, atendida no mesmo local onde os adultos recebem cuidados, os profissionais que lhes prestam atendimento são o enfermeiro, um psicólogo, um psiquiatra e um pedagogo. Vale ressaltar que o município não dispõe de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

O primeiro atendimento é realizado por um profissional de saúde específico⁶, na maior parte das vezes, em conjunto com os pais da criança. Após este atendimento, a criança pode ser encaminhada aos demais profissionais do ambulatório; ou a fonoaudiólogas e

⁶ Devido ao número reduzido de profissionais que cuidam da clientela infanto-juvenil neste ambulatório e para preservar a identidade dos mesmos, optamos por não especificar a ocupação trabalhista do indivíduo que conduz o acolhimento de crianças.

psicólogas que atendem no centro de especialidades pediátricas; ou ao neuropediatra infantil do ambulatório de especialidades médicas.

Os demais profissionais do ambulatório podem encaminhar a criança entre si ou para os mesmos profissionais externos de forma semelhante ao trabalhador de saúde mental que inicia o acolhimento.

A documentação dos atendimentos, efetuados neste ambulatório, é descrita manualmente pelo profissional de saúde, que realiza a consulta, em prontuários cujo modelo está padronizado. (ANEXO A)

5.3 DESENHO DE ESTUDO

A abordagem de questões, como as práticas de saúde referidas a crianças com possível diagnóstico de TDAH, encaminhadas pelas escolas, cujos determinantes desta produção diagnóstica podem residir em fatores diversos de ordem subjetiva, econômica, cultural, social e educacional, pode ser realizada por meio de pesquisa qualitativa. (MINAYO, 2013)

A necessidade de aprofundar nesta realidade complexa (com múltiplos determinantes e solo de formações subjetivas diversas) e a presença do fenômeno da medicalização da aprendizagem suscitam múltiplas indagações. (SANCHES, 2010)

Considerar as dificuldades da criança no seu ambiente escolar a partir de fenômenos socioculturais possibilita construir alternativa ao reducionismo biomédico, utilizado frequentemente nos modelos explicativos para este conjunto de problemas. (idem)

As possíveis relações entre os procedimentos da equipe de saúde mental e a demanda direta (encaminhamento das escolas) ou indireta (relato dos pais ou responsáveis do pedido da escola para avaliação em saúde mental) dos profissionais de ensino, quanto às dificuldades escolares decorrentes do diagnóstico de TDAH ou de seus sintomas típicos (hiperatividade, desatenção, impulsividade) das crianças sob sua tutela, pode incrementar o processo de medicalização da aprendizagem.

As ações terapêuticas dos profissionais de saúde diante de crianças com esta tríade sintomatológica do TDAH, quando influenciadas pelo fenômeno da medicalização da aprendizagem, poderão estar sujeitas a algumas interpretações críticas sobre os aspectos determinantes da produção deste diagnóstico psiquiátrico na contemporaneidade: validação

social do que seria comportamento normal, possíveis precariedades da metodologia de ensino atual, dificuldades de relacionamento intersubjetivo entre família, professores e criança, modelo biomédico de tratamento adotado pela equipe de saúde, fetichização do discurso científico, cultura e *performance* neoliberais, entre outros. (CHRISTOFARI, 2014; MORAES, 2012; RICHTER, 2012)

Tais aspectos revelam a inseparabilidade entre a ação do homem (supostas práticas de medicalização contemporâneas) como sujeito histórico e as múltiplas determinações que a condicionam. A abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de aprofundar o caráter social envolvido (MINAYO, 2013).

Entendemos que a pesquisa qualitativa encontra importante ressonância em nosso estudo pelo fato de o mesmo envolver tema complexo do campo da saúde conforme podemos interpretar através das palavras de Minayo (*idem*, p.13):

Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

5.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS REFERIDOS A CADA OBJETIVO ESPECÍFICO

Para facilitar a compreensão metodológica que pretendemos realizar, para fins didáticos, exporemos novamente o objetivo específico e seus respectivos procedimentos metodológicos:

5.4.1 Objetivo específico 1: Identificar as abordagens da equipe de saúde do ambulatório de saúde mental no atendimento de crianças de sete a doze anos de idade, cujo acolhimento das mesmas no ambulatório tenha se iniciado em 2013, com diagnóstico de TDAH (ou com sintomas típicos da tríade sintomatológica deste transtorno mental, causadoras de sofrimento

psíquico prioritariamente no ambiente escolar) e que tenham sido encaminhadas direta ou indiretamente pelos profissionais de ensino.

Para o conhecimento dessas abordagens, iniciamos a pesquisa documental sobre prontuários de crianças, na faixa etária de sete a doze anos, que tenham sido encaminhadas, durante o ano de 2013, **direta** ou **indiretamente** pelos profissionais de ensino ao ambulatório de saúde mental por queixas de sofrimento psíquico e/ou alterações disfuncionais de comportamento no ambiente escolar no ano de 2013. Estas manifestações psíquicas e/ou comportamentais foram interpretadas pela equipe de ensino como decorrentes de um possível diagnóstico de TDAH ou de seus sintomas fundamentais: hiperatividade, desatenção, impulsividade.

Para separação destes prontuários, foram requeridos à equipe administrativa do ambulatório de saúde mental os prontuários referentes aos atendimentos de crianças de 7 a 12 anos, iniciados durante o ano de 2013.

A informação sobre o quantitativo de crianças com idades entre 7 e 12 anos de idade, atendidas inicialmente em 2013, encontra-se disponível na base de dados SISAMENTE⁷, cujo modelo do formulário está apresentado no ANEXO B. Este sistema de informação de saúde mental deste município permite o acesso aos prontuários de crianças que receberam o diagnóstico de F90.0 (Distúrbio de Atenção e Hiperatividade) pela CID-10.

Algumas linhas metodológicas da pergunta que impulsiona esta pesquisa merecem ser expostas a seguir para oferecer melhor clareza da metodologia aplicada a esta pesquisa documental.

A relevância da instituição escolar, como arena em que ocorrem os sintomas característicos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (desatenção, hiperatividade e impulsividade) geradores de sofrimento psíquico, foi compreendida por meio da interpretação dos relatos feitos por profissionais de saúde nos itens Queixa Principal (QP) e História da Doença Atual (HDA) da ficha de anamnese de acolhimento das crianças, que iniciaram avaliação no ambulatório de saúde mental do município pesquisado durante o ano de 2013 (roteiro de anamnese exposto no ANEXO A).

⁷ Sistema de Informação em Saúde Mental, implantado desde 2012, nas unidades de saúde mental do município de Guapimirim. Ele permite a coleta, armazenamento e processamento de variáveis relativas aos usuários de saúde mental: número de atendimentos iniciados em determinado período, diagnóstico pela CID-10, idade, gênero, estado civil, ocupação, número de pessoas com benefícios sociais, história com presença de violência, tentativa de suicídio, uso de substâncias psicoativas, entre outros. Ele também dimensiona quantitativamente a produção em saúde mental: número de atendimentos realizados em cada especialidade. (RODRIGUES, 2012)

Compreende-se como encaminhamento **indireto** realizado pelas escolas, a referência pelo responsável, que traz a criança ao serviço de saúde, de que a escola tenha sugerido ou solicitado a busca por profissionais de saúde para o tratamento de sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade percebidos pelos profissionais de ensino em determinada criança.

A descrição da história, em prontuário, de dificuldades de relacionamento por parte da criança no espaço escolar devido prioritariamente a qualquer um dos sintomas da tríade sintomatológica do TDAH (desatenção, hiperatividade, impulsividade) foi considerada como outra forma de encaminhamento **indireto** pelas escolas, dada a importância da instituição de ensino como arena de sofrimento psíquico vivenciada pela criança devido aos referidos sintomas. Neste caso, não haveria a necessidade de o responsável, que acompanha a criança, informar que a avaliação do profissional de saúde foi solicitada pela escola.

Em ambos os casos, os prontuários, que descreveram estas situações, foram selecionados para a pesquisa documental.

Em relação, ao encaminhamento **direto**, consideramos elegíveis para a pesquisa aqueles prontuários que contiveram algum documento oriundo da escola com objetivo de encaminhar ao ambulatório de saúde mental para tratamento ou avaliação crianças descritas como portadoras de alguns dos sintomas da tríade do TDAH. Ou mesmo a consideração de que esta criança tenha este diagnóstico, segundo documento (encaminhado) emitido pela escola da mesma.

Em síntese, selecionamos prontuários de crianças de 7 a 12 anos que foram admitidas no ambulatório de saúde mental durante o ano de 2013 e que apresentavam algum sofrimento psíquico, vivenciado principalmente nas esferas das relações escolares (dificuldades de relacionamento da criança com outros alunos e professores e baixo desempenho acadêmico).

Acrescentado a isto, a motivação de tal mal-estar psíquico seria a suposição por parte dos profissionais de ensino de um possível diagnóstico de TDAH ou de qualquer um dos sintomas principais deste diagnóstico.

Em termos práticos, estas crianças foram encaminhadas direta ou indiretamente pelas escolas para avaliação no serviço de saúde.

Desta forma, os prontuários, que contiveram o relato de sofrimento psíquico ou distúrbios comportamentais consideradas pelos professores como consequências da desatenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade apresentados pela criança, foram selecionados para avaliação de como os profissionais de saúde deste ambulatório lidam com a demanda originada no espaço escolar.

Analisamos prontuários de crianças que foram submetidas a procedimentos de saúde no ambulatório (avaliação psicológica, tratamentos psicoterápico e/ou psiquiátrico, orientação aos pais, consulta psicopedagógica) ou daquelas que foram avaliadas e posteriormente encaminhadas para serviços externos (unidades básicas de saúde, conselhos tutelares, centro pediátrico).

Os prontuários foram classificados considerando as abordagens realizadas pelos profissionais, que ocorrem frequentemente no atendimento de saúde mental ofertado a crianças conforme nossa experiência de trabalho, e adaptadas por interpretação de outro estudo. (SANCHES, 2010)

O estabelecimento de categorias funcionou como um norteador para a pesquisa em prontuários das condutas terapêuticas mais comumente encontradas no atendimento de crianças, porém, outros procedimentos, não previamente sugeridos, deverão ser relatados.

De modo preliminar, consideramos como possíveis **ABORDAGENS TERAPÊUTICAS:**

- Orientação dirigida aos pais;
- Consultar separadamente responsáveis pela criança;
- Orientação à escola por meio presencial (reunião do profissional com os responsáveis ou com profissional de ensino) ou escrito;
- Encaminhamento ao fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo, psiquiatra e/ou neurologista;
- Tratamentos psicoterápico, psicopedagógico e/ou psiquiátrico;
- Prescrição de psicofármacos;
- Outros.

Desta maneira, dentro do total de prontuários de crianças de 7 a 12 anos, atendidas inicialmente em 2013 conforme dados retirados do SISAMENTE, utilizamos os documentos (prontuários) de pacientes (que tenham recebido o diagnóstico de F90.0 e que tenham sido encaminhados por suas escolas) para identificar os procedimentos de saúde prescritos a estes usuários.

Dentro ainda deste universo de prontuários, a documentação sobre a presença dos sintomas principais do TDAH (hiperatividade, impulsividade, desatenção) como determinante do sofrimento psíquico destas crianças, principalmente no ambiente e atividades escolares, e

geradora de demanda por avaliação e/ou tratamento de saúde, funcionou como um critério de seleção de prontuário para análise das condutas terapêuticas adotadas.

5.4.2 Objetivo específico 2: Avaliar possíveis relações entre estas abordagens terapêuticas e o processo de medicalização da aprendizagem

Em termos práticos, selecionamos alguns balizadores frequentes nas ações de saúde mental no cuidado a crianças que podem estar relacionados a procedimentos de medicalização da aprendizagem.

Nosso objeto apresenta certa imprecisão que, se por um lado denota a sua potência em se referir a uma determinação multifacetada, por outro, torna limitada a apreensão de indicadores.

Assim, tentamos aproximar possíveis práticas exercidas pelos profissionais de saúde que possam estar influenciadas pelo processo de medicalização do ambiente escolar.

Para identificar alguns destes balizadores (outros poderão ser incorporados durante a aplicação metodológica do objetivo1), nos baseamos nos estudos de Oliveira (2000), Tenorio (2000) e Levicovtz (2000) em que são propostas alternativas ao modelo biomédico de atendimento e encaminhamentos das demandas de saúde mental em ambulatórios dos serviços públicos de saúde.

Segundo os autores, as demandas que chegam aos serviços de saúde mental, devem ser **problematizadas** (grifo nosso) para se evitarem as práticas de medicalização, comuns nas formas de tratamento terapêutico da psiquiatria tradicional.

Para esta dissertação, a problematização opera como uma resistência ao movimento de tornar determinados problemas como legítimos a um campo (no nosso caso, o TDAH como um problema principalmente neurobiológico) em que estes são apresentados como evidências para explicar teoricamente impasses de processos subjetivos e socioculturais. A partir de um *status* de verdade científica, certos problemas engendram práticas, determinadas como oficiais, para as suas soluções. (TUCHERMAN, 2010)

A problematização promove uma reabertura de problemas aparentemente solucionados ou cujas soluções estejam padronizadas. (idem)

No presente estudo, a investigação sobre outras possíveis determinações de um comportamento agitado ou desatento de uma criança, antecipando a interpretação de que tal

manifestação comportamental represente um sintoma patológico de um transtorno biomédico representado pelo TDAH, propicia uma problematização destes comportamentos da criança em sala de aula.

Neste caso, a ação do profissional de saúde mental, sob algumas circunstâncias, pode possibilitar múltiplas interpretações sobre uma determinada queixa, evitando as padronizações comuns da racionalidade biomédica.

Esta problematização representa o acolhimento da queixa do paciente pelo profissional e a reflexão conjunta entre ambos sobre as reais necessidades de saúde do indivíduo, sem o atendimento imediato daquilo que ele demanda. Ou seja, são avaliadas as relações singulares de cada sujeito com seu sofrimento, os aspectos conflitivos em jogo e as questões sociais e culturais envolvidas no processo de sofrimento (OLIVEIRA, 2000).

O principal objetivo, proposto por estes autores, é evitar as práticas de medicalização que ocorrem frequentemente quando se medica ou indica um paciente para psicoterapia, por exemplo, a partir apenas de suas queixas sintomatológicas.

Partimos também, para a confecção destes balizadores, da leitura da pesquisa de Sanches (2010, p.34 e 38) sobre os fatores que contribuem para a medicalização do cotidiano infantil e, conseqüentemente, a medicalização do ambiente escolar:

A medicalização do fracasso escolar alimenta a crença de que as dificuldades de aprendizagem estão no aluno e são consequência de uma doença (...) uma prática medicalizante é colocar questões como pobreza, desnutrição, carência cultural e doenças das crianças no centro das discussões sobre a causa das dificuldades escolares.

Desta forma, consideramos como procedimentos relacionados à medicalização o estabelecimento de qualquer conduta terapêutica baseadas apenas na sintomatologia da criança ou na queixa trazida por seus pais ou pelas escolas sem a adoção, por parte do profissional de saúde mental, **de outros procedimentos que visem à problematização da demanda do problema de aprendizagem.**

Em relação ao objeto de nosso estudo: a adoção de diagnósticos, prescrição de psicofármacos, estabelecimento de propedêutica (avaliação neurocognitiva) ou encaminhamentos a tratamentos a partir apenas das descrições sintomatológicas apresentadas pela criança, escolas e/ou responsáveis sem a avaliação do contexto de construção do sofrimento da criança e dos possíveis conflitos envolvidos entre os vários atores da vida infantil representam práticas de saúde medicalizantes.

Práticas de saúde medicalizantes representam ações pertencentes ao escopo biomédico, implementadas pela equipe de saúde mental a partir apenas de uma queixa e/ou solicitação do paciente sobre um problema cujos determinantes são de origem cultural, social, econômico e/ou subjetivo. Ou seja, a manifestação comportamental, afetos e emoções, percebidas como problemáticas, não são de origem puramente biológica.

O profissional de saúde prescreve determinado tratamento e/ou avaliação (uso de medicação, psicoterapia, exame neurocognitivo) que representa uma adesão ou continuidade da queixa da escola. Centraliza na criança as intervenções terapêuticas, desconsiderando a dimensão conflitiva que contribui para a construção de suas incômodas manifestações comportamentais.

Em termos objetivos, os procedimentos para evitar as práticas medicalizantes se referem ao relato no prontuário de:

- **Entrevistar separadamente os pais da criança, pelo menos mais de uma vez**, a fim de avaliar o grau de implicação que ambos tenham na construção do estado sintomatológico da criança e a disponibilidade de ambos na responsabilização de cuidar de seu dependente;
- Como a queixa de saúde mental infantil é, na maior parte das vezes terceirizada (BRASIL, 2005), **avaliar primeiro a queixa dos demandantes** sem a presença da criança a fim de se excluírem possíveis necessidades de saúde prioritárias do demandante que estejam encobertas nas queixas dirigidas às crianças;
- **Discutir com as escolas sobre o problema de aprendizagem (reuniões com a instituição de ensino regularmente enquanto durar a avaliação da criança)** a fim de se avaliar a disponibilidade dos professores em lidarem com a criança em tela, o envolvimento dos mesmos no problema de aprendizagem da criança e possíveis inaptações ao esquema didático proposto. Resumidamente, este item refere-se ao estabelecimento de práticas intersetoriais no cuidado dos problemas de aprendizagem, tidas como fundamentais neste tipo de situação (BRASIL, 2005; COUTO & DELGADO & DUARTE, 2008);

As condutas e procedimentos terapêuticos dos profissionais de saúde, documentados nos prontuários previamente selecionados, foram analisados na direção de se verificar a ausência ou presença destes balizadores (atender os responsáveis da criança separadamente, discutir com a escola durante o processo de avaliação/atendimento da criança).

A ausência destes balizadores e o estabelecimento imediato de condutas biomédicas a partir dos primeiros atendimentos apontariam para uma importante influência dos processos de medicalização da aprendizagem nos procedimentos terapêuticos.

5.4.3 Objetivo específico 3: Identificar a percepção da equipe de saúde mental quanto ao processo de medicalização da aprendizagem.

Para atender ao objetivo desta etapa do projeto, realizamos entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe de saúde mental diretamente envolvidos com o atendimento das crianças com problemas de aprendizagem (enfermeiro, psicólogo, psicopedagogo e psiquiatra).

A escolha por esta metodologia de entrevista se deve, neste caso, a uma estratégia para aprofundar nas questões que envolvem o nosso objeto, dado às suas amplas determinações. Este tipo de entrevista pode permitir que nossa hipótese seja efetivamente abordada durante a aplicação do questionário (MINAYO, 2013).

Elaboramos um roteiro de entrevistas com seis perguntas que está disponível no APÊNDICE A. As entrevistas foram gravadas e transcritas após os participantes lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e anuírem o seu conteúdo.

