

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências**  
**Campus de Marília**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação**

**FABIOLA COLOMBANI**

**MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR E O PROCESSO NORMATIZADOR DA  
COAÇÃO ADULTA: A ERA DA PALMATÓRIA QUÍMICA EM UMA  
SOCIEDADE HIPERATIVA**

**MARÍLIA**  
**2016**

FABIOLA COLOMBANI

MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR E O PROCESSO NORMATIZADOR DA  
COAÇÃO ADULTA: A ERA DA PALMATÓRIA QUÍMICA EM UMA  
SOCIEDADE HIPERATIVA

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP- Campus de Marília, para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de Concentração: Psicologia da Educação: Processos Educativos e Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

MARÍLIA  
2016

**Colombani, Fabiola.**

**C718m Medicalização escolar e o processo normatizador da coação adulta: a era da palmatória química em uma sociedade hiperativa / Fabiola Colombani. – Marília, 2016**

**253 f. ; 30 cm.**

Orientador: Raul Aragão Martins.

**Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2016.**

*Bibliografia: f. 203-220*

1. Educação de base. 2. Distúrbios de aprendizagem.  
3. Medicalização. 4. Ética. I. Título.

CDD 370.15

FABIOLA COLOMBANI

MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR E O PROCESSO NORMATIZADOR DA  
COAÇÃO ADULTA: A ERA DA PALMATÓRIA QUÍMICA EM UMA  
SOCIEDADE HIPERATIVA

Tese para a obtenção do título de Doutora em Educação, da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, na área de concentração Psicologia da Educação: Processos Educativos e Desenvolvimento Humano.

**BANCA EXAMINADORA**

1º Titular (Orientador): \_\_\_\_\_  
Professor Dr. Raul Aragão Martins  
Universidade Estadual Paulista – UNESP - São José do Rio Preto

2º Titular: \_\_\_\_\_  
Professora Drª. Marilene Proença Rebello de Souza  
Universidade de São Paulo – USP – Câmpus São Paulo

3º Titular: \_\_\_\_\_  
Professora Drª Elizabeth Piemonte Constantino  
Universidade Estadual Paulista – UNESP - Câmpus de Assis

4º Titular: \_\_\_\_\_  
Professora Drª. Eliane Giachetto Saravali  
Universidade Estadual Paulista – UNESP - Câmpus de Marília

5º Titular: \_\_\_\_\_  
Professora Drª. Patrícia Unger Raphael Bataglia  
Universidade Estadual Paulista – UNESP - Câmpus de Marília

## SUPLENTE

1° Suplente: \_\_\_\_\_  
Professora Dra. Simone Aparecida Capellini  
Universidade Estadual Paulista – UNESP - Marília

2° Suplente: \_\_\_\_\_  
Professor Dr. José Luis Vieira de Almeida  
Universidade Estadual Paulista – UNESP - São José do Rio Preto

3° Suplente: \_\_\_\_\_  
Professora Dra. Raimunda Abou Gebran  
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE – Presidente  
Prudente

**Dedico este trabalho**

**Aos meus pais,**  
Efrain Eduardo Colombani Bolívar (*in memorian*) e  
Ivone Lopes de Colombani (*in memorian*),  
que nunca me impediram de ser uma criança curiosa e ativa  
e sempre me deixaram ser livre para pensar, perguntar e agir.  
Como eu gostaria que eles estivessem aqui hoje!

**Ao Alonso, meu marido,**  
Que esteve sempre por perto nos momentos de angústia, quando  
tinha que me desdobrar entre os cuidados e a criação dos filhos e a  
construção da tese.

**Aos meus filhos Brunno e Bianca,**  
Que por muitas vezes eu faltei por não conseguir ser mais.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, pela vida concedida, pela luz e pela saúde que me mantém serena, pela disposição renovada todas as manhãs e pelas pessoas maravilhosas que Ele tem colocado em meu caminho.

Ao meu querido **orientador** Prof. Dr. Raul Aragão Martins, por ter confiado no meu trabalho, por ter apoiado minhas ideias e pela proximidade carinhosa de sempre que me deu tanta paz, nos vários momentos desafiadores enfrentados ao longo destes anos. Sempre tentou amenizar minhas angústias com palavras que me fortaleceram. Obrigada pela compreensão!