A interpretação do conteúdo das respostas da entrevista foi realizada pela análise de possíveis regularidades nas respostas dos entrevistados. Estas regularidades foram comparadas às respostas de outros profissionais e seus elementos foram dissecados para a discussão com os textos de nosso referencial teórico.

Os elementos ou categorias que poderiam indicar uma possível influência do processo de medicalização da aprendizagem foram o aparecimento no discurso dos entrevistados de condutas que representavam uma continuidade da demanda da escola sem uma análise singularizada (ou problematizada) do contexto que envolvia a queixa.

Outra forma de indicação de possíveis influências de medicalização da aprendizagem foi a consideração do comportamento escolar da criança, interpretado como disfuncional pela equipe de ensino, no discurso do profissional de saúde como prioritário na determinação da necessidade de avaliação ou tratamento de saúde para criança em detrimento de uma avaliação do contexto de ensino e familiar da criança.

Dito de outra forma, o profissional de saúde considerou, na sua resposta, que a queixa da escola sobre um comportamento inquieto ou mau desempenho acadêmico da criança deveriam ser normalizados por meio de um tratamento de saúde sem a interrogação de como seria o ensino desta criança e suas outras inserções sociais.

A influência do processo de medicalização da aprendizagem pode ser incorporada no discurso do profissional de saúde quando este avalia o desempenho acadêmico e as

manifestações comportamentais incômodas aos professores como prioritárias para indicar a necessidade de tratamento de uma criança.

As esferas das relações intersubjetivas entre criança e professores ou entre aquela e sua família, assim como os modos de vida cultural do aluno, apresentam pouco impacto na definição do que seria uma possível patologia infantil em detrimento da *performance* e comportamento estudantis segundo critérios de avaliação clínica marcadamente medicalizantes.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os prontuários, nos quais não havia relato da conduta adotada por qualquer um dos profissionais (enfermeiro, psicólogo, psiquiatra e pedagogo) envolvidos no atendimento de determinada criança, foram excluídos.

Aqueles prontuários de crianças com 7 a doze anos de idade, que iniciaram o atendimento no ambulatório de saúde mental durante o ano de 2013, mas, cujo motivo de atendimento, referido na queixa principal e história da doença atual, foi decorrente de manifestações psíquicas e/ou comportamentais diferentes da tríade sintomatológica do TDAH, foram também excluídos.

O prontuário de crianças, cujas descrições da história de seu sofrimento psíquico na queixa principal e história da doença atual não foram decorrentes de dificuldades escolares, foi excluído mesmo que existissem referências aos sintomas do TDAH (no caso, estes sintomas estariam causando prioritariamente dificuldades em outros espaços sociais da criança).

Conforme dito acima, os profissionais, cujos procedimentos foram analisados, foram o enfermeiro, pedagogo, psicólogo e psiquiatra.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

As questões éticas foram divididas em três momentos assim resumidos: apresentação e explicação dos objetivos da pesquisa aos trabalhadores do ambulatório de saúde mental,

aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e exposição e discussão dos resultados com a equipe de saúde mental.

Num primeiro momento, o pesquisador se apresentou à equipe de saúde mental diretamente envolvida na pesquisa, ao coordenador de saúde mental e ao coordenador do ambulatório e expôs os objetivos da mesma.

No segundo momento, por se tratar de dados clínicos de seres humanos que seriam pesquisados em prontuários, obtivemos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) do coordenador de saúde mental para obtenção dos elementos necessários à pesquisa e, também, as assinaturas de cada profissional de saúde entrevistado.

No terceiro momento, após a análise dos resultados e discussão dos elementos teóricos, será proposto à equipe um encontro para a discussão dos achados visando à construção de possíveis sugestões para o aprimoramento do cuidado clínico dispensado às crianças.

O campo de nossa pesquisa (ambulatório de saúde mental) possui poucos profissionais diretamente envolvidos no cuidado com a clientela infantil. Os conteúdos das entrevistas, que possam identificar uma prática de trabalho específica a uma determinada ocupação profissional, foram suprimidos para evitar a identificação do indivíduo.

Algum conteúdo do prontuário, que pudesse identificar a criança, foi omitido, principalmente se particularizasse sobremaneira a história de determinado sujeito. Elementos como diagnóstico, tipo de medicação utilizada pela criança, por exemplo, foram expostos se permitissem generalização dos dados.

Os resultados da pesquisa omitidos serão informados durante a discussão de nossos achados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS

Com o objetivo de responder à questão que norteia a nossa pesquisa, a saber: *Como são cuidadas e avaliadas as crianças, encaminhadas direta ou indiretamente pelas escolas, com idades entre 7 e 12 anos, que foram acolhidas no ambulatório de saúde mental durante o ano de 2013 que receberam diagnóstico de TDAH ou cujo motivo da avaliação seja o sofrimento causado nestas crianças, no espaço escolar, por sintomas da chamada tríade sintomatológica deste transtorno que são a desatenção, hiperatividade e impulsividade?*, analisou-se prontuários selecionados dentro deste perfil para a pesquisa.

6.1 ACHADOS GERAIS

De acordo com o banco de dados de saúde mental do município (SISAMENTE), 49 prontuários de crianças com idades entre 7 e 12 anos foram abertos durante o ano de 2013.

Dentro desta amostra, 2 destas crianças receberam, pela CID-10, o diagnóstico de F90.0 (Perturbação da atividade e da atenção) mas foram posteriormente excluídas desta análise porque já haviam sido avaliadas por profissionais de saúde deste ambulatório em períodos anteriores a 2013. Em ambos os casos, os atendimentos a elas se iniciaram, no caso de uma durante o ano de 2010 e no caso da outra durante o ano de 2011, sendo interrompidos e retomados em 2013.

Dentre as 47 crianças que iniciaram os atendimentos em 2013, 10 (21,27%) crianças tiveram os seus prontuários analisados para a pesquisa documental por se incluírem no perfil metodológico descrito anteriormente.

Das crianças analisadas, apenas dois indivíduos tiveram atendimento médico psiquiátrico e fizeram uso de medicação prescrita por este profissional.

A psicoterapia cognitiva-comportamental foi um dos tratamentos propostos para 7 crianças entre as 10 cujos prontuários foram pesquisados. Esta modalidade terapêutica parece ter sido proposta na primeira consulta de acolhimento.

Em 5 prontuários, encontrou-se relatórios emitidos pelas escolas, mas em apenas dois deles fica claro que este material funcionou como encaminhamento direto. Em todos os casos,

há referências das dificuldades apresentadas pela criança no espaço escolar devido a sintomas da tríade do TDAH.

Em um único prontuário, está descrito algum tipo de interlocução entre os profissionais de saúde e profissionais da escola da criança. Nos demais, não existem relatos de consulta intersectorial entre estes profissionais informados em prontuário.

A emissão de um laudo para orientações psicopedagógicas é referida em um único prontuário, mas não é possível acessar o seu conteúdo. Não ocorreu o esclarecimento se neste laudo foi problematizada de alguma forma o sofrimento da criança.

Não fica esclarecido se os primeiros atendimentos foram realizados apenas com os pais através da análise dos 10 prontuários.

De acordo com a análise, 6 crianças receberam algum diagnóstico pela CID-10.

Em 6 prontuários, foi apresentado como tratamento proposto o exame neurocognitivo a partir da primeira avaliação.

No prontuário de 8 crianças, entre os 10 documentos selecionados, a data da última consulta está bem distante do momento em que seus prontuários foram analisados (dezembro de 2014). Não é informado se a criança recebeu alta ou se houve algum tipo de interrupção do tratamento ou encaminhamento para setores externos ao ambulatório de saúde mental.

Na HDA de todos os prontuários, são apresentadas informações sobre a colocação da criança quanto ao número de filhos da prole da qual ela faz parte. Esta informação foi suprimida das análises específicas dos prontuários para se evitar a identificação da criança.

6.2 ANÁLISES ESPECÍFICAS DE CADA PRONTUÁRIO

Os prontuários serão analisados e chamados sucessivamente pelas letras do alfabeto pela ordem de análise para evitar a identificação dos mesmos. Desta forma, o primeiro prontuário estudado será identificado pela letra A.

6.2.1 PRONTUÁRIO A

De acordo com o SISAMENTE, houve quatro consultas relacionadas a este paciente. A última consulta desta criança é descrita em fevereiro de 2014.

Neste prontuário a queixa principal é redigida como “Troca de fonemas”.

No campo da História da Doença Atual (HDA), é informado que a criança de 7 anos chega acompanhada da mãe que informa que a criança tem dificuldade de concentração na escola, troca de fonemas e muito agitado durante a aula. A criança não faz uso de medicação pelas informações colhidas.

Há indicações de que o desenvolvimento psicomotor desta criança está sem alterações e na História Familiar e História Social não houve descrições de dados.

Houve uma classificação diagnóstica proposta pela CID-10 de F06.7 (Transtorno Cognitivo Leve).

De acordo com a *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas da Organização Mundial de Saúde* na publicação de 1993, o Transtorno Cognitivo Leve é conceituado (p.64):

Esse transtorno pode preceder, acompanhar ou seguir uma grande variedade de infecções e transtornos físicos, tanto cerebrais quanto sistêmicos (incluindo infecção pelo HIV). Evidência neurológica direta de envolvimento cerebral não está necessariamente presente, mas apesar disso pode haver angústia e interferência com atividades usuais. **Os limites dessa categoria ainda estão para ser firmemente estabelecidos [...]**

O aspecto principal é um declínio no desempenho cognitivo. Isso pode incluir queixas de comprometimento da memória e dificuldades de aprendizagem ou de concentração. (Grifo nosso)

Não houve relato no prontuário de afecções sistêmicas ou transtornos físicos que pudessem sustentar este diagnóstico.

Pelas informações obtidas neste material, a criança e sua mãe parecem ter sido atendidas juntas.

O tratamento proposto é: “exame de rastreamento para transtorno mental e do comportamento, exame mental de rastreamento para alguns transtornos do desenvolvimento na infância e três consultas de exame neurocognitivo”.

Pode-se interpretar que o exame neurocognitivo seria o responsável pelos rastreamentos anteriormente citados.

Não houve informação no prontuário sobre o resultado do exame e sobre a continuidade do caso.

Não houve relato no prontuário sobre qualquer interlocução com a escola a respeito desta criança.

Pela análise deste prontuário, não foi possível compreender por que foi proposto este diagnóstico e por que a criança foi submetida a exame neurocognitivo.

Interpreta-se ter havido uma adesão automática dos profissionais de saúde, envolvidos neste atendimento, à descrição dos comportamentos do filho em sala de aula, informados pela mãe, e que estariam causando desconforto a ela.

A proposição de tratamentos e de diagnóstico pelos profissionais de saúde a partir apenas das informações da mãe sobre a dificuldade de concentração na escola, o estar agitado durante a aula e a troca de fonemas de seu filho não problematiza as possíveis razões de estes comportamentos estarem causando desconforto.

Pelo contrário, estabelecer um tratamento e um possível diagnóstico, neste caso, sem ao menos saber como é a escola desta criança, quantos são os alunos de sua classe, o envolvimento dos professores com o ensino, as expectativas de sua mãe quanto ao desempenho de seu filho e as trocas simbólicas existentes entre essa família, por exemplo, pode representar uma antecipação ao considerarem comportamentos imersos numa complexidade cultural como sintomas de doenças mentais.

Reduz-se, portanto, uma imensidade de fatores culturais, que revestem uma desatenção e uma agitação da criança em sala de aula, a um problema de ordem médica em que a criança é adoecida e passível de ser submetida a diagnósticos de transtornos e a exames de rastreio que procuram mapear suas funcionalidades cerebrais, consideradas a partir de então deficitárias.

6.2.2 PRONTUÁRIO B

A criança referente a este prontuário foi submetida a 5 consultas de acordo com o SISAMENTE.

Neste prontuário, havia anexado um relatório da escola com data que coincide com a primeira consulta da criança no ambulatório de saúde mental. Desta forma, supôs-se que este seja um encaminhamento direto da escola da criança.

Para a análise desta pesquisa, descreve-se a seguir informações contidas no relatório escolar para o tratamento de nossos objetivos principais:

Quanto a desenvolver as atividades em sala, oscila muito em seu comportamento, **tem dias** que copia e executa suas atividades independentemente, porém **tem dias** que não consegue copiar nem uma linha, levando uma aula inteira para completar as atividades. Nesses dias, demonstra agitação excessiva.

Quanto à convivência com o grupo, se utiliza da comunicação oral demasiadamente e em momentos inadequados, atrapalhando a produção de suas atividades, **pois quando concentrada, consegue finalizar**.

Apresenta agitação excessiva se comparada ao grupo. Não consegue sentar (sic), ficar um longo tempo quieta e a todo instante **demonstra interesse demais** pelas atitudes alheias. Com isso atrapalha sua melhor convivência com o grupo e sua concentração. Porém, é amigável quando não contrariada. Tem **sempre resposta e atitude agressivas** quando contrariada (Grifos nossos)

A queixa principal, informada para esta criança, é a seguinte: *“agitação psicomotora e dificuldade de concentração”*.

Na História da Doença Atual, é descrito que a criança é admitida no serviço de saúde com 7 anos de idade, acompanhada por sua mãe. Esta informa que sua filha tem dificuldade de concentração e agitação psicomotora. A criança não fez, até então, acompanhamento psiquiátrico, nem psicológico. Há informação de que a criança não obedece à mãe.

Não há informações sobre a História Familiar e História Social desta criança.

O desenvolvimento psicomotor desta criança não apresenta alterações segundo avaliação do profissional de saúde.

Mãe e filha foram atendidas conjuntamente e não há informações de ambas terem sido consultadas separadamente no acolhimento.

Na classificação pela CID-10, são interrogadas as categorias R45.1 e R46.3 que representam respectivamente agitação e inquietude e hiperatividade. A primeira se insere no conjunto de sintomas e sinais relativos ao estado emocional e a segunda, aos sintomas e sinais relativos à aparência e ao comportamento. (OMS, 2008)

Ambas as categorias, são descritas no capítulo da CID-10 dos sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais **anormais**, não classificados em outros locais. Em termos práticos, são sintomas ainda não considerados como elemento diagnóstico para um transtorno mental (TDAH, por exemplo), mas podem ser considerados anormais pelo profissional de saúde a partir do momento que ele estabeleça estes diagnósticos como definitivos (no caso, ele os interrogou).

Em relação ao tratamento proposto, foi indicado na primeira consulta do acolhimento 5 consultas de psicoterapia cognitivo-comportamental.

Após 4 consultas de psicoterapia, não obteve-se informação pelo prontuário se houve alta ou interrupção deste tratamento.

A última consulta está documentada em data de maio de 2014.

Optou-se por não informar conteúdos descritos pelo profissional sobre a psicoterapia para não expô-lo, assim como a paciente.

Não houve relato, no prontuário, sobre alguma discussão com a escola sobre o comportamento da criança.

Retomam-se então alguns elementos identificados no encaminhamento da escola que poderiam ser questionados pelos profissionais de saúde, responsáveis pelo cuidado com a criança, a fim de que se pudesse problematizar a real necessidade de tratamento identificada pela escola.

A informação fornecida pela escola de que *“tem dias que copia e executa suas atividades independentemente, porém, tem dias que não consegue copiar nem uma linha, levando uma aula inteira para completar as atividades”* merece a interrogação sobre o que **tem** exatamente nestes **dias**.

Em termos práticos, sugerir-se-ia uma provocação aos professores da criança para que descrevam um pouco melhor o que há no dia considerado por eles como proveitoso para a aluna e o que há no dia em que eles interpretam o aproveitamento dela como insuficiente.

Ou seja, que os professores possam contextualizar melhor o fenômeno da cópia de atividades. Ultrapassar um pouco a execução da atividade para incluir outros elementos que possam interferir na sua eficácia como saber a preferência da criança por uma atividade em detrimento da outra, se a criança deixa de copiar quando alguém da família a deixa de levar na escola, se ela está bem alimentada para executar qualquer coisa. Enfim, há infinitas contextualizações possíveis para se interrogar a uma escola que lida quase diariamente com uma criança antes de se propor qualquer tratamento.

Outra indagação possível de ser realizada pelos trabalhadores de saúde mental do ambulatório é a respeito do fato de a menina conseguir finalizar a produção de suas tarefas quando concentrada. Será que de fato estamos diante de uma criança desatenta ou uma criança vivaz e curiosa (*“demonstra interesse demasiado”*), disposta a fazer descobertas e compartilhá-las (*“se utiliza da comunicação oral demasiadamente”*) e que só necessitaria de um trabalho mais enérgico e afetivo de um adulto no sentido de dar contornos a esta criança de que, apesar de ser extremamente prazeroso conversar, ter curiosidade, etc; não podemos fazê-los a qualquer hora?

Será mesmo que interesse em demasia e querer conversar com os pares apontam par transtornos mentais e psicoterapias ou são excessos prazerosos comuns a muitas crianças cujas subjetividades em formação necessitam de adultos que as auxiliem nos diversos destinos possíveis destas satisfações?

6.2.3 PRONTUÁRIO C

Esta criança teve quatro consultas de acordo com o SISAMENTE.

Na queixa principal, encontra-se relatado: *“agressividade e problemas de aprendizagem ou escolar”*.

Este menino, com 11 anos de idade, vem acompanhado por sua avó. Ela informa que a criança tem atitudes agressivas durante as aulas e desempenho ruim em algumas matérias. Esta criança não faz uso de medicação psiquiátrica. Na evolução do prontuário, é apresentado relato que aprofunda um pouco melhor sobre a agressividade da criança: ameaça à professora com um tipo de objeto⁸. Por outro lado, não é informado o contexto deste acontecimento.

Na História Familiar, é relatado que seus pais são alcoolistas e sobre a presença de constantes brigas familiares. Não foi descrito, no prontuário, possíveis motivações para estas brigas.

Não há nenhum relato na História Social.

De proposta de tratamento, são descritas 02 consultas para avaliação cognitiva e psicoterapia cognitivo-comportamental para o paciente que foram indicadas na data da primeira consulta.

Na evolução do tratamento, há relato sobre um encontro com os pais para orientação de uma queda sofrida pela criança em período anterior.

Este prontuário é o primeiro, dentre os analisados, que contém o Laudo Neurocognitivo resultante da avaliação cognitiva proposta. As razões para o exame, apresentadas no laudo, foram: *“por apresentar baixo rendimento escolar com histórico de reprovações e agressividade”*.

Após as avaliações realizadas são sugeridos no laudo dois diagnósticos da CID-10: F06.7 (Transtorno cognitivo leve) e F90.0 (Perturbação da atividade e da atenção).

Em fevereiro de 2014, informa-se a data da última consulta até o momento da entrevista, mas não se esclarece se ocorreu alta, interrupção de tratamento ou encaminhamento da criança para outros serviços.