Aos **professores e colegas** que estiveram comigo até aqui, contribuindo com minha formação e enriquecendo meu trabalho a cada dia.

Aos **funcionários da UNESP de Marília** e especialmente aos da pós-graduação, que sempre me atenderam muito bem esclarecendo todas as minhas dúvidas burocráticas.

Aos **membros da banca de qualificação**, professora Dra. Eliane Giachetto Saravali por sua leitura cuidadosa, por suas sugestões e apontamentos que me ajudaram a preparar o texto para a defesa. Ao professor Dr. Genivaldo de Souza Santos, que se mostrou prestativo e que além de sugerir contribuiu com material de leitura, obrigada por me brindar com a sua amizade.

Aos **membros da banca de defesa**, professora Dra. Marilene Proença que tanto admiro e que é uma inspiração para mim, talvez ela não saiba, mas este trabalho tem muita contribuição dela, grande parceira de luta; a professora Dra. Elizabeth Piemonte Constantino na qual tenho muito carinho e admiração, que me debutou no mundo acadêmico e que colaborou de várias formas para que hoje eu chegasse até aqui; a professora Dra. Eliane Giachetto Saravali, a quem sou grata por suas aulas e por sua colaboração em vários momentos de minha tese, pessoa do bem, o teu sorriso transmite alegria e confiança! A professora

Dra. Patrícia Unger Bataglia que mesmo sem me conhecer se mostrou prestativa ao colaborar para a minha entrada no campo e agora para participar da banca. A todos meus profundos agradecimentos por terem aceitado participar de um momento tão importante de minha formação e pelos vários encontros agradáveis.

Ao **meu pai Efrain** (*in memorian*) e a **minha mãe Ivone** (*in memorian*), que sempre foram tão presentes e sempre me apoiaram nos estudos. Torciam bravamente por mim! Sinto a presença deles a todo instante e ainda ouço suas palavras que tanto me fortalecem. Sei que estariam imensamente felizes se pudessem vivenciar comigo este momento tão especial de minha vida. Desde criança tínhamos ricos diálogos e em cada fase eles souberam de forma sábia me convidar a profundas reflexões... O meu pai médico sanitarista, sempre se dedicou à sua profissão respeitando as singularidades humanas e me incentivou a pesquisar sobre a medicalização da infância; e minha mãe, uma mulher auxiliadora, que foi esposa, mãe e avó dedicada e que contribuiu muito para minha formação. Sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, pessoas abençoadas por Deus que sempre me transmitiram força e alegria em viver.

Ao **meu marido Alonso** que me preenche todos os dias pelo sentimento sublime do amor... Por seu apoio, pela paciência nos vários momentos de angústia, pelo incentivo, por nossas reflexões e estudos e por me fazer sentir especial ao seu lado. Sou grata a Deus pela pessoa que Ele colocou em minha vida como meu companheiro de caminhada. Obrigada por sua presença tão significativa e por compartilhar comigo a criação da nossa **Bianca!** Sou feliz por tudo que temos vivido moreko! Amo! Amo!

Ao **meu filho Bruno**, meu primeiro amor! Obrigada por sua presença em minha vida, por compreender as minhas ausências, por me dar a oportunidade de viver ao seu lado, por sua serenidade, por seu apoio e por me ensinar o que é o amor a cada dia. Obrigada meu menino de luz, meu tesouro grande e valioso. Você me dá a paz que necessito para crescer.

À **minha filha Bianca**, que chegou inesperadamente e que agora não sei viver mais sem... Mesmo tão pequenina já é capaz de me ensinar tantas coisas. Dotada de um carisma sem igual, ela expressa facilmente o que sente e sempre se mostra muito ativa e carinhosa. Que a sociedade não a medicalize e não tente controlar sua curiosidade!

Às **minhas enteadas Maíra e Lívia** pelo carinho, pelos dias de tranquilidade, por nossos encontros que contribuem muito para que eu consiga desenvolver em paz o meu trabalho.

Aos **meus irmãos, cunhados e sobrinhos**, que mesmo distantes fisicamente, sempre demonstraram interesse por minhas pesquisas e me apoiaram, contribuindo com várias ideias. Obrigada pela torcida, pela paz que me transmitem e pelas palavras de carinho e incentivo de sempre. É sempre muito bom estar perto de vocês!

Aos **educadores** que participaram da pesquisa, pela colaboração ao fornecer os dados de forma tão cordial.