No prontuário desta criança, encontrou-se o relatório da escola, mas não fica claro se é de encaminhamento ou se é devido a uma solicitação por parte de algum profissional de saúde sobre o comportamento da criança na escola.

⁸ O tipo do objeto foi omitido para preservar a identidade da criança.

Optou-se pela exposição de informações contidas no relatório escolar que pudessem ser problematizadas pelos profissionais de saúde.

De qualquer forma, não foram apresentados relatos, até o momento da pesquisa, de uma interlocução mais ampla com a escola sobre o comportamento da criança informado pela avó.

Seguem-se então alguns relatos da escola sobre a criança:

O aluno apresenta dificuldade em se manter concentrado nas tarefas propostas. **Faz-se necessária a intervenção do professor, estimulando a fazer as atividades** com comportamento desatento, apresentando um quadro de dificuldade na assimilação dos conteúdos dados. (Grifo nosso) **(Informação redigida professor 1)**

Interessante como a necessidade de intervenção de um professor pode ser interpretada como sinal de algum problema psíquico e não como fruto de seu trabalho. Inclusive, é função do professor estimular os seus alunos.

“O aluno apresenta dificuldade cognitiva, comportamento introvertido e anti-social”
(Informação redigida professor 2)

“Conversa muito; é inquieto; anda pela sala, despertando a atenção dos colegas.”
(Informação redigida professor 3)

Talvez, fosse necessária novamente o maior esclarecimento e contextualização de alguns adjetivos dados ao aluno como a dificuldade cognitiva e o comportamento anti-social pois são termos utilizados pela Psiquiatria e Psicologia. A maior precisão destes termos pode evitar o uso equivocado passível de rotulação da criança.

Acrescenta-se a isto, a necessidade de se interrogar o que leva o aluno a adotar um comportamento introvertido nas aulas do professor 2 e a conversar muito e despertar a atenção de seus colegas nas aulas do professor 3.

De qualquer forma, a discrepância entre os dois comportamentos, informados por estes dois professores, aponta o quão fundamental é a análise de cada contexto diferente no qual a criança se insere para diminuir a adoção de medidas medicalizantes que consideram os sintomas da criança causados puramente por transtornos mentais, muitas vezes não questionando inclusive as disparidades do quadro sintomático em contextos diferentes.

A presença dos pais aparece neste caso para recebimento de orientações sobre uma queda sofrida anteriormente e como sugestão de intervenção para auxiliá-los no “*gerenciamento do comportamento do paciente*”.

Não houve maior detalhamento dos possíveis contextos citados de dependência do álcool e de qual a participação da criança nas constantes brigas familiares, inclusive a pesquisa clínica se ocorre ou não alguma influência das situações descritas no sofrimento experimentado pela criança.

6.2.4 PRONTUÁRIO D

Para este paciente, foram realizadas quatro consultas de acordo com dados retirados do SISAMENTE.

A Queixa Principal de seu prontuário encontra-se preenchida com a seguinte informação: “*aprendizagem diminuída*”

Na HDA, o menino, com 7 anos, na época que foi avaliado no serviço de saúde, não aprendeu a falar corretamente, não sabe escrever, não distingue cores e números conforme relatado por sua mãe. Ela prossegue com a informação de que seu filho é ansioso e agitado e apresenta um déficit de atenção, além de apresentar bastante mudanças de humor. O seu desenvolvimento escolar está bem abaixo da média.

O profissional que o acolhe faz encaminhamento na primeira consulta para o psicólogo infantil da unidade, mas não há dados no prontuário sobre o que motivou este encaminhamento.

Não há alterações do desenvolvimento psicomotor segundo este profissional e na História Familiar consta que a criança se relaciona bem com sua família.

Na História Social, não foi encontrada nenhuma descrição.

Apesar de muitas informações referentes a possíveis problemas de aprendizagem, não houve qualquer referência em prontuário de discussões com a escola.

Desta forma, pode-se interpretar que a descrição de fenômenos, relacionados a dificuldades de aprendizagem e relatados na HDA, como não saber escrever e não distinguir cores e números, deveu-se a informações da mãe.

O procedimento de saúde proposto para esta criança foi 3 consultas para exame neurocognitivo, mas não é apresentado, em prontuário, o resultado desta avaliação, nem é feita menção do possível resultado. A propedêutica (exame) foi prescrita a partir da primeira consulta.

A data da última consulta desta criança é informada em julho de 2014.

Até o momento da pesquisa, relacionado a este prontuário, foi possível apenas saber que a criança “*melhorou após troca de horário de escola*”.

Apesar da curta passagem deste garoto no ambulatório, a situação descrita aponta mais uma vez como o contexto é extremamente importante na formação de sintomas psíquicos: a troca de horário trouxe melhoras para a criança.

Não é possível exatamente saber com detalhes sobre os avanços atingidos pela criança através dos relatos de seu prontuário. Nem mesmo sobre o porquê que o horário da escola interferia no seu aprendizado. Podemos ficar apenas com uma série de hipóteses oriundas de nossa experiência clínica.

Por outro lado, podemos interpretar que esta criança não necessitava exatamente de um psicólogo infantil, nem mesmo de um exame neurocognitivo uma vez que parece ter sido a promoção de mudanças em seu meio social o que lhe trouxe melhoras.

A criança talvez precisasse de um profissional de ensino que pudesse ter percebido isto o quanto antes ou, em último caso, de um profissional de saúde que favorecesse que a equipe de ensino pudesse perceber que um contexto desfavorável pode ser produtor de sintomas psíquicos desconfortáveis.

6.2.5 PRONTUÁRIO E

Esta criança teve 5 consultas de acordo com dados obtidos pelo SISAMENTE.

Na Queixa Principal, obtiveram-se as seguintes informações: “*falta de atenção, baixo rendimento escolar, hiperatividade*”

Na HDA de seu prontuário, não está esclarecido por quem a criança de 7 anos estava acompanhada na primeira avaliação⁹. Os conteúdos informados apontam que eram notados, na menina, desde os primeiros anos de vida falta de atenção, baixo rendimento escolar e irritabilidade. O seu pediatra é quem a encaminha para o serviço de saúde com a solicitação de que a mesma inicie tratamento psicológico.

Em sua História Familiar, está documentado que sua mãe apresentou episódio depressivo anteriormente, que seus pais são separados e que a menina presencia discussões entre os mesmos.

⁹ Pelo tratamento proposto, analisado adiante, parece que a criança é avaliada na companhia de outro membro familiar diferente de seus pais. Para evitar a identificação, foi omitida a identificação do mesmo.

Na classificação pela CID-10, identificou-se pelo prontuário as seguintes codificações diagnósticas: Z61.2 (Padrão alterado de relações familiares) e Z63.2 (suporte inadequado).

Os subgrupos Z61 (Problemas relacionados a eventos de vida negativos na infância) e Z63 (Outros problemas relacionados ao grupo de suporte primário, incluindo circunstâncias familiares) pertencem ao capítulo XXI da CID-10 cujo título é: fatores influenciando o estado de saúde e contato com serviços de saúde.

Relativo ao tratamento prescrito a esta criança, propuseram-se avaliação neuropsicológica e psicoterapia cognitiva-comportamental para o membro familiar que a acompanhava. Ambas as práticas de saúde foram indicadas a partir da primeira consulta.

Não contém em seu prontuário qualquer documentação emitida pela escola assim como não há informações redigidas relacionadas a alguma tentativa por parte da equipe de saúde de contato com a escola da criança.

A última consulta, a que foi submetida a criança, foi realizada em meados de novembro de 2013. Não há relato de alta, abandono ou encaminhamento do caso apesar de nesta situação ter havido informação de uma melhora no quadro geral da criança em consulta anterior à última.

6.2.6 PRONTUÁRIO F

Este paciente foi submetido a 7 consultas conforme encontrado na ficha de dados do SISAMENTE.

Na queixa principal, identifica-se: *“Inquieto, falta de atenção, hiperatividade.”*

Pela História da Doença Atual, os relatos do prontuário informam que a criança, 7 anos de idade, mora com os avós. A avó relata que, desde os primeiros anos de vida, o paciente apresenta inquietação, hiperatividade, falta de atenção e esquecimento. Paciente em tratamento anterior com neuropediatra e uso de medicação¹⁰ com posterior abandono do tratamento.

¹⁰ O tipo de medicação utilizada e a razão de a criança morar com os avós foram omitidos para proteção da identidade da criança.

Em relação à classificação pela CID-10, esta criança apresentou quatro possíveis diagnósticos interrogados: R45.1 (agitação e inquietação), R46.3 (hiperatividade), F90.0 (Perturbação da atividade e da atenção) e F70 (Retardo Mental Leve).

Quanto ao tratamento realizado para esta criança, identifica-se a prescrição de consultas de psicoterapia cognitiva-comportamental com familiares e a criança e consultas de psiquiatria com indicação de uso de medicamento para a criança.

Apesar de ter se omitido os conteúdos das consultas para evitar a identificação da criança, não se encontram claros os motivos de a criança ter sido encaminhada a médico psiquiatra pelas anotações do prontuário.

Outro ponto relevante para a pesquisa, relaciona-se à proposição diagnóstica referente à sintomatologia da criança apresentada na HDA. Mesmo tendo se omitido dados referentes aos conflitos familiares para preservar a criança nesta pesquisa, a importância da dinâmica familiar, informada pela avó, aponta para uma situação em que poderia ser mais importante investigar (ou problematizar) o lugar que a criança ocupa na sua família ao invés do destaque dado às interrogações diagnósticas decorrentes de sintomas de TDAH.

Há um relatório da escola sem a data em seu prontuário, mas não ocorre a descrição de uma consulta intersetorial entre a escola e o ambulatório de saúde mental. Este relatório está redigido da seguinte maneira:

[...] O mesmo se relacionava bem com os colegas e a professora, não apresentando agressividade, porém não tinha uma boa concentração para o aprendizado, porque corria o tempo inteiro, dentro e fora da sala, quando sentava não parava de se movimentar. Com isso não conseguiu obter o rendimento que poderia alcançar.

A criança parece ainda ter seu tratamento em curso no ambulatório de saúde mental.

6.2.7 PRONTUÁRIO G

Ao todo, esta criança foi consultada 3 vezes no ambulatório de saúde mental de acordo com os dados obtidos através do SISAMENTE.

A Queixa Principal, descrita em seu prontuário, está redigida da seguinte maneira: “*Dificuldade de concentração*”.

Em sua História da Doença Atual, obtém-se informações de que o paciente de 7 anos de idade vem ao serviço de saúde para avaliação, acompanhado por sua mãe. Esta relata que seu filho tem dificuldade de se concentrar nas atividades escolares e comportamento rebelde em casa. Realizou anteriormente acompanhamento psicológico por curto período e não faz uso de medicação.

Não há relato nesta HDA sobre o período em que a criança vem apresentando este comportamento.

Sobre a História Familiar, é documentado que o pai era agitado quando criança. Há relatos de doença psiquiátrica de alguns familiares que foram omitidos para evitar identificação da criança.

Neste prontuário, não houve relatos sobre a História Social, assim como não os há em relação a classificação pela CID-10.

O tratamento proposto para esta criança foram 2 sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental.

A escola desta criança emitiu relatório escolar sem data. Neste caso, grifamos partes do texto, analisados separadamente, que consideramos como fundamentais para problematização dos sintomas descritos pela escola. Segue abaixo o texto:

*“O aluno é **assíduo e responsável** na entrega de seus trabalhos. Porém em sala de aula não apresenta bom desempenho na leitura e na escrita, **precisando ler mais de uma vez para compreender.**”*

Esta informação possibilita questionamentos importantes a respeito de qual seria a noção de desempenho à qual a escola da criança almeja. Quais seriam exatamente as expectativas dos profissionais de ensino diante de uma criança que é assídua e responsável na entrega de seus trabalhos? Por que, afinal de contas, precisar ler mais de uma vez para compreender parece ter sido colocado como um problema? A tentativa de ler mais de uma vez para compreender, por si só, já não representa um empenho da criança em fazer esta atividade e uma maior concentração no texto?

*“O aluno é **inquieto, imaturo, ansioso e desobediente. Ele chora muitas vezes e por qualquer motivo.**”*

Neste ponto, talvez fosse importante saber que “qualquer motivo” é este. Não questionar a afirmação “qualquer motivo” é uma forma de naturalizá-la e aceitá-la como explicação para tudo, reduzindo a complexidade, representada pela singularidade das motivações humanas, para explicações de comportamentos muitas vezes pouco definidos como inquietude, ansiedade, desatenção e desobediência.

“O aluno, na realização de tarefas escolares em sala de aula, consegue concluir o que foi determinado, porém demora para finalizar. Ele distrai-se com facilidade, inclusive em atividades lúdicas.”

Será que, de fato, estamos diante de uma criança com problemas? Se o aluno consegue concluir o que foi determinado, a “demora” se refere a que concepção exatamente?

Com quem ou quais critérios de comparação estariam em jogo para estabelecer o tempo que uma criança precisa para terminar uma tarefa? Será que foi considerado aqui que cada humano pode ter um tempo diferenciado para aprender e, em se tratando de uma criança, a própria novidade de um conteúdo aprendido requer um maior tempo para aplicá-lo mais agilmente?

O que representa exatamente distrair-se com facilidade em uma criança assídua, responsável, que esforça-se para ler e que consegue concluir o que foi determinado?

“O aluno é inseguro na realização de atividades e sempre pergunta se ele está certo ('é assim?'). Interpreta com dificuldade e formula respostas escritas com palavras soltas, precisando de ajuda para expressar a sua resposta.”

Será que uma criança que pergunta a um adulto se algo está certo é insegura ou, pelo contrário, é uma criança interessada na atividade, que busca se aprimorar e que reconhece a existência do adulto como um outro possível de lhe indicar caminhos desconhecidos trilhados no seu aprendizado?

Por que o fato de o menino “precisar de ajuda para expressar a sua resposta” parece ter sido considerado como problema? Não é justamente esta a tarefa fundamental de um professor? Neste ponto, talvez seja importante indagar ao professor em que contexto é pedida esta ajuda: em tarefas novas? O aluno consegue ter avanços após as explicações? O professor está disponível para oferecer orientações?

A série de questões abertas pelo relatório escolar deste prontuário ilustra a importância de se problematizar as demandas da escola por avaliação dos alunos considerados desatentos e inquietos pelos profissionais de saúde.

Como não houve relatos de interlocução entre os profissionais de ensino e de saúde, pode-se considerar prematura a proposta de qualquer tratamento de saúde sem antes averiguar a necessidade de alguma orientação à escola.

Esta situação pode exemplificar como o estabelecimento de tratamentos psicológicos, psicopedagógicos e psiquiátricos podem ser obturadores das dificuldades inerentes à complexa relação professor-aluno.

A medicalização desta relação silencia os elementos constituintes das considerações subjetivas e culturais que permeiam a prática profissional dos professores.

6.2.8 PRONTUÁRIO H

Este paciente foi submetido a 4 consultas por dados obtidos do SISAMENTE. “*Nervosismo, baixo rendimento escolar, dor de cabeça*” é o que se escreve em sua Queixa Principal.

Na História da Doença Atual deste menino de 10 anos, sua mãe informa ao avaliador os seguintes comportamentos e estados psíquicos: agitação, inquietação, irritabilidade, falta de interesse na escola, falta de concentração e auto-agressividade.

O profissional de saúde prossegue sua avaliação na HDA com a descrição de que a criança mostra-se calma, curiosa mas, ao mesmo tempo, ansiosa e inquieta no momento da consulta. Segundo ele, ela responde bem às suas solicitações.

Para esta criança, é interrogado o diagnóstico de F70 (Retardo Mental Leve) e outros três diagnósticos não interrogados de F06.7 (Transtorno cognitivo leve), Z55 (Problemas relacionados à educação e alfabetização) e Z81.8 (História familiar de outros transtornos mentais e de comportamento).

Os tratamentos propostos são: avaliação cognitiva, laudo para escola com orientação psicopedagógica e encaminhamento para psiquiatra.

Não foi possível acessar este laudo e não houve informações no prontuário sobre atendimento psiquiátrico a esta criança até o momento da pesquisa.

De qualquer modo, o encaminhamento ao psiquiatra, a avaliação cognitiva e as classificações diagnósticas são ações de saúde cuja motivação não parece clara por meio dos relatos obtidos no prontuário exceto há presença de sintomas (criança ao mesmo tempo calma, ansiosa e inquieta) de natureza opostas informados na HDA.

Os tratamentos indicados e a classificação diagnóstica foram ações de saúde realizadas a partir da primeira consulta.

6.2.9 PRONTUÁRIO I

Não houve relatos do número de consultas pelo SISAMENTE.

A Queixa Principal deste paciente é documentada como: *“Falta de concentração.”*

Por meio da História da Doença Atual, conhece-se que o menino de 8 anos e sua mãe são avaliados no ambulatório de saúde mental. Ela informa que seu filho tem muita dificuldade de concentração na sala de aula e apresenta dificuldade de aprendizagem. Em período anterior, fez acompanhamento psicológico, mas houve abandono do tratamento. Não é esclarecido o porquê deste tratamento iniciado e seu posterior abandono.

Não há relato na História Familiar e História Social.

Este paciente foi encaminhado pela escola para avaliação psicológica. Este encaminhamento informa apenas esta solicitação.

Os procedimentos de saúde aos quais o paciente foi submetido no ambulatório de saúde mental, foram a avaliação neuropsicológica, a psicoterapia cognitivo-comportamental e tratamento psiquiátrico com uso de medicação. Os dois primeiros foram propostos no acolhimento.

O motivo, pelo qual a criança é encaminhada ao psiquiatra foi esclarecido no prontuário, mas sua análise não foi desenvolvida para preservar o sigilo quanto à identidade da criança.

Não constam informações a respeito da interlocução dos profissionais de saúde envolvidos neste atendimento com a escola. Reproduziu-se alguns dos objetivos da avaliação neurocognitiva, presentes no laudo, e relacionados à finalidade desta pesquisa: *“atendendo à solicitação da escola onde o menor estuda”* e *“foi encaminhado para avaliação neurocognitiva por apresentar dificuldades de aprendizagem e concentração.”*

Novamente torna-se importante sublinhar que não constam no prontuário relatos referentes a uma problematização da demanda da escola por avaliação psicológica. Pelo contrário, o laudo esclarece que foi atendida uma solicitação da escola que nada indicou sobre as dificuldades de aprendizagem e de concentração desta criança.

A última consulta desta criança foi em setembro de 2014. Não está claro se seu tratamento ainda encontra-se em continuidade.

6.2.10 PRONTUÁRIO J

De acordo com o SISAMENTE, este paciente foi consultado 2 vezes no ambulatório de saúde mental.

Na queixa principal, documenta-se que: *“dificuldade na compreensão de sons. Segundo a mãe e escola, percebe-se distração ao realizar tarefas”*.

A História da Doença Atual deste menino de 8 anos de idade apresenta o relato da mãe de que a equipe responsável pelo ensino de seu filho percebe falta de atenção e concentração na realização de algumas atividades. Ela refere que seu filho responde mal a algumas de suas solicitações ainda que infrequentemente.

Apresenta dificuldades na aprendizagem e na linguagem, porém não existem relatos de que tipo de dificuldades seriam estas. Conhece-se apenas que ele já fez tratamento fonaudiológico anteriormente.

Sua História Familiar e História Social não possuem relatos.

O paciente é então encaminhado para psicoterapia cognitivo-comportamental nas consultas iniciais e *“foram estabelecidos na escola, procedimentos pedagógicos que, de acordo com a mãe, melhoraram os resultados”*.

Não são esclarecidos por meio das descrições do prontuário quais seriam estes procedimentos pedagógicos e quais foram os resultados que se referem a melhoras.

Neste caso, entretanto, parece ter havido um contato com a escola. De alguma forma, as melhoras informadas são colocadas ao lado do relato sobre o contato com a escola o que representa sempre uma possibilidade de tornar mais rica a história de toda criança que sofre, de alguma forma, dificuldades no seu contexto escolar.

Evita-se, portanto, procedimentos de saúde maquinais e burocratizados baseados apenas em queixas de sintomas de desatenção, inquietudes e impulsividades, apresentadas direta ou indiretamente pelas escolas, muitas vezes de forma imprecisa, naturalizada e que caem facilmente no senso comum (COLLARES & MOYSÉS, 1996, p.28)

Quando não são estes sintomas, sinais de vivacidade psíquica que denunciam as ineficiências do complexo sistema de ensino do país. (PATTO, 1993, p.349)

A última consulta desta criança é datada em setembro de 2013, mas não é esclarecido se o paciente recebeu alta, abandonou o tratamento ou se foi encaminhado externamente.

7 RESULTADO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Para efetuarmos os aspectos qualitativos desta pesquisa, elaboramos um roteiro de entrevistas com seis perguntas conforme (APÊNDICE A) para auxiliar em nossas análises de como são cuidadas as crianças que apresentem algum tipo de sofrimento psíquico devido aos sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade (a tríade sintomatológica do TDAH), encaminhadas direta ou indiretamente ao ambulatório de saúde mental do município pesquisado e, atendidas pela primeira vez no ano de 2013.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com a concordância dos entrevistados que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exceto um dos indivíduos que não quis que sua entrevista fosse gravada e preferiu responder ao roteiro com respostas escritas. Para este sujeito, não foi possível fazer questionamentos adicionais.

Todos foram avisados de que os conteúdos de suas falas, que pudessem identificá-los, seriam suprimidos ainda que tal situação estivesse expressa no TCLE.

Como o ambulatório de saúde mental, campo de nossa pesquisa, possui poucos profissionais responsáveis pelo cuidado das questões de saúde mental referentes à clientela infantil e, cada um com práticas profissionais diferentes, optamos por não expor conteúdos que pudessem identificar uma atuação de trabalho específica da ocupação na área de saúde do entrevistado.

Desta forma, optamos por não analisar a primeira e a última pergunta de nosso roteiro que se referem diretamente à prática profissional de nossos entrevistados: *Qual é a sua trajetória profissional, em síntese, até você vir trabalhar com a saúde mental infantil?* e *Que aspecto(s) de sua prática profissional você acha que merece(m) uma reflexão crítica?*

Igualmente para evitarmos a identificação do profissional, optamos por referir a todos eles pelo mesmo sexo, em termos de gênero, no caso o masculino.

Algumas perguntas, que não constavam no roteiro, foram realizadas quando o entrevistador julgou necessário obter maior esclarecimento a partir de alguma fala do profissional de saúde entrevistado.

Iniciou-se a análise pela pergunta: *Como é seu relacionamento com as escolas?*

Seguem-se as respostas dos entrevistados.

Entrevistado 1:

Eu vou à escola, vejo a criança, faço os encaminhamentos iniciais, trazendo para o CAPS, se for o caso, ou dando encaminhamentos dentro da rede (de saúde), seja para um apoio de necessidades educativas especiais dentro da própria escola, ou nas salas de recursos espalhadas no município, ou outros segmentos: médicos ou psicológicos que forem necessários (Informação verbal).

Este entrevistado prossegue, dizendo que atende crianças “sinalizadas” e explica como se verifica esta sinalização:

Nós temos um protocolo de sinalização dessas crianças. Então, o professor ao ter uma suspeita de necessidades educativas especiais ele preenche um documento de sinalização. Ali ele coloca as impressões dele. Não há necessidade de obrigatoriamente ser uma necessidade especial. Por exemplo: na creche, um dos critérios de sinalização básicos são aqueles ligados ao desenvolvimento da fala ou da linguagem. Então a criança apresentou problemas no desenvolvimento da fala ou da linguagem, automaticamente é sinalizada pra a gente começar as análises apropriadas para essa criança, tá? Problemas motores (por exemplo), se essa criança já chega na rede com um diagnóstico ela também é sinalizada e a gente dá prosseguimento a terapêutica apropriada.

Então, entrou na rede (de ensino), os professores no geral já estão preparados para essa sinalização (Informação verbal).

Entrevistado 2:

Geralmente as crianças, elas são encaminhadas pelas escolas pra gente poder realizar o atendimento, só que, porém, a própria escola, a psicopedagoga ou até mesmo a diretora, elas não entram em contato direto conosco para poder ter um esclarecimento maior. Então, assim, acaba que o sistema de referência e contra referência fica falho, uma coisa que poderia ser mais viável na qualidade do aprendizado da criança, no seu comportamento, então assim, a gente perde esse retorno, sem o contato diretamente com os profissionais da escola (Informação verbal).

Na resposta sobre sua trajetória profissional, este entrevistado diz algo que nos preocupa sobre o seu relacionamento com as escolas: [...] pois *geralmente recebo alguns encaminhamentos da escola e passo diretamente para o* (profissional de saúde¹¹), *a minha entrevista.*

Entrevistado 3:

¹¹ Optou-se por esta designação ao invés da ocupação profissional referida para evitar a identificação dos profissionais envolvidos.

[...] tive alguns contatos com algumas escolas e eles encaminharam algumas crianças e junto com [outro profissional que trabalhou lá anteriormente¹²] a gente estava fazendo esse trabalho. De estar indo às escolas pra estar fazendo uma busca maior para saber se a queixa realmente era aquela (Informação verbal).

Entrevistado 4 (entrevista redigida):

“o nosso elo de ligação com as escolas é o [refere à outra categoria profissional¹³].”

Percebe-se que apenas dois **entrevistados (1 e 3)** mantêm, ou mantiveram, algum tipo de contato direto com as escolas. O **entrevistado 4** se refere que a interlocução com a escola se dá por meio de outro profissional e o **entrevistado 2** se queixa do contato precário com as escolas, refletindo, segundo ele, no cuidado com as crianças referentes a seu comportamento e aprendizagem.

Em relação à pergunta sobre como os profissionais de saúde se relacionam com as escolas, entende-se que algumas diretrizes, propostas pelo Ministério da Saúde em sua publicação *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* do ano de 2005, operam no sentido de desconstrução de algumas demandas das escolas para tratamento nos serviços de saúde de crianças rotuladas como apresentando problemas de aprendizagem (aí obviamente se incluem as crianças desatentas e hiperativas) (BRASIL, 2005, p.53)

A problematização desta demanda junto às escolas, linha de cuidado relevante para a política de saúde mental infantil, além de propiciar a construção do trabalho intersetorialmente e com intervenções no território da criança, pode conduzir a questionamentos de práticas consideradas medicalizantes (idem, p.13-16).

Prosseguindo a uma análise mais detida das respostas dos entrevistados quanto ao relacionamento de suas práticas de saúde com as escolas do território onde se insere o ambulatório onde trabalham, vale a pena ler na íntegra algumas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao relacionamento dos profissionais de saúde, responsáveis pelo cuidado do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, com a escola das últimas:

[...] mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens: **escola**, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituição de esporte, lazer, cultura, dentre outros. O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de

¹² Optou-se por esta designação ao invés da ocupação profissional referida para evitar a identificação dos profissionais envolvidos.

¹³ idem anterior

outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar. (Grifo nosso) (p.14)

Existe ainda a possibilidade da desconstrução da demanda como demanda de tratamento. Nesses casos, o serviço deverá realizar o trabalho de desconstrução, que muitas vezes **implica em uma intervenção** junto a outras instâncias, **a escola**, por exemplo, quando encaminha **situações de indisciplina ou os frequentíssimos ‘problemas de aprendizagem’ como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento.** (Grifos nossos) (p.13)

O Ministério da Saúde, ao recomendar, para alguns casos, a interpelação sobre os “problemas de aprendizagem como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento”, questiona a naturalização, de viés medicalizante, que coloca as dificuldades de aprendizagem como consequências de transtornos mentais e, portanto, passíveis de tratamentos diversos da área de saúde.

Dentre os entrevistados, apenas dois deles vão às escolas. Apenas um deles (**entrevistado 3**) aponta para uma possibilidade de desconstrução da demanda oriunda das escolas quando diz que faz “[...] *uma busca maior para saber se a queixa realmente era aquela* (Informação verbal)”.

O **entrevistado 1** indica uma tentativa de qualificar a demanda vinda das escolas quando relata sobre como sua inserção dentro das escolas funciona para avaliar quais os encaminhamentos necessários à criança, seja para inserí-la em atividades especiais de ensino ou para encaminhá-la a outros profissionais da rede de ensino.

Esta qualificação da demanda supõe ocorrer por meio dos protocolos de sinalização referidos por este entrevistado e não necessariamente pelo questionamento do estatuto de problema médico, caracterizado pela escola, de uma questão efetivamente de ordem educativa.

O interessante no relato sobre a sinalização é que parece haver uma proposta de aprimorar os profissionais de ensino quanto à detecção de possíveis problemas de desenvolvimento motores ou de linguagem de seus alunos.

Há um preparo dos professores em lidar com possíveis problemas de ordem desenvolvimental de seus alunos por parte deste profissional entrevistado quando o **entrevistado 1** diz que: “*Então, entrou na rede (a criança), os professores no geral já estão preparados para essa sinalização (de possíveis problemas motores ou de linguagem)* (Informação verbal)”

Adiante, serão analisados mais detalhadamente a entrada de elementos referentes às clínicas psiquiátrica e psicológica na prática pedagógica dos professores.

Não deixa de ser interessante reafirmar que este entrevistado fala de ações realizadas dentro da escola o que pode representar um avanço na medida que evita o isolamento entre as duas instituições: saúde e educação.

O **entrevistado 2** diz de uma ausência de contato com as escolas. Se por um lado, a escola não lhe procura, seria interessante que o entrevistado procurasse os responsáveis do ensino da criança justamente para qualificar a demanda.

O processo de desmedicalização das queixas de aprendizagem, se não parte dos profissionais de ensino, pode partir dos terapeutas que acolhem a queixa. Um dos modos que permitem responsabilizar os diversos atores envolvidos na problemática da criança é através da escuta de seus professores.

O **entrevistado 4** objetivamente refere que o relacionamento com as escolas fica a cargo de outro profissional. Como a resposta foi redigida, não podemos esclarecer melhor sobre isto.

Os relatos dos entrevistados (**2 e 4**) divergem da proposta do Ministério da Saúde (2005) que recomenda a desconstrução efetiva de demandas rotuladas por problemas de aprendizagem através do compartilhamento desta demanda por todos os trabalhadores de saúde mental em ações no território da criança, inclusive nas escolas.

O **entrevistado 2** refere em sua resposta a uma prática de saúde fundamental nos serviços de saúde, o acolhimento, chamado por alguns autores de recepção, para diferenciá-lo da antiga triagem, realizada nos ambulatórios de saúde mental. (LEVICOVITZ, 2000; OLIVEIRA, 2000; TENÓRIO, 2000)

A análise das práticas de recepção, propostas por estes autores, oferece possibilidades para problematizar a demanda das escolas para crianças consideradas desatentas, impulsivas ou inquietas.

Retomando a fala do **entrevistado 2** para se referir aos encaminhamentos das crianças realizadas entre os profissionais do ambulatório e o acolhimento realizado por ele, quando nos diz: [...] *pois geralmente recebo alguns encaminhamentos da escola e passo diretamente para o* [outro profissional de saúde¹⁴], *a minha entrevista* (Informação verbal).

¹⁴ Optou-se por esta designação ao invés da ocupação profissional referida para evitar a identificação dos profissionais envolvidos.

A entrevista por ele referida seria o acolhimento das demandas das situações que envolvem crianças e adolescentes, encaminhadas direta ou indiretamente pelas escolas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), as práticas de cuidado referentes ao acolhimento e as indicações para a construção de uma clínica (que respeite as singularidades dos sujeitos envolvidos na situação referente à criança) priorizam a necessidade de um encaminhamento implicado do caso mesmo entre os profissionais do mesmo serviço de saúde. Assim, é sugerido um encaminhamento mais prolongado e participativo conforme podemos interpretar abaixo (p.53):

Encaminhamento para outros serviços ou dispositivos: nesse caso, a própria noção de encaminhamento que deve norteá-lo implica em que aquele que encaminha inclua-se no encaminhamento, ao invés de “passar a bola”.

Neste sentido, a implicação do profissional, que recebe uma criança num serviço de saúde mental em um acolhimento, funciona como resistência aos processos de medicalização se fizer um deslocamento da queixa do polo fenomenológico e sintomático para os determinantes históricos, singulares e sociais da formação do sintoma psíquico através de avaliações menos apressadas, considerando os aspectos subjetivos em cena. (OLIVEIRA, 2000)

Nos aspectos que interessam para esta pesquisa, a avaliação durante o acolhimento dos contextos subjetivo (o lugar que a criança ocupa na família, a disponibilidade de seus responsáveis em cuidar dela, suas queixas em relação à criança) e social (a relação da criança com outros alunos e seus professores e o investimento dos últimos na educação de seus alunos) permite uma prática de saúde menos medicalizante.

Em resumo, opera-se um deslocamento do acolhimento apenas com o objetivo de eliminar os sintomas que incomodam normalmente os pais e a escola da criança tida como desatenta, impulsiva ou hiperativa, buscando-se compreender os contextos social e histórico da criança que permitiram a emergência destes sintomas (a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade). (idem)

Conforme nos aponta Fernando Tenório (2000) sobre a importância deste primeiro contato da criança e sua família com o serviço de saúde como experiência de um encontro em que se colocam elementos que visem a uma desmedicalização da queixa:

Proponho entendermos o ‘desmedicalizar’ como o ato de romper com o circuito segundo o qual a um problema trazido pelo paciente, o profissional responderá com

a 'resposta-remédio', seja ela um remédio, um diagnóstico, um encaminhamento precipitado ou mesmo uma interpretação.

Devido a importância de se qualificar os processos de acolhimento nos ambulatórios, o trabalho de Raquel Oliveira (2000) indica subsídios para se pensar práticas de saúde menos medicalizantes.

Ao propor que os técnicos de saúde mental, que recebem seus pacientes, construam demanda de tratamento singularizada e a qualifiquem no sentido de ao mesmo tempo desmedicá-la e subjetivá-la, Oliveira rompe a ideia de triagem e longas filas de espera tão presentes em diversos ambulatórios. Ela propõe (2000, p.34):

A ideia não é dividir ou classificar os sintomas das pessoas como tal ou qual distúrbio para rapidamente indicar algum tratamento. Acolher significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para que seja possível escutar e valorizar as particularidades de cada situação. A função da escuta na recepção não deve estar interessada unicamente em selar a sorte do paciente, encaixando-o num diagnóstico que invariavelmente já vem acompanhado de uma série de prescrições terapêuticas.

Adiante serão analisadas as duas questões subsequentes do roteiro de entrevista.

As duas questões complementam as análises dos processos medicalizantes nas práticas de saúde realizadas a partir de demandas das escolas para crianças que apresentem o diagnóstico de TDAH ou seus sintomas tidos como essenciais para o diagnóstico deste transtorno.

Entrevistado 1:

Que questões de saúde você aceita para tratamento a partir do encaminhamento das escolas?

Especificamente aquelas que têm uma influência direta sobre a aprendizagem do aluno. Então, influenciou a aprendizagem, seja qual for, a gente centraliza o tratamento/ então ela tem que ter o desenvolvimento cognitivo, a aprendizagem normalizada, independente do quadro que ela tenha (Informação verbal).

Em que momento você considera a falta de atenção e ou impulsividade e ou o aumento da psicomotricidade infantis como questões que demandem tratamento de saúde?

A minha referência é sempre o desempenho cognitivo. Se interfere, nós fazemos o levantamento; sendo diagnosticado ele vai receber o tratamento aqui. Então, o referencial que nós temos basicamente é esse: interfere no desempenho do aluno? Interfere. Então nós vamos tratar. Por que qual é o critério na educação? Se o comportamento dele não gera um prejuízo (de aprendizagem), então, não é um problema. Nós temos casos de crianças que são hiperativas. Fazemos um projeto pedagógico para ela. Ela cumpre as atividades, apesar de não estar ali na turma regular o tempo todo. Então deixa de ser um problema médico. Agora, se apesar desse arranjo pedagógico o indivíduo continua com prejuízo significativo; e junto com outros exames complementares, a gente faz o acompanhamento de saúde. Aí é nosso caso. Aí é uma doença (Informação verbal).

Entrevistado 2:

Que questões de saúde você aceita para tratamento a partir do encaminhamento das escolas?

Geralmente as crianças são encaminhadas para o nosso ambulatório de saúde mental, aquelas que estão apresentando muita hiperatividade, comportamentos agressivos, um mau comportamento dentro do seu próprio domicílio, reclamações dos pais. Então assim, a psicopedagoga faz diretamente esse encaminhamento para que possa já entrar com um tratamento psicológico (Informação verbal).

Em que momento você considera a falta de atenção e ou impulsividade e ou o aumento da psicomotricidade infantis como questões que demandem tratamento de saúde?

“(...) má postura no seu dia a dia, dentro da escola, um mau aprendizado, então, assim, é realmente por esses fatores (Informação verbal).”

Entrevistado 3:

Que questões de saúde você aceita para tratamento a partir do encaminhamento das escolas?

Geralmente quando chega um encaminhamento, vem com dificuldade de aprendizagem. A queixa é de dificuldade de aprendizagem, eu vejo que a escola encaminha a criança. Se a criança é um pouco hiperativa, se a criança tá encontrando alguma dificuldade, a escola não investiga. Ela já rotula: é uma dificuldade de aprendizagem ou é hiperativo? Enfim! Já manda pra saúde. E esse atendimento poderia ser feito até mesmo na escola, até se chegar a uma lógica que há necessidade de um tratamento, né? De ser medicado. Porque muitos eu não vejo a necessidade de medicação [...] eu vejo que na memória ele apresenta realmente alguma dificuldade (por exemplo). Ele precisa ser trabalhado essas questões para que ele consiga atingir

o objetivo da escola, né! Se seja (na) atenção, se seja (na) concentração (Informação verbal).