Aos **funcionários da pós-graduação**, pela paciência, pela dedicação aos serviços prestados e pelas inúmeras orientações que foram dadas.

À **CAPES** pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa.

A **todos** que de uma forma ou de outra participaram desta trajetória tão importante em minha vida...

**...OS MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS E  
MINHA TOTAL ADMIRAÇÃO**

## DUAS GESTAÇÕES

Eu vivi recentemente duas novas gestações  
Uma estava em meu ventre outra foi fruto das reflexões  
Tanto uma como a outra me remetem à infância  
Que está cercada por adultos de baixa tolerância  
Não toleram brincadeiras, curiosidades e agitações.  
O que não é próprio deste século, isso nasceu em outras gerações.  
O que vemos com frequência são muitas contradições  
A mesma sociedade que cria a lei da palmada é a que droga a criança com  
segundas intenções  
Tudo agora é transtorno? Tudo agora é doença?  
Na escola ou em casa não se respeita a diferença?  
Aos meus filhos tão queridos quero tanto lhes ensinar...  
Que observem e se afastem dos adultos que lhe impeçam da juventude  
aproveitar  
Para que quando crescidos sintam como insulto a punição do brincar  
E eles vejam com carinho que o respeito é o caminho para bons frutos plantar

Fabiola Colombani



Os métodos clássicos de tortura escolar como a palmatória e a vara já foram abolidos. Mas poderá haver sofrimento maior para uma criança ou um adolescente que ser forçado a mover-se numa floresta de informações que ele não consegue compreender, e que nenhuma relação parece ter com sua vida? Compreende-se que com o passar do tempo a inteligência se encolha por medo e horror diante dos desafios intelectuais, e que o aluno passe a se considerar um burro. Quando a verdade é outra: a sua inteligência foi intimidada pelos professores e, por isto, ficou paralisada.

Escola e Sofrimento-Rubem Alves (2007)

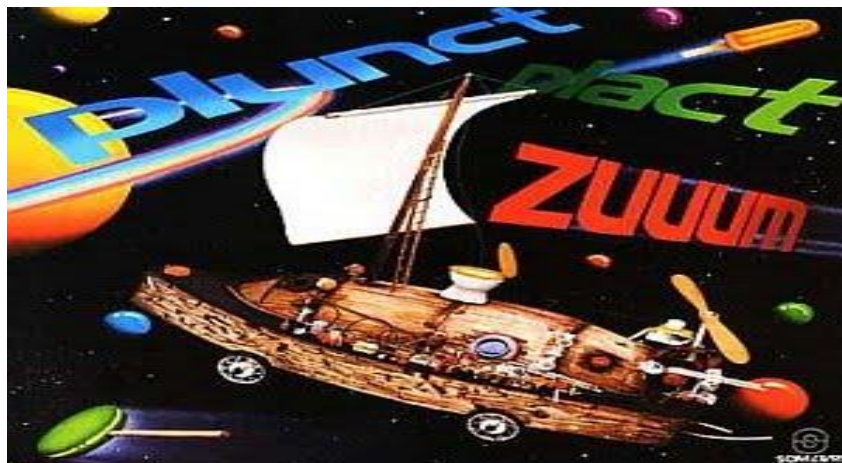


### Drogas legalizadas?

- O Apartheid era **legalizado**
  - O Holocausto era **legalizado**
  - A Escravidão era **legalizada**
  - O Colonialismo era **legalizado**
- Legalidade** é uma questão de poder, não de justiça

## O CARIMBADOR MALUCO

RAUL SEIXAS



Cinco, Quatro, Três, Dois!  
Parem! Esperem aí!  
Onde é que vocês pensam que vão?  
Han! Han!

Plunct-Plact-Zummm  
Não vai a lugar nenhum  
Plunct-Plact-Zummm  
Não vai a lugar nenhum...

**Tem que ser selado**  
**Registrado, carimbado**  
**Avaliado, rotulado**  
**Se quiser voar**  
**(Se quiser voar!)**  
Eh!  
**Prá lua a taxa é alta**  
**Pro sol identidade**  
**Mas, já pro seu foguete**  
**Viajar pelo universo**  
**É preciso o meu carimbo**  
**Dando: Sim, sim, sim...**

Seu Plunct-Plact-Zummm  
Não vai a lugar nenhum  
Plunct-Plact-Zummm  
Não vai a lugar nenhum...

Tem que ser selado  
Registrado, carimbado  
Avaliado, rotulado  
Se quiser voar

Eh!  
(Se quiser voar!)  
Prá lua a taxa é alta  
Pro sol identidade  
Mas, já pro seu foguete  
Viajar pelo universo  
É preciso o meu carimbo  
Dando: Sim, sim, sim...

Seu Plunct-Plact-Zummm  
Não vai a lugar nenhum  
Plunct-Plact-Zummm  
Não vai a lugar nenhum...

Mas ora, vejam só  
Já estou gostando de vocês  
Aventura como esta  
Eu nunca experimentei  
O que eu queria mesmo  
Era ir com vocês  
Mas já que eu não posso  
Boa viagem!  
Até outra vez!

Agora o Plunct-Plact-Zummm  
Pode partir sem problema algum  
Plunct-Plact-Zummm  
Pode partir sem problema algum  
Boa viagem!  
O Plunct-Plact-Zummm  
Pode partir sem problema algum  
Plunct-Plact-Zummm  
Pode partir sem problema algum  
Boa viagem meninos!  
Boa viagem!

Vale ressaltar que esta música foi criada em 1983, pelo cantor e compositor Raul Seixas como ato de indignação à ditadura e todo sistema de dominação existente na época. Esta música é também referência ao texto do anarquista francês Pierre–Joseph Proudhon, (2001):

“Ser governado é: ser guardado à vista, inspecionado, espionado, dirigido, legiferado, regulamentado, depositado, doutrinado, instituído, controlado, avaliado, apreciado, censurado, comandado por outros que não têm nem o título, nem a ciência, nem a virtude.”

## RESUMO

COLOMBANI, F. *Medicalização escolar e o processo normatizador da coação adulta: a era da palmatória química em uma sociedade hiperativa*. 2016. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP, Marília. 2016.

Os processos de patologização e medicalização crescente da vida no mundo contemporâneo não perdoam a infância, atravessam os muros da escola e escamoteiam as desigualdades transformando-as em doenças. Respaldados por uma visão hegemônica, tal conduta resulta em tratamentos que individualizam e estigmatizam o aluno. Na procura por solucionar os problemas que emanam do âmbito escolar, desloca-se de uma discussão político-pedagógica e buscam-se soluções rápidas em tratamentos clínicos e medicamentosos, por meio de um reducionismo absoluto que culpabiliza, rotula, estigmatiza e pune o aluno. Assim, este trabalho tem como objetivo discutir de forma crítica essa visão biologizante que se tem do homem como também, analisar a medicalização como um processo proveniente da coação adulta que pode impedir o desenvolvimento moral do aluno a ponto de dificultar o alcance da autonomia. Com a hipótese de que os distúrbios de aprendizagem são invenções oportunistas e estratégicas das indústrias farmacológicas, optamos pelo método da triangulação com o intuito de aumentar a credibilidade ao fazermos uma comparação das diferentes escolas pesquisadas no campo, que inclusive deu origem a uma triangulação que contempla três escolas brasileiras e outra que une Brasil, Chile e França. Tal estratégia metodológica nos possibilitou verificar que somente a escola tradicional opta por encaminhar seus alunos aos profissionais da saúde; as escolas democráticas não cogitam essa ideia e lidam com a prática educacional de forma diferente. Como forma de sustentar a pesquisa como um todo, adotamos uma coerência metodológica ao optar também pela triangulação teórica que colaborou para uma reflexão sobre as práticas sociais e educativas, a partir de apontamentos teóricos existentes nas teorias de Ivan Illich, Michel Foucault e de alguns conceitos consolidados da teoria de Jean Piaget.

**Palavras-chave:** Escola. Medicalização. Moralidade. Educação básica. Distúrbios de aprendizagem.

## ABSTRACT

COLOMBANI, F. *The medicalization of school and the process of regulation of adult coercion: the age of “chemical spanking” of children in a overactive society*. 2016. Tese. (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP, Marília. 2016.