Em que momento você considera a falta de atenção e ou impulsividade e ou o aumento da psicomotricidade infantis como questões que demandem tratamento de saúde?

É desatento, não presta atenção, então, desde o momento em que se cobra, a escola cobra e a criança não consegue, ela se torna agressiva. Então, há uma necessidade aí, talvez, de uma medicação (Informação verbal).

Entrevistado 4 (respostas redigidas):

Que questões de saúde você aceita para tratamento a partir do encaminhamento das escolas?

“As escolas encaminham diversos tipos de pacientes, sejam graves - caso de escolas especiais - ou pequenos transtornos - estes chegam mais por iniciativas dos pais.”

Em que momento você considera a falta de atenção e ou impulsividade e ou o aumento da psicomotricidade infantis como questões que demandem tratamento de saúde?

“Quando começam a alterar o meio ambiente - casos de agressividade - ou trazem sofrimento para o paciente - dificuldade na aprendizagem, depressão.”

Nenhum dos quatro entrevistados formulou uma resposta na direção de questionar a demanda das escolas em relação às crianças compreendidas pelas professoras como desatentas, hiperativas ou impulsivas.

Ao contrário, eles parecem acolher o pedido das escolas para que seja efetuado algum tipo de tratamento na área da saúde.

Desta forma, o **entrevistado 1** formula: *“então, influenciou a aprendizagem, seja qual for, a gente centraliza o atendimento.”*

Os **entrevistados 2 e 4** não esclarecem suas respostas referente ao que ambos, enquanto profissionais de saúde, consideram específico para um tratamento naquelas crianças encaminhadas direta ou indiretamente pelas escolas.

Em suas respostas, não é possível interpretar se há uma descontinuidade entre o que os profissionais de ensino consideram como problema de saúde e o que estes trabalhadores de saúde mental concluem como problemas psicológicos e/ou psiquiátricos passíveis de um tratamento no ambulatório.

O **entrevistado 3** refina a demanda oriunda das escolas na medida em que critica a pouca investigação dentro do espaço escolar das dificuldades de seus alunos e o rápido encaminhamento destes casos para área da saúde.

Mas, no fim das contas, este entrevistado promove uma psicologização das queixas ao avaliar algumas funções psíquicas com o intuito de atender o objetivo da escola, não problematizando o mesmo. A ideia parece ser iniciar um tratamento clínico com foco nas dificuldades de memória, atenção e concentração dos “alunos/pacientes”

Outro fator muito importante a ser destacado nas respostas dos entrevistados e que pode se relacionar ao processo de medicalização da aprendizagem é a prática de saúde direcionada a uma normalização da aprendizagem, tendo como referencial o desempenho cognitivo.

O **entrevistado 1** refere-se a este aspecto em seu ofício: *“Então ela tem que ter o desenvolvimento cognitivo, a aprendizagem normalizada, independente do quadro que ela tenha”*

No mesmo sentido, o **entrevistado 2** compreende a *“má postura no seu dia a dia dentro da escola, um mau aprendizado”* como fatores que tornam os sintomas da tríade do TDAH necessários à submissão de tratamento de saúde.

Novamente, observa-se como o *“mau aprendizado”* e a *“má postura”* aparecem como fenômenos pouco problematizados e contemplados como uma situação a ser adequada a um parâmetro escolar vigente e tradicional.

A aprendizagem é um processo complexo que envolve uma relação assimétrica entre um professor e um aluno, no contexto pesquisado, representado por uma criança, em que o primeiro detém um saber a ser transmitido ao segundo.

Este processo de transmissão envolve aspectos da criatividade do professor, envolvimento afetivo entre ambos e uso de uma ludicidade para permitir a assimilação do conteúdo.

Além, é claro, da contextualização, por parte do professor, do universo cultural que ambos (professor e aluno) estejam inseridos.

A escola deveria ser um ambiente prazeroso para seus alunos como ressalta Edouard Claparède (1973), em sua obra *A escola sob medida*, sobre a necessidade de um ensino voltado aos interesses da criança. Assim, para este autor: (1973, p. 196)

O educador, em vez de ser um plasmador de almas e de espíritos, tornar-se-á um estimulador de interesses: em vez de ficar no meio do palco (onde muitas vezes pontifica, sem outros resultados tangíveis, a não ser a satisfação de suas tendências autoritárias), deverá, daí em diante, permanecer nos bastidores, de onde disporá e organizará o meio da maneira mais favorável ao despertar das necessidades intelectuais e sociais da criança e ao início de suas andanças intelectuais de sua atividade, de seu esforço.

Um profissional de saúde, ao avaliar os problemas de aprendizagem, deveria analisar todo o contexto de aprendizagem a que a criança está submetida antes de considerar a criança em tratamento.

O **entrevistado 3**, apesar de ter adotado uma postura mais crítica nas suas respostas a estas questões, não foi percebido que tenha conseguido se distanciar do circuito normalizante que envolve os ruídos causados pelas crianças quando submetidas à aprendizagem.

Ele inclusive constrói um ciclo que parte da desatenção da criança, da cobrança que a escola produz em torno da mesma por não atingir seus objetivos acadêmicos, a agressividade expressa pela criança como reação a esta cobrança e expõe: *“há uma necessidade aí, talvez, de uma medicação.”*

O uso da medicação é evocado então, ao que se pode supor, como um agente normalizador da agressividade e da desatenção.

Importante pontuar que, apesar de este entrevistador ter sublinhado algumas possíveis ineficiências das escolas no cuidado com as dificuldades de aprendizagem de seus alunos, neste ciclo, formulado por ele, a escola permanece intocada e quem é tratada é a criança.

A resposta de nosso **entrevistado 4** permite interpretar que ele pode compreender os problemas de saúde a partir dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade tais quais são operacionalizados pelos critérios diagnósticos oficiais (CID-10 e DSM-V).

A noção de que vai causar comprometimentos funcionais significativos nas esferas de trabalho, acadêmica e de convívio social é o que indica se quem sofre com sua desatenção teria ou não o diagnóstico de TDAH.

Sua fala mantém indiferenciado o que seria ou não um problema médico na medida em que toda criança que é conduzida a um ambulatório de saúde mental apresenta algum tipo

de sofrimento e tem algum tipo de fragilidade nas suas relações sociais, manifestada comumente por agressividade.

Interpreta-se que é mantido indiferenciado também o que a escola considera como problema de saúde mental e o que a área da saúde determina que sejam efetuados tratamentos psicológico e/ou psiquiátrico.

Outro fator bem importante que aparece na resposta dos entrevistados é como o comportamento das crianças, nas escolas, referido pelos profissionais de ensino, é que vai determinar se as mesmas apresentam um problema de saúde ou não.

Parece não haver tensionamento entre as duas instituições (ensino e saúde) acerca do que seriam problemas de saúde destas crianças, passíveis de tratamento.

O **entrevistado 1**, por exemplo, instrumentaliza as professoras sobre os possíveis sinais de problemas na aprendizagem e elas vão dizer quem precisa ou não ter aprendizagem e o comportamento normalizados:

A minha referência é sempre o desempenho cognitivo. Se interfere, nós fazemos o levantamento, sendo diagnosticado ele vai receber o tratamento aqui. Então, o referencial que nós temos basicamente é esse: interfere no desempenho do aluno? Interfere. Então nós vamos tratar. Por que qual é o critério na educação? Se o comportamento dele não gera um prejuízo (de aprendizagem), então, não é um problema. **Nós temos casos de crianças que são hiperativas. Fazemos um projeto pedagógico para ela. Ela cumpre as atividades, apesar de não estar ali na turma regular o tempo todo. Então deixa de ser um problema médico.** Agora, se apesar desse arranjo pedagógico o indivíduo continua com **prejuízo significativo**; e junto com outros exames complementares, a gente faz o acompanhamento de saúde. Aí é nosso caso. Aí é uma doença (Informação verbal). (Grifos nossos)

Interessante ressaltar na resposta acima como que o cumprir as atividades escolares aparece como um regulador do que seria um problema médico, de possível diagnóstico de TDAH, que também aparece, sob diferentes formas, nos relatos dos outros entrevistados.

Esta colocação se aproxima das análises de Abreu (2015) sobre os efeitos do TDAH ao longo da vida ao considerar que (p.61):

Na infância, o déficit atencional se manifesta por meio de comportamentos como dificuldade para aguardar sua vez, prática de atividades perigosas, dificuldade em seguir instruções e **em completar tarefas de casa**, assim como perda ou esquecimento de seus pertences. (Grifo nosso)

Tais discursos corroboram a importância da *performance* escolar como categoria de análise para constituição do TDAH como um discurso que busca normalizar o comportamento

infantil também a partir de seu desempenho acadêmico em sala de aula. Dito de outra forma, se uma criança demonstra competência em atingir os objetivos propostos pela instituição escolar, ela será considerada normal. (GUARIDO, 2008; MORAES, 2012; RICHTER, 2012)

Aquela que, porventura, não obtiver sucesso em seguir o currículo escolar de forma regulamentada, poderá ser uma criança “sinalizada” para possíveis transtornos.

Até aqui, não houve fala de questionamento acerca de como a instituição escolar propõe o conteúdo de ensino para seus alunos e muito menos da adequação do currículo regulamentar.

Contrariamente a uma noção que pudesse problematizar os efeitos do contexto escolar na construção subjetiva de seus alunos, os entrevistados parecem corroborar com o discurso que a psiquiatria atual forja o TDAH como uma doença determinada neurobiologicamente e expressa por sintomas que acarretam desajustes sociais e acadêmicos (COUTO & GOMES & MELO-JUNIOR, 2010; DSM-V, 2012; FREDRIKSEN *et al*, 2014; ROHDE & HALPERN, 2004; ROHDE *et al*, 2004)

Ao responder o que seria este prejuízo significativo, mencionado pelo **entrevistado 1** na resposta anterior, sua fala parece priorizar os aspectos fenomenológicos individuais, verificados na criança e acarretados pela presença possível de um transtorno cuja centralidade, que o define, é o prejuízo causado por seu conjunto de sintomas ao desempenho escolar da criança

No aspecto da aprendizagem (por exemplo). Então, existe um conteúdo mínimo determinado em lei que aquela criança tem que apreender e, quando ela não alcança esse objetivo, tem que ser, por exemplo, retida algumas vezes. Dependendo do ponto em que ela estiver da educação, aí é um prejuízo significativo (Informação verbal).

Para finalizar esta seção, retoma-se a análise das respostas gerais de nossos entrevistados acerca de quais são as questões de saúde que eles aceitam para tratamento a partir do encaminhamento das escolas.

Em relação às questões de saúde que estes entrevistados aceitam para tratamento a partir do encaminhamento das escolas, deduzimos que a ausência de uma resposta mais clara ou a adesão às demandas escolares não conseguem definir uma certa especificidade do que se considera problemas psíquicos de fato para um profissional de saúde, diferenciando de uma certa postura da escola em considerar grande parte das crianças desatentas ou inquietas como portadoras de TDAH.

A resposta é dada por parâmetros sintomáticos e de comportamento pouco precisos (“*muita hiperatividade, comportamentos agressivos, um mau comportamento dentro de seu próprio domicílio*”) (**entrevistador 2**) o que pode ser fruto da própria imprecisão diagnóstica que gira em torno do TDAH e termina por uma evocação do que estes sintomas causariam em terceiros (“*reclamação dos pais*”) mas sem o questionamento do que são estes pais, da tolerância deles e do desejo dos mesmos em participar da vida da criança.

Afinal de contas: o que seria “*muita hiperatividade*” numa criança? Qual o parâmetro que mede quanto a psicomotricidade é pouca e quanto ela é muita? Quando o “*mau comportamento*” é tido como patológico de fato?

A nosso ver, é importante fazer estas diferenciações justamente para evitar cair num discurso frequente dos relatórios escolares, analisados anteriormente, que se detém apenas nos aspectos sintomáticos da criança sem o contexto crítico de quem os escrevem (no caso, os professores).

Os riscos de uma equipe de saúde mental não ter claro quais os critérios clínicos determinantes para o tratamento de suas crianças são justamente de outras esferas sociais que fazem parte do universo infantil (escolas, pais, conselho tutelar, igreja, poder judiciário) imponham de alguma forma o tipo de tratamento que julgam mais adequado, o que pode se dar muitas vezes por critérios moralizantes e medicalizantes.

Em relação à última pergunta a ser analisada: “*Para você, o que significa medicalização da aprendizagem?*” obteve-se alguns relatos que podem apontar a necessidade de uma contextualização das queixas que envolvem as crianças desatentas, hiperativas e impulsivas, encaminhadas pelas escolas.

Um único entrevistado (**entrevistado 2**) disse não ser familiarizado com o termo:

“*esse termo medicalização da aprendizagem é um termo desconhecido dentro do meu estudo* (Informação verbal).”

Mesmo assim, ele arriscou a resposta e não informou referências ao campo biomédico. Ele se situou mais dentro do campo da aprendizagem:

“*não só basta o aprendizado dentro da escola, mas, também tem que haver o aprendizado dentro da própria família* (Informação verbal).”

“*Os pais acham que a responsabilidade da educação é da escola, mas, não é realmente só da escola, é também dos pais* (Informação verbal).”

O interessante é que ele envolve vários atores no processo de aprendizagem da criança. Não faz qualquer referência a nenhum ator da saúde.

Tanto o **entrevistado 1** como o **entrevistado 3** parecem associar o termo medicalização ao ato de se ingerir medicamentos. Mesmo assim, eles relatam algo cuja interpretação torna possível reconhecer os professores como importantes agentes deste processo de medicalização.

O **entrevistado 3** novamente traça um caminho por onde podemos verificar os modos como vão se construindo em torno da criança elementos para submetê-la a práticas medicalizadoras:

Os alunos que são **tachados** como tendo dificuldade de aprendizagem. São (considerados) hiperativos, ou então, por falta de atenção, os professores automaticamente já chamam os pais. E os pais com essa preocupação de ver que o filho não está conseguindo, que o filho é muito agitado, que o filho não tem atenção, enfim, eles procuram o médico. Aí o **médico automaticamente dá a medicação**, eu vejo que não seria muito por aí. Deveria investigar mais um pouquinho (Informação verbal).

Por sua fala, verifica-se como o processo pode se iniciar por uma rotulagem (**tachados**) por meio dos professores que passam a considerar seus alunos como tendo dificuldade de aprendizagem.

Esse modo de consideração dos professores em relação a seus alunos pode gerar uma ansiedade nos pais que também passam a compreender as dificuldades de seu filho de modo deficitário: falta atenção, falta comportamento adequado e vai faltar bom desempenho e bons resultados futuros, acrescentaríamos.

O caminho descrito por este entrevistador termina na procura do médico por iniciativa dos pais, mas esta avaliação médica pode ser requerida pelos professores que direta ou indiretamente solicitam a entrada na cena dos profissionais da saúde. (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2013)

Esta preocupação com a *performance* escolar é consoante com a importante consideração do que vem tornando a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade objeto de intensos cuidados médicos (MORAES, 2012) e de atenção midiática que facilita a difusão e o alargamento do campo discursivo do TDAH como um transtorno a ser detectado pelas professoras e encaminhado a especialistas. (GUARIDO, 2008; RICHTER, 2012)

Justamente a noção de possíveis prejuízos da *performance* e do desenvolvimento da criança assombra professores e pais pois colocam a criança em risco e objeto a ser protegido por meio do tratamento de saúde.

Barbara Richter (2012) comenta como revistas, voltadas ao público educador, como a *Nova Escola*, atuam como agentes medicalizadores na medida em que consolidam o professor no papel de vigilantes de possíveis sinais de TDAH em seus alunos e de encaminhadores aos especialistas para evitar riscos futuros: (2012, p. 84)

Assim que identificar os alunos com TDAH, o professor deve encaminhá-los a uma ajuda especializada a fim de que as crianças acometidas não deixem de receber tratamento adequado visto que [trecho a seguir extraído pela pesquisadora da Revista Nova Escola] ‘a demora em diagnosticar o caso pode trazer consequências sérias para o desenvolvimento das crianças’.

O **entrevistado 1** considera a medicalização da aprendizagem um equívoco, conforme ele diz, e faz uma proposta:

“um equívoco e precisa ser repensado (Informação verbal).”

Este entrevistado prossegue com um desenho no qual os professores atuariam com expectativas que incrementam o processo de medicalização da aprendizagem:

“O professor vê na medicalização, assim uma salvação da lavoura, mas a prática mostra que isso não acontece.”

Ambos os entrevistados (**1 e 3**) parecerem reconhecer que os problemas de aprendizagem não se resumem a intervenções biomédicas:

Então, se a criança é hiperativa, ela toma o medicamento, ela dá uma acalmada, mas a aprendizagem dela não flui de uma maneira apropriada somente com isso. Então, no geral (*sic*), a medicalização da aprendizagem deve ser um passo secundário. O passo prioritário é estabelecer os mecanismos pedagógicos, pelos quais, aquela criança não consegue aprender ou que consegue aprender e secundariamente a medicalização, quando for o caso (Informação verbal). (**entrevistado 1**)

Enfim eles (os pais) procuram o médico, aí o médico automaticamente dá a medicação, eu vejo que não seria muito por aí. Deveria investigar mais um pouquinho: ele está agitado, ele não está tendo atenção por que? Por que ele não está tendo atenção? É o que eu falei para você. De repente a sala muito cheia, o professor despreparado não está conseguindo dominar aquela criança; não tentou outras estratégias para aplicar aquele conteúdo. É mais fácil falar que ele é hiperativo, ou que ele tem qualquer dificuldade de aprendizagem e encaminhar para a rede que é menos um que vai ficar (Informação verbal). (**entrevistado 3**)

Por outro lado, ambos não referem, em suas respostas, a alguma prática de saúde que pudesse trabalhar as possíveis expectativas idealizadas de pais e professores ou até mesmo a

certa desresponsabilização (“*encaminhar para rede que é menos um que vai ficar*”) por parte dos professores que pode ocorrer, em alguns casos, no contexto de aprendizagem da criança.

Algumas falas destes entrevistados apontam para a adesão imediata dos profissionais de saúde em atender a demanda que lhes é endereçada por pais e professores de que as crianças precisam de tratamento de saúde:

“*Aí o médico automaticamente dá a medicação*” (Informação verbal)

Interessante ressaltar que há uma divergência na fala destes entrevistados com relação à terapêutica proposta pela Psiquiatria contemporânea que coloca, no uso do metilfenidato, o seu acento principal. (BARBIRATO *et al*, 2015; MIRANDA & ROMANO-SILVA & SOARES, 2015)

Retoma-se a interpretação de que ambos os entrevistados associam o processo de medicalização ao ato de tomar medicamentos ainda que muito bem vinda a associação que o **entrevistado 3** faz da medicalização com a ausência de doença na criança:

A medicalização da aprendizagem deve ser um passo secundário. O passo prioritário é estabelecer os mecanismos pedagógicos, pelos quais, aquela criança não consegue aprender ou que consegue aprender e secundariamente a medicalização, quando for o caso (Informação verbal). (**entrevistado 1**)

Medicalização é uma medicação para uma criança que não está doente, ela não está doente. Mas a criança se faz um atendimento com uma psicopedagoga que vai detectar aquela dificuldade que ele tem, seja no raciocínio lógico, seja na atenção, seja na lateralidade, enfim, vai sanar aquele problema, vai ajudar ele na sala de aula. Seria um ganho maior ele participar de certas oficinas do que ele está sendo medicalizado (Informação verbal). (**entrevistado 3**)

A compreensão do processo de medicalização da aprendizagem restrita ao ato médico de medicar pode não enriquecer o debate acerca da entrada de outros atores no campo discursivo que envolve os processos diversos desta forma de medicalização do social.

Para esta pesquisa, concorda-se que a terapeuticalização e a patologização da aprendizagem (COLLARES & MOYSES, 2013, 1996, 1994) representam uma série de práticas terapêuticas e de saberes científicos que se inserem nas relações de poder presentes na medicalização da aprendizagem, ampliando as ações medicalizadoras para muito além do escopo da Medicina.

Desta maneira, em termos práticos, exames neuropsicológicos, psicoterapias, ações terapêuticas de fonoaudiólogos e psicomotricistas, por exemplo, podem incrementar as diversas práticas medicalizantes em torno das crianças desatentas e hiperativas na medida em

que sustentem suas práticas por critérios avaliativos para a criança que a descontextualizem de seus momentos históricos social e subjetivo.

Dito de outra maneira, que homogeneizem a leitura clínica que fazem de suas crianças através de instrumentos padronizados, pretensamente neutros e com raízes que sustentam uma desigualdade social ao invés de problematizá-la. (COLLARES & MOYSES, 1997).

Pois como belamente criticaram Lima & Moysés em 1982 sobre o uso de procedimentos avaliativos das funções psíquicas em crianças:

São crianças que não passam numa prova de ritmo e sabem fazer uma batucada. Que não têm equilíbrio e coordenação motora e andam nos muros e árvores. Que não têm discriminação auditiva e reconhecem cantos de pássaros. Crianças que não sabem dizer os meses do ano mas sabem a época de plantar e colher. Não conseguem aprender os rudimentos da aritmética e, na vida, fazem compras, sabem lidar com dinheiro, são vendedoras na feira. Não têm memória e discriminação visual, mas reconhecem uma árvore pelas suas folhas. Não têm coordenação motora com o lápis mas constroem pipas. Não têm criatividade e fazem seus brinquedos do nada. Crianças que não aprendem nada, mas aprendem e assimilam o conceito básico que a escola lhes transmite, o mito da ascensão social, da igualdade de oportunidades e depois assumem toda a responsabilidade pelo seu fracasso escolar.

O nosso **entrevistado 4** nos responde de maneira lacônica ao tão amplo complexo e vasto processo de medicalização da aprendizagem.

Pelo fato de sua resposta ter sido redigida, infelizmente não foi possível uma tentativa de questioná-lo no sentido de aprofundar mais neste assunto.

Por sua sucinta resposta, ele nos pareceu muito certo de que o processo de medicalização não se aplica às práticas de saúde do ambulatório pesquisado.

Diferentemente de seus colegas que se preocuparam em formular uma resposta à pergunta, mesmo para dizer sobre seu desconhecimento do termo ou que se preocuparam em contextualizar este fenômeno por meio da participação de profissionais de saúde, pais e professores na teia de ações medicalizantes que sempre vão permear em diferentes graus as práticas de saúde qualquer que sejam elas (mais ou menos subjetivas), o **entrevistado 4** responde ao que entende por processo de medicalização da aprendizagem:

“Algo que não realizamos neste serviço. (há-há-há).”

Com esta fala, encerram-se então as análises dos conteúdos das entrevistas dos profissionais de saúde deste ambulatório.

8 CONCLUSÃO

A presente pesquisa analisou as práticas de saúde de profissionais que cuidam de crianças de um ambulatório de saúde mental do município de Guapimirim (RJ). Pretendeu-se esclarecer a interferência do processo de medicalização da aprendizagem nas condutas prescritas por estes profissionais a partir da demanda das escolas sobre seus alunos, com idade entre 7 e 12 anos, cujos sofrimentos envolvam os principais sintomas do TDAH (hiperatividade, impulsividade e desatenção).

Para a realização de seu objetivo geral, a dissertação foi desenhada a partir de duas trajetórias metodológicas e da discussão teórica em torno dos principais conceitos que sustentaram as análises dos resultados: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), medicalização da vida e medicalização da aprendizagem.

O desenho metodológico se refere a uma pesquisa qualitativa realizada em dois momentos: no primeiro, foi realizada entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde; na segunda etapa, procedeu-se à pesquisa documental em prontuários previamente selecionados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Cada profissional de saúde mental, responsável pelo atendimento de crianças do ambulatório, pôde responder livremente às seis perguntas do roteiro de entrevistas (APÊNDICE A). Algumas perguntas foram acrescentadas com o objetivo de melhor esclarecer alguma resposta dos entrevistados.

Esta etapa de entrevistas trouxe elementos que pode indicar a hipótese de que alguns procedimentos conduzidos pelos profissionais de saúde mental para as crianças com sintomas típicos do TDAH, indicados direta ou indiretamente pelas escolas, podem configurar-se em estratégias de medicalização destes escolares visto que almejam uma conduta normalizadora para estas crianças. E, também, não problematiza o modo de olhar da escola sobre determinados alunos, especificamente o contexto social, familiar e cultural dos alunos e os modos de ensinar do corpo docente.

Os relatos dos entrevistados apontaram para uma inexistência do contato com as escolas ou, quando ocorria a interlocução entre profissionais de ensino e profissionais de saúde, esta não era potente para questionar a tradução de questões educacionais a um paradigma médico.

Ao contrário, houve falas que pareciam propor um aprimoramento técnico-clínico a professores e orientadores pedagógicos para uma detecção de possíveis problemas motores e de linguagem dos alunos, por exemplo.

Tal situação é criticada por importantes autores, utilizados no referencial teórico da pesquisa, como Collares & Moysés, (2013, 1997, 1996, 1994) Christofari (2014) e Moraes (2012), que a consideram um reflexo da patologização do cotidiano escolar, pois transformam o espaço escolar em arena para observação clínica de possíveis transtornos.

Este acontecimento corriqueiro do cotidiano escolar (a introdução de saberes biomédicos no campo pedagógico), informado pelos entrevistados, pode despotencializar as funções profissionais dos professores no que tange as suas ações primariamente pedagógicas, transformando estes profissionais em meros triadores de crianças com possíveis transtornos psiquiátricos para avaliações dos trabalhadores de saúde. (GUARIDO, 2008)

A não implicação da escola vai de encontro a algumas recomendações do Ministério da Saúde (2005) na construção de uma política de saúde mental infantil territorializada e que vise a desconstruir práticas medicalizantes em torno das dificuldades de aprendizagem como aquelas envolvidas na naturalização de alguns desajustes infantis neste campo (dificuldade de aprendizagem), considerados então pertencentes a uma lógica de critérios diagnósticos do TDAH.

As respostas das perguntas do roteiro de entrevistas desta pesquisa puderam descrever a continuidade entre o que a escola considera como passível de avaliação e tratamento de saúde para seus alunos e o que o profissional de saúde prescreve a partir do encontro com a criança e sua família, encaminhadas pela escola.

Desta forma, não houve produção discursiva que indicasse uma resistência a possíveis construções medicalizantes e patologizantes pela escola sobre o comportamento e dificuldades de seus alunos.

Os entrevistados pareceram acolher imediatamente o pedido das escolas para avaliação de seus alunos agitados e desatentos na medida que, frequentemente, seus professores compreendem estes modos de estar na vida dos discentes como problemas médicos.

A influência da medicalização da aprendizagem nas ações de saúde dos profissionais vinculou-se a algumas representações que os entrevistados formularam como a “má postura”, o “mau aprendizado” e a “aprendizagem normalizada”.

A partir destas construções discursivas, interpretou-se que o objetivo do tratamento poderia ser corrigir desvios de uma normalidade do aprender, compartilhada pelo pensamento pedagógico vigente. (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2013; CHRISTOFARI, 2014)

Esta normalização se insere no processo de medicalização da aprendizagem visto que determina condutas normativas a serem tomadas pelos alunos. Não possibilita espaço para a compreensão singular da emergência de sintomas mentais que causem mal-estar psíquico.

Este circuito normalizador e medicalizante (manifestado na demanda por tratamento de saúde para as crianças agitadas e desatentas que parte das escolas e que desemboca na aceitação generalizada dos profissionais de saúde de que a criança precisa ser avaliada, examinada, tratada e algumas vezes medicada) contribuiu para que não se esclarecesse qual a especificidade clínica que indica a necessidade de um tratamento ou avaliação psíquicas para uma criança considerada pela escola como hiperativa ou desatenta.

Pela resposta dos entrevistados, o comportamento da criança no espaço escolar é o que vai determinar a sua necessidade de tratamento. Ou melhor, se quisermos problematizar um pouco, a maneira pela qual os professores toleram e interpretam estes comportamentos supostamente desajustados pode determinar a conduta terapêutica dos profissionais.

Não foi informado, portanto, indícios de uma investigação pelos profissionais de saúde sobre como o conteúdo acadêmico é transmitido aos alunos e a disponibilidade da família e professores em lidarem com os impasses do processo de aprendizagem de uma criança, por exemplo.

De maneira geral, os entrevistados pareceram compartilhar com o pensamento dos professores que encaminharam as crianças consideradas desatentas e inquietas em sala de aula para o ambulatório de saúde mental.

Sobre estas crianças, professores e técnicos da área da saúde consideraram que o desempenho da criança nas disciplinas escolares e o modo como a mesma se comporta diante de seus pares são fatores centrais para determinar se poderiam existir ou não o TDAH (a partir do momento em que se considera a desatenção e o comportamento agitado e impulsivo como déficits ou disfuncionalidades) cuja construção teórica-metodológica para seu diagnóstico e tratamento se sustenta em grande parte em racionalidades biológicas, representadas atualmente pelo discurso neurocientífico. (CALIMAN, 2006; LIMA, 2005)

Em relação ao que os entrevistados compreenderam pelo termo medicalização da aprendizagem, a maioria reconheceu que as dificuldades de aprendizagem não poderiam ser compreendidas apenas a partir de uma racionalidade biomédica. Por outro lado, mantiveram as ausências de apontamentos acerca de uma prática de saúde que pudesse desconstruir as

demandas medicalizantes em torno de crianças apontadas como portadoras de sintomas de TDAH pelas escolas.

Pelo discurso de alguns entrevistados, inclusive, parece não haver encaminhamento implicado a partir do acolhimento o que, caso ocorresse, abriria possibilidades de propostas de ação em saúde mental de resistência a uma cultura medicalizadora. (LEVICOVITZ, 2000; OLIVEIRA, 2000; TENÓRIO, 2000)

Esta dissertação analisou, na segunda etapa da pesquisa, os prontuários de crianças (com idades entre 7 e 12 anos e que iniciaram seu primeiro atendimento no ambulatório durante o ano de 2013) consideradas pelas escolas onde estudam como inquietas, desatentas ou impulsivas ou como portadoras do diagnóstico de TDAH. Elas necessitavam, segundo suas instituições de ensino, de avaliação ou tratamento por profissionais de saúde mental.

Desta forma, seus professores ou orientadores pedagógicos emitiram encaminhamentos ou relatórios escolares para o ambulatório de saúde mental do município de Guapimirim (RJ) para justificar a interferência dos profissionais de saúde nas questões de aprendizagem e comportamento destas crianças decorrentes da tríade sintomatológica do TDAH (inquietação motora, desatenção e impulsividade).

Consideraram-se também para análise as anamneses dos prontuários que contivessem relatos dos responsáveis sobre o sofrimento psíquico, tanto nas famílias como na criança em questão, ocasionado, segundo a percepção destes responsáveis, pela desatenção em assuntos pedagógicos e/ou dificuldades de relacionamento na esfera escolar devidas às inquietações, agitações e impulsividades apresentadas pela criança-aluno-paciente.

A pesquisa destes documentos objetivou analisar se os profissionais de saúde resistem a esta demanda, tão frequente nos serviços de saúde mental infantil (MACHADO, 2004), cujas práticas de saúde dela decorrentes podem representar estratégias do dispositivo de medicalização da aprendizagem. (CHRISTOFARI, 2014; MORAES, 2012)

Explicitado de outra maneira, procurou-se mostrar como foram tratadas as crianças, encaminhadas pela escola ou com sofrimento psíquico aparentemente ocasionado por sintomas do TDAH no espaço pedagógico, neste ambulatório de saúde mental por seus profissionais de saúde.

Especificamente, analisou-se se as práticas de saúde em questão podem representar uma continuidade dos processos de medicalização da aprendizagem das escolas ou se elas podem criar espaços de resistência para o fortalecimento de formações subjetivas que denunciem as estratégias hegemônicas desta forma de medicalização (idem).

A medicalização da aprendizagem representou, neste estudo, o disparador crítico para os amplos processos de medicalização da sociedade (MACHADO, 1978) ou medicalização da vida (ILLICH, 1975).

Dentro deste universo, as práticas de saúde, realizadas no ambulatório de saúde mental a partir de queixas que envolvem crianças com sintomas típicos do TDAH em suas escolas, que não problematizaram esta demanda e aderiram imediatamente o pedido de avaliação e tratamento por meio de tecnologias de saúde (exames neurocognitivos, psicoterapias, tratamentos psiquiátrico e/ou psicopedagógico) foram consideradas como excessivamente influenciadas por este processo medicalizante.

A não problematização de uma demanda por parte do profissional de saúde ocorria na análise deste estudo quando não havia a descrição no prontuário da criança de alguma discussão entre os profissionais de saúde e os de ensino, envolvidos no cuidado da criança, que visasse à tentativa de contextualizar os sintomas da tríade do TDAH (hiperatividade, desatenção e impulsividade) por parte do pessoal da saúde.

A ausência de possíveis indagações à escola para singularizar a emergência destes sintomas na criança e o estabelecimento de exames neuropsicológicos, exames complementares (laboratoriais, imagem-tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética), tratamentos psiquiátrico, psicopedagógico ou psicológico, a partir apenas do que é informado em um relatório escolar ou pelo discurso dos responsáveis, exemplificaram uma prática medicalizante adotada pelo profissional de saúde.

A possível inexistência da problematização da demanda originada no ambiente escolar, segundo informações coletadas no prontuário, foi indicada também quando inexistiu relatos dos profissionais de saúde de que os pais da criança foram atendidos antes da criança e em separado da mesma.

Tal recomendação clínica (atender responsáveis separadamente da criança) indica uma possibilidade de investigar melhor se a queixa que os pais formulam sobre a criança é devida a alguma dificuldade subjetiva deles. Esta forma de manejo clínico possibilita complexificar (problematizar) o conteúdo da queixa, pois como enfatiza Mannoni (1967 *apud* ZORNIG, 2001, p.120) “a criança não é uma entidade em si, mas faz parte de um discurso coletivo”.

A participação dos pais no tratamento de seus filhos é um eixo fundamental no processo terapêutico que deve ultrapassar o mero relato do que os incomoda no comportamento da criança. Para um aprofundamento da demanda formulada pelos responsáveis, torna-se importante que os profissionais de saúde possam escutar a participação

da história de vida dos pais na formação dos sintomas do filho e as prováveis dificuldades subjetivas daqueles em lidar com conflitos de sua descendência. (DOLTO, 1980; MANNONI, 1980; PRISZKULNIK, 1995; WHITAKER, 2003)

Dentre os 10 prontuários de crianças selecionados (representaram 21,27% do universo de 47 prontuários de pacientes que iniciaram o atendimento em 2013), em apenas um prontuário foi informado interlocução entre os profissionais de saúde e os profissionais de ensino.

A psicoterapia cognitiva-comportamental pareceu ter sido proposta a partir do primeiro atendimento para 7 crianças dentro das 10 cujos prontuários foram estudados.

Para seis crianças, foi prescrito exame neurocognitivo a partir da primeira avaliação conforme dados coletados no prontuário das mesmas.

Não se esclareceu, a partir das informações do prontuário, se os primeiros atendimentos foram realizados apenas com os responsáveis nos 10 documentos pesquisados.

Nesta etapa da pesquisa, as ações de saúde informadas no prontuário se basearam nas queixas informadas nos relatórios escolares (5 prontuários continham estes documentos emitidos pelas escolas) e nos relatos dos responsáveis.

Não houve questionamentos por parte dos profissionais de saúde para particularizar o contexto em que determinados sintomas de desatenção e agitação, compreendidos como problemáticos pela escola, ocorriam. Mesmo quando o próprio relatório escolar apontava importantes insuficiências quanto a informações sobre o porquê que determinado aluno era aparentemente tranquilo em uma disciplina e supostamente agitado na outra, por exemplo.

A disponibilidade dos professores em exercer o seu papel, a adequação do currículo escolar para o aluno e o lugar subjetivo que o mesmo ocupa em sua dinâmica familiar não funcionaram como elementos (fruto de uma investigação clínica dos profissionais de saúde que pudesse problematizar o sofrimento psíquico) para se particularizar a história de vida daquela criança para além das manifestações infantis, consideradas sintomáticas pelas equipes da escola e ambulatório.

Pela pesquisa bibliográfica que sustentou as questões trabalhadas por esta pesquisa, a transformação das dificuldades de aprendizagem da criança na escola e os impasses no manejo de seu comportamento agitado e impulsivo no relacionamento com seus colegas e professores em razão devidas aos sintomas mórbidos do TDAH indicou uma forma de patologização da criança (COLLARES & MOYSÉS, 2013, 1997, 1996, 1994) ou medicalização dos processos de aprendizagem (CHRISTOFARI, 2014; GUARIDO, 2008).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reducionismo do complexo processo de aprendizagem, que envolve determinantes políticos, culturais, sociais e subjetivos, a supostas causalidades biomédicas, representadas neste estudo pelo TDAH, foi um indicativo da presença da medicalização nas esferas da aprendizagem. Representou a invasão da Medicina no mundo escolar infantil em áreas que deveriam ser prioritariamente reservadas às crianças, a seus pais e a seus mestres de ensino.

O recorte do cotidiano de um ambulatório de saúde mental, retratado pelas entrevistas e pela pesquisa documental, no cuidado com suas crianças, cujo sofrimento psíquico é experimentado primordialmente em sua escola, procurou ilustrar a presença deste reducionismo medicalizante quando não houve problematização capaz de convocar à escola para outros territórios possíveis de explicação dos desajustes de seus alunos, além da confortável causalidade médica, que coloca os genes e cérebro infantis como cerne de toda a problemática.