The pathological processes and increasing medicalization of life in the contemporary world does not forgive a child, go through the school walls and not think inequalities turning them into diseases. Backed by a hegemonic vision, such conduct results in treatments that individualize and stigmatize students. In the search for solving the problems emanating from the school setting, it moves from a political-pedagogical discussion and look up quick solutions in medical and drug treatments through an absolute reductionism that blames, letters, stigmatizes and punishes the student. This work aims to discuss critically this biologizing vision about the man as well as analyze the medicalization as a process from the adult constraint that can prevent moral development of the student as to hinder the achievement of autonomy. With the hypothesis that learning disabilities are opportunistic and strategic inventions of pharmaceutical industries, we chose the triangulation method in order to enhance credibility by doing a comparison of different schools surveyed in the field, which even led to a triangulation which includes three Brazilian schools and another that joins Brazil, Chile and France. Through this triangulation we see that only the traditional school chooses to send their students to health professionals; democratic schools do not set their minds this idea and deal with educational practice differently. As a way of supporting research as a whole, we have adopted a methodological coherence to also opt for theoretical triangulation that contributed to a reflection on the social and educational practices from existing theoretical approaches in the theories of Ivan Illich, Michel Foucault and some concepts consolidated from Jean Piaget's theory.

**Keywords:** School. Medicalization. Morality. Basic education. Learning disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Triangulação do campo - Geral	48
Figura 2 – Triangulação do campo – Brasil	48
Figura 3 – Triangulação do campo – Chile	49
Figura 4 – Triangulação do campo – França	49
Figura 5 – Levantamento de compras de metilfenidato em 154 municípios do Estado de São Paulo entre 2005 e 2011	89
Figura 6- Levantamento de dispensas de metilfenidato em 154 municípios do Estado de São Paulo entre 2005 e 2011	90
Figura 7 – Mudanças de Nomenclatura do TDAH e da Dislexia ao longo de mais de 100 anos	98
Figura 8 – Triangulação teórica.	103
Figura 9 – Quadro de demonstração: Estou Pesquisando	157
Figura 10 – Quadro de demonstração: Preciso de ajuda	158
Figura 11 - Quadro de demonstração: Já aprendi	158
Figura 12 - Quadro de demonstração: Nossos projetos	159
Figura 13 - Quadro de demonstração: Um pouco sobre cada projeto	159
Figura 14 - Quadro de demonstração: Assembleia	160
Figura 15 – Registro FUNAI	170
Figura 16 – Demonstração da língua dos Kaingang e dos Krenak	170
Figura 17 – Escola Indígena	171
Figura 18 – Pátio da Escola Indígena	172
Figura 19– Parque da Escola Indígena	172
Figura 20 – Fotos A e B - (Chile- Santiago)	178
Figura 21 – Fotos C e D - (Chile-Santiago)	179
Figura 22 - Foto E.S.P.E- (França)	184

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira do Déficit de Atenção  
ABD - Associação Brasileira de Dislexia  
ADHD – *AttentionDeficitandHiperactivityDisorders*  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CID – Código Internacional de Doenças  
DCM – Disfunção Cerebral Mínima  
DSM – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*  
FUNAI - Fundação Nacional do Índio  
IDUM – Instituto Brasileiro de Defesa dos usuários de Medicamentos  
LCM – Lesão Cerebral Mínima  
MEC – Ministério da Educação  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PET – *PositronEmissionTomography*  
RMN – ( *functional* ) - Ressonância Magnética Nuclear Funcional  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SPECT – *Single Photon Emission Computed Tomography*  
TA – Transtorno de Ansiedade  
TC – Transtorno de Conduta  
TDA – Transtorno de Déficit de Atenção  
TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade  
TDAH/I - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade com Impulsividade  
TDM – Transtorno Depressivo  
TEA – Transtorno do Espectro Autista  
TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo  
TOD – Transtorno Opositivo Desafiador  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNICAMP – Universidade de Campinas

## LISTA DE APÊNDICE E ANEXOS

APÊNDICE – Modelos dos questionários aplicados nos campos	220
ANEXO A – Bula do Metilfenidato (Ritalina®)	228
ANEXO B – Projeto de Lei 7031/2010	236
ANEXO C – SNAP IV - <i>Swanson, Nolan e Pelham</i> – versão IV	238
ANEXO D - Modelo de projeto da Escola Democrática-Campo2	240
Anexo E – Portaria nº 986/2014 – SMS.G: Protocolo de Uso de Metilfenidato	244
ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	250