No referencial teórico desta pesquisa, discutiu-se que as tentativas de corrigir e normalizar os comportamentos das crianças inquietas e desatentas em suas escolas por meio de rotulações diagnósticas e terapias biológicas, oferecidas em serviços de saúde, são estratégias eficazes de medicalização quando não se abordam outros determinantes complexos os quais sustentam as formações subjetivas dessas crianças.

A medicalização, neste contexto, estrategicamente envolve os discursos e práticas inerentes às demandas no campo da saúde para obturar as resistências subjetivas e individuais à formatação cultural que prepara o corpo infantil para as exigências de foco, sucesso e uso racional dos espaços no mercado neoliberal. (CALIMAN, 2006; MORAES, 2012)

A associação em uma pesquisa de campo de práticas de saúde mental infantil com a discussão sobre estratégias de medicalização trouxe questionamentos sobre a efetividade de algumas ações de saúde enquanto resistência a um processo de medicalização específico (no caso, medicalização da aprendizagem).

Em termos práticos, uma prática de saúde medicalizante, em torno das questões escolares originadas a partir do TDAH, aborda o sujeito de um modo estático e reducionista, pois constrói abordagens terapêuticas a partir apenas das queixas sintomáticas sobre os modos de estar na escola que incomodam os professores.

As manifestações comportamentais da criança, que incomodam professores e responsáveis, se desdobram em queixas, formuladas por seus pais, a profissionais de saúde.

Numa perspectiva sem crítica aos processos de medicalização, aquelas (manifestações comportamentais) rapidamente são desdobradas em sintomas patológicos.

Nesta abordagem sem resistência à medicalização, o itinerário da criança agitada e desatenta é descrito de maneira estática, iniciando-se com o incômodo ocasionado pelo comportamento agitado e desatento da criança em sala de aula e continua com a solicitação dos profissionais de ensino de que o aluno em questão seja avaliado por psicólogos, psiquiatras ou neurologistas por conta de seu comportamento.

O acolhimento da criança por parte destes atores da saúde, nesta trajetória, será o de torná-la rapidamente um paciente ou usuário de saúde mental. Ou seja, submeter a criança a avaliações psicológicas e/ou médicas sem se interrogarem sobre as inúmeras dimensões que podem comparecer de modo singular na construção de uma queixa.

A rigidez desta forma de acolhimento está no risco de se tratar uma queixa oriunda de um ambiente escolar com prescrições biomédicas como psicoterapias, avaliação neuropsicológica, uso de medicação e consultas psiquiátricas. A questão não é discutir a validade destes procedimentos de saúde especificamente, mas sim apontar para o reducionismo que se empreende quando não se considera o dinamismo presente na constituição de uma queixa de agitação de uma criança em sala de aula.

Está queixa escolar será reduzida, médica e estaticamente, a processos biológicos quando não se problematiza outras determinações possíveis na constituição de uma criança agitada e sobre o porquê que uma agitação é interpretada como necessidade de tratamento de saúde mental por sua escola. Ou seja, o que tornou este modo de estar na sala de aula incômodo para um professor? A agitação e a desatenção podem ter relação com o processo de aprendizagem? Cabe se portar desta maneira na atual concepção de ensino contemporânea?

Estes questionamentos contribuem para o comparecimento de outros elementos que podem ter constituído a cena que originou a demanda por tratamento (a criança agitada/desatenta em sala de aula).

A noção de problematização, que utilizamos, coincide com a de Tucherman (2010, p. 215): “Problematizar é também reabrir problemas aparentemente solucionados que, apresentados como evidências, ganham efetividade de operação no mundo teórico e legitimidade na realidade sociopolítica.”

De maneira semelhante, esta noção foi utilizada por Machado (2004) quando analisou a demanda das escolas por avaliação psicológica de seus alunos. Para esta autora, alguns relatórios escolares eram padronizados e apontavam para uma interpretação estática e redutora pelas professoras sobre a dificuldade de aprendizagem de seus alunos.

A noção de problematização (da demanda escolar), neste contexto, pelos psicólogos era necessária, pois:

Quando nos é relatado um problema, uma queixa, uma preocupação, nossa função deve ser buscar as hipóteses sobre a produção desses problemas no interior da escola. É na escola que o aluno estará cerca de metade de seu dia, e aí está a potência desse território para intervirmos naquilo que se apresenta. Problemas familiares existem. Mas, nossa função é criar dispositivos que movimentem aquilo que se apresenta cristalizado no interior da escola. Esses dispositivos têm relação com as práticas, as ações e as crenças estabelecidas no cotidiano escolar.

Para Machado (2004), “O objetivo do trabalho psicológico frente ao encaminhamento [escolar] é problematizar o próprio processo de produção do mesmo”. Ela enfatiza sobre os riscos de uma prática psicológica, que identificamos como medicalizante, quando não ocorre qualquer interpelação com as escolas, pois:

Muitos relatórios e laudos psicológicos são parecidos. Desconsideram as diferenças, reduzem os sujeitos encaminhados a funcionamentos padrões, realizando trabalhos que enquadram o sujeito em uma estrutura na qual fica parecendo que o sujeito é determinado apenas por questões intrínsecas e familiares.

A questão intrínseca se refere a funcionamentos psíquicos internalizados que associados a supostos problemas familiares produz um psiquismo solipsista na criança e a coloca como centro da problemática da dificuldade de aprendizagem.

A importância deste artigo, neste momento de conclusão, é de anunciar que as práticas de saúde medicalizadas são diversificadas e não se restringem apenas a reduções de fenômenos complexos a uma racionalidade claramente biológica como a neuronal do TDAH. Elas podem ser produzidas a partir de ações de saúde diversas, inclusive de procedimentos de saúde do campo das ciências humanas, como a psicologia.

Elas mantêm o traço comum de interpretar as manifestações humanas, determinadas por razões políticas, sociais e econômicas, como decorrentes exclusivamente de elementos corpóreos e psíquicos que tornam o indivíduo patologizado e único responsável por seus sintomas.

Utilizamos a prática de saúde de discutir com as escolas como um eixo que pode indicar a problematização dos encaminhamentos escolares de crianças com sintomas típicos do TDAH porque o contato entre os profissionais de saúde e de ensino possibilita que aqueles

investiguem como é o funcionamento da escola, a disponibilidade e tolerância do professor com seus alunos, a forma como é realizada a transmissão do ensino.

Ou seja, colocar o professor como parte das entrevistas de acolhimento é uma forma de valorizar a escuta de um agente fundamental do território onde se realiza a aprendizagem escolar. Mas, não seria apenas considerar o professor como um mero relatante de sintomas que o incomodam e sim como participante ativo do processo de ensino, inclusive de seus aspectos conflituosos.

A manifestação infantil escolar interpretada como conflitiva já se aproxima de estratégias de problematização, pois considera a dinâmica na construção de um sintoma: a participação dos pais, dos professores, da criança, das exigências culturais, da inserção social da criança e das políticas de ensino vigentes.

Desta forma, obtêm-se maiores possibilidades de problematizar a queixa, oriunda das escolas, sobre crianças consideradas com os sintomas típicos de TDAH quando o profissional de saúde recebe seus pais separadamente para que eles possam falar das percepções de seu filho.

Este procedimento possibilita a investigação se a necessidade de tratamento é de fato para a criança ou se ela é de seus pais e, também, de fatores da dinâmica familiar que estejam contribuindo na expressão conflitiva da criança em sala de aula.

Não podemos ser ingênuos de supor que a ida do profissional de saúde a uma escola vai eliminar as ações medicalizantes. Em muitos casos, inclusive, o estreitamento das relações entre escola, psicologia e psiquiatria contribui para a difusão do ideário cultural medicalizante. (GUARIDO, 2008)

Tampouco, não podemos simplesmente pensar que, a partir da existência de procedimentos de saúde que limitem uma demanda escolar medicalizante, construída a partir de sintomas considerados típicos do TDAH, transitar-se-ia por um campo de produção de saúde isento da cultura de medicalização.

Obviamente, que não! Os processos de medicalização representam estratégias de discurso com potência consolidada consoante com os anseios de nossa cultura neoliberal.

No caso do TDAH, sua construção como dispositivo diagnóstico psiquiátrico, produtor de inúmeros saberes (médicos, jurídicos, associação de familiares e pacientes) os quais objetivam sustentar a presença deste transtorno mental através de uma fetichização científica cujo discurso propaga os riscos do fracasso escolar para as crianças não tratadas. (MORAES, 2012)

Inserir-se neste poderoso campo de produção de discursos em torno do TDAH, a indústria farmacêutica que se alia à demanda por consumo de saúde pelas famílias por um tratamento disseminado como verdadeiro e oficialmente científico para melhorar a performance escolar de seus filhos e evitarem riscos futuros de habilidades acadêmicas e sociais fracassadas. (idem)

Voltemos então às nossas práticas ambulatoriais de saúde: a discussão intersetorial com as escolas sobre as crianças agitadas e desatentas encaminhadas por seus professores e a valorização do comportamento infantil em seus aspectos conflitivos (escola, política de ensino, família, criança) se configura em apostas para a produção de práticas de saúde mais dinâmicas, singulares para cada caso.

Espera-se, portanto, que a discussão cuidadosa com pais e professores evite um pouco o reducionismo, o moralismo e homogeneização das ações de saúde medicalizantes. Estas últimas centralizam a problemática no cérebro infantil, tornado deficitário neurofisiológico e cognitivamente, e responsável por um transtorno mental.

A escolha por práticas de saúde resistentes a uma demanda por tratamento medicalizante e que, portanto, são mais dinâmicas na medida em que convocam, neste caso, parte dos atores (professores e pais que recebem influência da cultura da medicalização da aprendizagem) da produção de queixas sobre a criança agitada e/ou desatenta para interpelá-los em sua contribuição na construção dos sintomas da criança.

Resumidamente, a presente dissertação pretendeu analisar se foram praticadas ações de saúde que representavam limites a demandas medicalizantes cultivadas nos espaços de ensino das crianças. Ações de saúde que, sem a pretensão de extinguir o poderoso processo de medicalização da aprendizagem, permitissem, de alguma forma, a enunciação de discursos mais libertários, singulares e criativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, N *et al.* **Desfecho do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade ao longo da vida.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

AGUIAR, A. M. **A Psiquiatria no divã – Entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Clinical Practice Guideline Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** Disponível em: < <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/4/1033.full.pdf+html> > Acessado em 31/01/2015

_____. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5 ed. São Paulo: Artmed, 2014. p. 59-66

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4 ed. São Paulo: Artmed, 2003. p. 112-119.

ANDRADE, E. R; NETO, M. R. L. **Psicofarmacologia em Psiquiatria: Psicoestimulantes.** In: GATTAZ, W. F; GENTIL, V; MIGUEL, E. C. *Clínica Psiquiátrica.* 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2011. Vol. 2. P. 1232-1235.

ANGELL, M. **A epidemia da doença mental.** In: *Revista Piaui*, n.59, p.45-50, 2011. 45-50p.

_____. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Record, 2010.

ARANOVICH, V; ROHDE, L. A; ROMAN, T. **TDAH.** In: ASSUMPÇÃO JR., F. B; KUCZYNSKI, E. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência.* 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p. 333-348

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **TDAH: Mitos e suas consequências.** In: Artigos TDAH da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, 2011. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/303-mitos-sobre-o-tdah-e-suas-consequencias.html> > Acesso em: 04/02/2015

BARBIRATO, F. *et al.* **Tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com não estimulantes.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

BARBIRATO, F. *et al.* **Tratamento farmacológico com estimulantes no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

BARBIRATO, F; MATTOS, P; ROHDE, L. A. **Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção hiperatividade no Brasil.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.56, n.2, p.94-101, 2007.

BARKLEY, R.A. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

BARROS, J. A. C. **Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de vida?** In: CAPONI, S *et al.* *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.* Palhoça (SC): Unisul, p 89-95, 2010.

_____. **Antigas e novas questões: enfrentando uma conjuntura desfavorável.** In: BARROS, J. A. C. (org) *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios.* Brasília (DF): Anvisa, p.23-78, 2008.

BATTISTA, C; COLE, J. O; SCHATZBERG, A. F. **Manual de Psicofarmacologia Clínica.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BELTRAME, M.M; BOARINI, M.L. **Saúde Mental e Infância: reflexões sobre a demanda escolar de um Capsi.** In: *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol.33, n.2, 2013, p. 336-349.

BIRMAN, J. **Sobre o mal-estar, na modernidade e na brasilidade.** In: *Arquivos do mal-estar e da resistência.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. **Que droga!!!** In: *Mal-estar na atualidade.* 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. **Arquivos do mal-estar e da resistência.** Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira, 2006.

_____. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade.** Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira, 2012.

BORGES, L. C; CRUZ, D. R. M. **A queixa escolar: reflexões sobre o atendimento psicológico.** *Psicologia Argumento*, Curitiba (PR), v.31, n.72, p.79-87, jan/mar 2013

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, 76p.

BRENELLI, R. P; OSTI, A. **Sentimentos de quem fracassa na escola: análise das representações de alunos com dificuldade de aprendizagem**. *Psico-USF*, v18, n.3, set/dez 2013

BRENTANI, H; VALLADA, H. P. **Aspectos genéticos e epigenéticos do desenvolvimento**. In: GATTAZ, W. F; GENTIL, V; MIGUEL, E. C. *Clínica Psiquiátrica*. 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2011. Vol. 1. p. 122-124.

BROWN, T.E. **Transtorno de déficit de atenção: a mente desfocada em crianças e adultos**. Porto Alegre: Artmed, 2007, 232p.

BRZOZOWSKI, F. B; CAPONI, S. N. C. **Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos**. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*, Vol. 33, n.1, 2013, p.208-221.

CALIMAN, L. V. **A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento**. 2006. 174f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

CALIMAN, L. V. **O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção**. In: *Psicologia em Estudo*. Vol. 13, n. 3, jul/set 2008.

CAMARGO JR; K. R. **Medicalização: um quadro de referência**. In: PINHEIRO, R; SILVA JR, A. G (orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ- ABRASCO, 2010.

CAPONI, S. **O DSM-V como dispositivo de segurança**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v.24, n.3, 2014

_____. **Biopolítica e medicalização dos anormais**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v.19, n.2, 2009.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Contracapa, 1999.

_____. **As fantasmagorias dos riscos à saúde e o presente do futuro: hiperprevenção preemptiva, terapeuticalização, automonitoramento**. (Manuscrito não publicado), 2014.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores.** Belo Horizonte (MG): Autêntica Editora, 2009.

CHRISTOFARI, A. C. **Modos de ser e de aprender na escola: medicalização (in)visível?** 2014. 173f. Tese (Doutorado em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

CLAPARÈDE, E. **A escola sob medida.** Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1973.

COLLARES, C. L; MOYSÉS, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação).** In: *Série Idéias* São Paulo: FDE, n.12, p. 25-31, 1994.

_____. **Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência.** *Psicologia USP*, São Paulo, v.8, n.1, 1997

_____. **Medicalização: o obscurantismo reinventado.** In: COLLARES, C.A.L; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (orgs.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos.* Campinas: Mercado das Letras, 2013. p.41-65

_____. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização.** São Paulo: Cortez, 1996.

CONRAD, P; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness.** Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CONSTANTINO, E. P; LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância.** *Revista de Psicologia da UNESP*, v.8, n.2, 2009.

CORDIOLI, A *et al.* **Psicofármacos brasileiros-consulta rápida.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011

COSTA, D. S *et al.* **Neuropsicologia do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

COUTINHO, K. D. **A emergência da Psicopedagogia no Brasil.** 2008. 219f. Tese (Doutorado em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

COUTO, T. S; GOMES, C.R.A; MELO-JUNIOR, M. R. **Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão.** *Ciência & Cognição*, vol.15, n.1, 2010, p.241-251

COUTO, M.C.V; DELGADO, P.G; DUARTE, C.S. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios.** In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.30, n 4, São Paulo, dez 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015> Acesso em 17 de janeiro de 2014.

DOLTO, F. **Prefácio.** In: MANNONI, M. *A primeira entrevista em Psicanálise*. 19 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

EHRENBERG, A. **O sujeito cerebral.** *Psicologia clínica*, v.21, n.1, Rio de Janeiro, 2009.

FARAONE, S. V *et al.* **The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?** *World Psychiatry*, vol.2, n.2, jun 2003

FORTES, I. **O corpo na clínica contemporânea e a anorexia mental.** In: BIRMAN, J; FORTES, I; PERELSON, S. *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro (RJ): Companhia de Freud, 2010.

FOUCAULT, M. **Sobre a história da sexualidade.** In: *Microfísica do poder*. 27 ed. São Paulo: Graal, 2013.

_____. **Soberania e disciplina.** In: *Microfísica do poder*. 27 ed. São Paulo: Graal, 2013 b.

_____. **A política de saúde no século XVIII.** In: *Microfísica do poder*. 27 ed. São Paulo: Graal, 2013 c.

_____. **A governamentalidade.** In: *Microfísica do poder*. 27 ed. São Paulo: Graal, 2013 d.

_____. **Crise da medicina ou crise da antimedicina.** In: *Verve*. n. 18, p.167-194, São Paulo (SP), ago/dez 2010. Disponível em: < <http://www.nu-sol.org/verve/pdf/verve18.pdf> > Acesso em 14/02/2015.

_____. **Nascimento da biopolítica.** 3 ed. . São Paulo (SP): Martins Fontes, 2008.

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

_____. **Em defesa da sociedade.** 4 ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2005.

_____. **Os Anormais**. 2 ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2002.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France: 1970-1982**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1983

FREDRIKSEN, M. *et al.* **Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24497125> Acesso em 14/12/2014.

FREUD, S. **O Mal-estar na civilização(1930)**. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora,1969.

_____. **Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade(1908)**. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago Editora,1969.

_____. **Fragmento da análise de um caso de histeria(1905)**. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago Editora,1969.

FROEHLICH, T. E *et al.* **Prevalence, recognition and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US children**. *Archives of pediatrics and Adolescent Medicine*, v. 161, n. 9, set/2007. Disponível em < http://www.researchgate.net/publication/6072819_Prevalence_recognition_and_treatment_of_attention-deficithyperactivity_disorder_in_a_national_sample_of_US_children > Acesso em 03/04/2015

GATTÁS, I.G *et al.* **Psicofarmacoterapia na infância e adolescência**. In: OLIVEIRA, I.R *et al.* *Psicofarmacologia clínica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica LTDA, 2011.

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. In: *Interface: comunicação, saúde, educação*, v.16, n. 40, jan/mar 2012.

GREENLAND, P. **New Policies Needed Now on Interactions Between Pharmaceutical Companies and Physicians**. In: *Archives Internal Medicine*, v.169, n.9, mai 2009.

GUARIDO, R.L. **O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação.** 2008. 116f. Dissertação (Mestrado em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo).

_____. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação.** *Educação e Pesquisa*, v.33, n.1, p151-161, jan/abr 2007

_____. & VOLTOLINI, R. **O que não tem remédio, remediado está.** *Educação em revista*, vol.25, n.1, jul 2009.

HALPERN, R; ROHDE, L. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização.** *Jornal de Pediatria*, v.80, n.2, p.62-70, 2004.

HOFFMANN, M.C.C.L *et al.* **Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.** Vol.24, n.3, mar.2008. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, p.633-642

IGNÁCIO, V. T. G; NARDI, H. C. **A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município d Rio Grande do Sul.** *Psicologia & Saúde*, v.19, n.3, 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1975.

ITABORAHY, C; ORTEGA, F. **O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações.** In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.3,n.18,2013, p.803-816

KAISER, M. **Geração Ritalina: falta de atenção virou doença. O nome? TDAH. A suposta solução? Um remédio tarja preta.** Revista Trip, São Paulo, n 203, set/ 2011. Disponível em: < <http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html> > Acesso em: 01/ 03/ 2015.

KAMERS, M. **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança.** In: *Estilos da clínica*. Vol.18, n.1, jan./abr.2013. São Paulo. P.153-165. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282013000100010&script=sci_arttext. Acesso em 17 de janeiro de 2014.

KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 9 edição. Porto Alegre: Artmed, 2007, 1584p.

LEMKE, T. **Biopolitics: an advanced introduction**. New York and London: New York University Press, 2011.

LEVCOVITZ, S. **Grupo de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema**. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v.6, n.17, p.22-29, 2000.

LI, Z. *et al.* **Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review**. *Psychiatry research*, v. 219, n. 1, set/ 2014.

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

MACHADO, A. M. **Encaminhar para a saúde quem vai mal na educação: um ciclo vicioso?** In: *Revista Educação*, SME, 2004. Disponível em: < > Acesso em 24/01/2015

MACHADO, R. **Danação da Norma: Medicina Social e a constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

MACK, A. H; FRANKLIN JR, J. E; FRANCES, R. J. **Transtornos por uso de substâncias**. In: HALES, R. E; YUDOFKY, S. C. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2006. p. 302-369.

_____. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1998

MANNONI, M. **A primeira entrevista em Psicanálise**. 19 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

MARINO, A.S. **A criança na interface do silêncio medicamentoso e como sujeito na psicanálise**. In: *Polêm!ca*, v.12,n1,jan/mar 2013,p 39-53 Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/5274>. Acesso em 17/04/2014

MARRACH, S. A. **Neoliberalismo e Educação**. In: SILVA JUNIOR, C.A *et al.* *Infância, Educação e Neoliberalismo*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MARROIG, A.C. *et al.* **Reflexões sobre sustentabilidade sócio-econômica-ambiental considerando o caso COMPERJ**. In: *Actas X Congresso Ibero-Americano em Engenharia Mecânica*. Oporto(Portugal):Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, ago 2011.

MATOS, E. G. **A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, vol.27, n. 3, set/dez 2005.

MATTA, G. C. **Medicalização e gestão do cuidado em saúde.** In: *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis (SC), v. 4, n.3, 2013.

MATTOS, P *et al.* **Conhecimento sobre o TDAH no Brasil.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol.56, n.2, p.94-101, 2007

_____. **TDAH é uma doença inventada?** In: Artigos TDAH da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, 2010. Disponível em < <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/223-tdah-%C3%A9-uma-doen%C3%A7a-inventada?.html> > Acesso em 04/02/2015

_____. **O “mito” do TDAH: como entender o que você ouve por aí?** In: Artigos TDAH da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, 2012. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/331-o-mito-do-tdah-como-entender-o-que-voc%C3%AA-ouve-por-a-%C3%AD.html>> Acesso em: 04/02/2015

_____ *et al.* **Neuropsicologia do TDAH.** In: ROHDE, L. A. *et al.* *Princípios e práticas em TDAH.* Porto Alegre: Artmed, 2003.

MATTOS, P; ROHDE, L. A. **Princípios e práticas em TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

MERIKANGAS, K. R; NAKAMURA, E. F; KESSLER, R. C. **Epidemiology of mental disorders in children and adolescents.** *Dialogues in Clinical Neurosciences*, n.11, p.7-20, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** 13 ed. São Paulo: Hucitec,2013.

MIRANDA, D. M; ROMANO-SILVA, M. A; SOARES, A. A. **Custo-efetividade no tratamento de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade-Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

MONTEIRO, H. R. **A medicalização da vida escolar.** 2006. 114f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Educação, Faculdade de Ciências Sociais, Políticas e Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro).

MORAES, R. B. S. **“...como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizada.** 2012. 401f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas).

MOREIRA, E. C. **Farmacoterapia do alcoolismo e dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.** In: OLIVEIRA, I.R *et al.* *Psicofarmacologia clínica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica LTDA, 2011. P. 404-419.

MOYSÉS, M. A. A. **A Ritalina e os riscos de um ‘genocídio futuro’.** Entrevista concedida ao Portal Unicamp em 06/08/2013. Disponível em: <
<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>> Acesso em 31/01/2015

MOYSÉS, M. A. A; LIMA, G. Z. **Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples?** *Ande*, v.1, n.5, p.57-61, 1982.

NARDI, A. E; VALENÇA, A. M. **Histórico do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NICASTRI, S. *et al.* **Síndromes decorrentes do uso de substâncias.** In: GATTAZ, W. F; GENTIL, V; MIGUEL, E. C. *Clínica Psiquiátrica*. 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2011. Vol. 1. p. 667-697.

OLIVEIRA, R.C. **A recepção em grupo no Ambulatório do IPUB/UFRJ.** *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v.6, n.17, p.31-45, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

_____. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** Vol. 1, 2008. Disponível em <
<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> > Acesso em: 03/03/ 2015

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia.** São Paulo: T. A. Queiroz Editor, 1993

PATTO, M. H. S *et al.* **O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar(1991-2002): um estudo introdutório.** *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.30, n.1, p.51-72, jan/abr 2004.

PEREIRA, J.G. **A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional.** 2010,102f. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).

POELMANS, G. *et al.* **Integrated Genome-wide association study findings: identification of a neurodevelopmental network for Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** *American Journal Psychiatry*, v. 168, n. 4, 2011. Disponível em: < <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2010.10070948> > Acesso em : 03/04/2015.

POLANCZYK, G. V *et al.* **Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade.** In: GATTAZ, W. F; GENTIL, V; MIGUEL, E. C. *Clínica Psiquiátrica*. 1 ed. São Paulo: Editora Manole, 2011. Vol. 1. p. 1113-1132

_____ *et al.* **The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis.** *American J Psychiatry*, v.6, n. 164, 2007.

POPPER, C. W *et al.* **Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência.** In: HALES, R. E; YUDOFKY, S. C. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2006. p. 787-807.

PORTOCARRERO, V. **Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem.** In: *Educação & Realidade*, v. 29, n.1, p. 169-185, jan/jun 2004.

PRISZKULNIK, L. **A criança e a psicanálise: o “lugar” dos pais no atendimento infantil.** *Psicologia USP*. São Paulo, v.6, n.2, 1995.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais.** São Carlos(SP): Claraluz, 2005.

RICHTER, B. R. **Hiperatividade ou indisciplina? – O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola.** 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Educação e Ciências, Programa de Pós-graduação em Educação e Ciências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

RODRIGUES, D. R. **Desenho e implantação de um sistema de informação para o serviço de saúde mental do município de Guapimirim.** 2013. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz) Rio de Janeiro.

ROHDE, L. A *et al.* **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 31, n.3, p.124-131, 2004.

_____; HALPERN, R. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: atualização.** *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 2, 2004.

SANCHES, V.N.L. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro.** 2010.208f. Dissertação (Mestrado Acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz) Rio de Janeiro.

SANTOS, D. C. M. *et al.* **Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil.** *Acta Paulista de Enfermagem*, V.24, n.6, p.845-850,2011

SEGENREICH, D; CASTRO, A. C; NESSIMIAN, B. C. **Etiologia do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

SIBILIA, P. **O Homem Pós- Orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

SIQUEIRA, L. **Uma genealogia das compulsões.** In: *Verve*. n. 18, p.149-165, São Paulo (SP), ago/dez 2010. Disponível em: < <http://www.nu-sol.org/verve/pdf/verve18.pdf> > Acesso em 14/02/2015.

SOUZA, C. P; SANTOS, A. P. M; VERAS, A. B. **Gênero e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade.** In: NARDI, A.E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. (orgs.) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade- Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2015.

STAHL, S. M. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e seu tratamento.** In: STAHL, S. M. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas.* 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 582-602.

_____. **Amplificadores Cognitivos.** In: STAHL, S. M. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas.* 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 449-456

SZASZ, T. S. **O mito da doença mental.** 2 ed. São Paulo (SP): Círculo do Livro, 1974.

TALBOT, M. **Brain gain: the underground world of “neuroenhancers” drugs.** *New Yorker*, Nova Iorque, abril/2009. Disponível em < <http://www.newyorker.com/magazine/2009/04/27/brain-gain> > Acesso em: 01/ 03/ 2015

TENÓRIO, F. **Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção.** *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v.6, n.17, p.79-90, 2000

TOLEDO, LM; SABROZA, PC. **Monitoramento da evolução das causas relevantes de adoecimento e morte nos municípios de Itaboraí, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu:**

A situação epidemiológica em 2009 (Relatório Técnico-Executivo V). In: TOLEDO LM, SABROZA PC (orgs). *Plano de Monitoramento Epidemiológico do Processo de Implantação do COMPERJ* [projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

TUCHERMAN, I. **De perdas e danos: notas para uma reflexão sobre ciência e sujeito.** In: BIRMAN, J; FORTES, I; PERELSON, S. *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro (RJ): Companhia de Freud, 2010.

WHITAKER, C. **O sintoma da criança como efeito do gozo materno: entrevistas preliminares.** *Estilos da Clínica*, São Paulo, v.8, n.15, jun/2003.

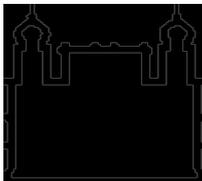
ZORNIG, S. A. **Da criança-sintoma (dos pais) ao sintoma da criança.** In: *Publicações PUC-RIO*. Disponível em: < <http://www.psi.puc-rio.br/silviazornig.html> > Acesso em 25/01/2015

ZORZANELLI, R. F; ORTEGA, F; BEZERRA JR, B. **Um panorama sobre as variações do conceito de medicalização entre 1950 – 2010.** In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v. 19, n. 6, 2014.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas semiestruturadas

- 01) Qual é a sua trajetória profissional, em síntese, até você vir trabalhar com a saúde mental infantil?
- 02) Como é seu relacionamento com as escolas?
- 03) Que questões de saúde você aceita para tratamento a partir do encaminhamento das escolas?
- 04) Em que momento você considera a falta de atenção e ou impulsividade e ou o aumento da psicomotricidade infantis como questões que demandem tratamento de saúde?
- 05) Para você o que significa medicalização da aprendizagem?
- 06) Que aspecto (ou aspectos) da sua prática profissional você acha que merece (ou merecem) uma reflexão crítica?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

“Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“REMÉDIO SE APRENDE NA ESCOLA: um estudo sobre as demandas escolares num ambulatório de saúde mental”**, desenvolvida por IGOR JULIANO DE PAULA, discente do Mestrado em Vigilância em Saúde da Região Leste Fluminense da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. LUIS DAVID CASTIEL.”

Sobre o objetivo central

O objetivo central do estudo é analisar as abordagens dos profissionais de saúde do ambulatório de saúde mental de Guapimirim (RJ) diante de crianças com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) que tenham sido encaminhadas por profissionais de ensino e verificar possíveis relações destas abordagens com o processo de medicalização da aprendizagem.

Por que o participante está sendo convidado (critério de inclusão)

O convite a sua participação se deve a sua atuação, como profissional de saúde, no cuidado direto à clientela infantil com o diagnóstico de TDAH e a necessária avaliação de sua percepção quanto a possíveis influências do processo de medicalização da aprendizagem na decisão de suas condutas terapêuticas.

Estamos dispostos a esclarecer, se julgar necessário, o que seria exatamente este processo de medicalização.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Identificação do participante ao longo da pesquisa

Dado o pequeno número de profissionais entrevistados, existe a possibilidade do pesquisado ser identificado através de relatos de sua prática profissional.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização.

Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Explicitar benefícios diretos (individuais ou coletivos) ou indiretos aos participantes da pesquisa

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de proporcionar a reflexão sobre a prática terapêutica realizada em criança com diagnóstico de TDAH para o questionamento de possíveis influências do processo de medicalização da aprendizagem na determinação destas práticas, evitando o reducionismo biomédico frequentemente aderido a prática medicalizante, e sobre a controvérsia envolvida na construção do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade enquanto categoria nosológica.

Previsão de riscos ou desconfortos

Há o risco de o pesquisado ser identificado através de suas respostas o que pode gerar constrangimento. Qualquer referência direta a uma prática terapêutica que identifique diretamente determinado profissional será omitida.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa

Os resultados serão divulgados para a equipe de saúde mental que participou da entrevista por meio de palestra e no desenvolvimento da dissertação do pesquisador principal.

Observações:

1. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0,IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

2. O presente Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Segundo as novas decisões da CONEP, apresentamos breve descrição do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP):

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade)

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

IGOR JULIANO DE PAULA

Aluno do Mestrado de Vigilância em Saúde da Região Leste Fluminense da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Guapimirim(RJ), _____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar e,

() Autorizo a gravação da entrevista

() Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

ANEXO A – Modelo de Prontuário**República Federativa do Brasil**
Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Guapimirim
Secretaria Municipal de Saúde

Data de abertura do prontuário ___/___/___

Matrícula: _____

I- Dados Pessoais:

Nome do Paciente:

D.N: _____

Naturalidade: _____

Filiação:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Endereço:

Cor: _____

Tel: _____

II- Situação Previdenciária carteira assinada contribuinte individual em benefício / espécie _____ aposentado pensionista sem vínculo previdenciário

Exame Psicológico (História Pessoal e Familiar)

História de vida pessoal:

Gestação, ordem de nascimento dos irmãos, nascimento, parto, condições ao nascer, aleitamento, comportamento digestivo:

Desenvolvimento psicomotor, dentição, atitudes para com brinquedos e companheiros:

Perturbações da saúde:

Sinais de nervosismo:

Personalidade infantil, comportamento social:

Aprendizagem da leitura e escrita:

Puberdade (Início, características físicas e psíquicas):

Formação de grupos (amizades, lideranças, popularidade):

Rendimento escolar:

Comportamento como adolescente (interesses):

Vestibular:

Atitudes para com o próprio corpo (cuidados):

Hábitos tóxicos:

Fuga de casa:

Escolha da profissão:

Divertimentos:

Vida sexual (início, casamento, ligações, planejamento familiar, conflitos conjugais):

Carreira:

Menopausa:

Aposentadoria:

Manifestação da doença mental (descrição dos sintomas, crises, número, periodismo, evolução, internações, tentativa de suicídios, tratamento):

Antecedentes criminais:

Condições atuais de vida: (moradia, tipo de habitação, número de pessoas na mesma casa, condições do local, situação econômica):

História Familiar:

- Coleta de dados sobre a família de origem, formação ou a dissolução da família atual, dinâmica do relacionamento familiar, desempenho dos papéis familiares,

relacionamento com álcool e outras drogas por outros membros da família -
Patologias em Familiares:

História de vida - Social

(História Funcional - Econômico financeiro - Sócio comunitária - Espiritual)

Vida Funcional:

- Análise feita de acordo com a condição do paciente. Se ele está desempregado ou não, se tem qualquer grau de profissionalização, pesquisar escolaridade, os interesses, as habilidades, e os conhecimentos práticos. Experiência de trabalhos formais e informais já realizados por eles, mesmo que há muito tempo, podem trazer à tona suas potencialidades e talentos adormecidos.

- Se o paciente possui trabalho regular é fundamental conhecer a sua visão sobre o trabalho que faz e a empresa, o seu grau de motivação para aquele trabalho, a responsabilidade com o que faz. A sua visão sobre seu relacionamento com os colegas, chefias ou subordinados. O seu índice de absenteísmo (faltas) e o seu comportamento frente à segurança no trabalho, incluindo o número de acidentes sofridos o causados (principalmente aqueles que ocorreram sob o efeito de álcool e outras drogas):

Vida Sócio Comunitária:

- Uma análise do grau de alteração no relacionamento com amigos antigos. Pesquisar se houve alteração no relacionamento com vizinhos ou mudança de endereço por problemas com vizinhança. Importante também saber se ele participa de atividades na comunidade como associação de moradores ou outras associações culturais e de lazer. Pesquisar se teve ou tem algum envolvimento com a polícia ou a justiça, e se isso está relacionado ao uso de droga:

Vida econômico financeira:

- Levantamento criterioso das condições financeiras e econômicas do paciente. Se ele possui bens compatíveis com aquilo que ele ganha, se possui dívidas, e neste caso, como foram contraídas. Pesquisar o uso ou o destino que dá ao dinheiro, independente do quanto ganha ou possui:

Vida espiritual - Identificação da orientação espiritual do paciente, de suas crenças, sonhos e propósitos de vida:

Evolução:

Exame Físico:

Diagnóstico:

Registro dos transtornos do desenvolvimento e da personalidade e dos mecanismos de defesa mais comuns adotados:

Transtornos físicos e doença corporais potencialmente capazes de influir como fatores patogênicos ou patoplásticos, no quadro clínico atual:

Avaliação da gravidade dos estressores psicossociais potencialmente capazes de exercer influência sobre o quadro clínico atual:

Identificação da síndrome clínica:

Classificação pela CID 10:

Classificação terapeuta:

Paciente em que o tratamento ambulatorial é indicado - permanecendo o paciente no seu ambiente habitual/ou mudado o paciente de ambiente:

Paciente em que o tratamento hospitalar é indicado - em hospital geral/em hospital especializado (aberto, fechado, regime colonial/em hospital dia ou hospital noite):

Classificação quanto à responsabilidade civil capaz:

Capacidade limitada (temporariamente ou permanentemente):

Incapaz (temporariamente ou permanentemente):

Classificação Funcional:

Sem alteração da capacidade funcional:

Com restrição da capacidade funcional (temporariamente ou permanentemente) - mínima (< de 10%) leve (de 20 a 30%), média (de 30 a 50%), grave (> de 50%):

Com incapacidade funcional - mínima (temporariamente ou permanentemente) (< de 10%) leve (de 20 a 30%), média (de 30 a 50%), grave (> de 50%):

Tratamento Proposto:

Exame médicos e psicológicos (escala, testes, exames laboratoriais, exames de imagem, eletroencefalogramas, eletrocardiogramas, etc)