## QUADROS DEMONSTRATIVOS

<b>Quadro 1</b> - Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados no tratamento do TDA, TDA/H e TDAH/I	88
<b>Quadro 2</b> - Projetos de lei relacionados à saúde de escolares	91
<b>Quadro 3</b> - Características principais dos campo 1, 2, e 3	134
<b>Quadro 4</b> - Relação das oito inteligências trabalhadas nos projetos da Escola Democrática	155
<b>Quadro 5</b> - Visão geral sobre o campo 3 (Escola Indígena)	164
<b>Quadro 6</b> – Campo 1 - Chile	174
<b>Quadro 7</b> – Campo 2 - Chile	175
<b>Quadro 8</b> – Campo 3 - Chile	176
<b>Quadro 9</b> – Eixos Temáticos analisados em campo	185

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1**

INTRODUÇÃO 22

Anedotas e algumas representações da vida e da arte 34

### **CAPÍTULO 2**

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS E PROCEDIMENTOS 42

A escolha do campo 46

### **CAPÍTULO 3**

A HISTÓRIA DA MEDICALIZAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
EDUCAÇÃO: A TECNOLOGIA DO PODER DISCIPLINAR E DO  
BIOPODER POR MEIO DA COAÇÃO ADULTA 55

3.1 O Biopoder e a infância em sua constituição política e social 56

3.2 Biopolítica e normalização: condutas de interferência nos valores  
e nos hábitos da população 62

3.3 A família e o privado como foco de intervenção higienista e  
eugenista 65

### **CAPÍTULO 4**

O PROBLEMA EM FOCO: A MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR COMO  
CONDUTA NORMATIZADORA E A BIOLOGIZAÇÃO DA VIDA 79

4.1 A indústria farmacológica entre o saber e o poder: as “drogas da  
obediência” 84

4.2 As classificações do DSM, o CID e os conceitos de TDAH e  
Dislexia 93

4.3 TDAH 94

4.4 Dislexia 95

4.5 A construção dos diagnósticos de TDAH e Dislexia, a invenção e  
as diversas formas de nomenclaturas existentes nas últimas décadas 96

### **CAPÍTULO 5**

ENCONTROS TEÓRICOS E PRÁTICOS SOBRE O TEMA DA  
MEDICALIZAÇÃO: VÁRIOS OLHARES PARA UM MESMO LUGAR 102

5.1 Ivan Illich e sua reflexão sobre a instituição escola e o estatuto da  
medicalização: dialogando com outros autores 105

5.2 Michel Foucault, a medicalização na sociedade moderna e o exercício do biopoder	111
5.2.1 A tecnologia do poder disciplinar: a maquinaria absoluta na patologização dos corpos dóceis	113
5.2.2 Foucault a partir de Kant: em busca da liberdade e dos princípios da autonomia	119
5.3 Piaget e o desenvolvimento moral na criança: é possível alcançar a autonomia diante do processo de medicalização escolar?	122
5.3.1 A educação construtivista: a escola como ambiente sócio moral	126
5.4 As escolas democráticas e uma prática educativa que liberta: em busca de novas possibilidades	130
<b>CAPÍTULO 6</b>	
ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÕES GERAIS	133
Campo 1 – C.E.A.E	134
Campo 2 – Escola E.D	145
Campo Extra – Escola democrática 2	160
Campo 3 – Escola Indígena A.I.I.V	163
Campo 4 – Chile	173
Campo 5 – França	180
Eixos Temáticos gerais analisados nos cinco campos e no extra	184
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	193
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	203
<b>APÊNDICE</b> – Modelos dos questionários aplicados no campo	220
<b>ANEXOS</b>	227
Anexo A – Bula do Metilfenidato (Ritalina®)	228
Anexo B – Projeto de Lei 7031/2010	236
Anexo C – SNAP IV - <i>Swanson, Nolan e Pelham</i> – versão IV	238
Anexo D - Modelo de projeto da Escola Democrática-Campo2	240
Anexo E – Portaria nº 986/2014 – SMS.G: Protocolo de Uso de Metilfenidato	244
Anexo F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	250

## CAPÍTULO 1

### INTRODUÇÃO

“A luta contra a barbárie depende de um ambiente em que a arte e a cultura sirvam de ‘líquido amniótico’ para ideias de liberdade, tolerância e solidariedade”.  
Ordine (2014)

Sabemos que há várias formas de iniciar um trabalho desta natureza, de justificar a importância do tema e de posicionar o leitor para onde queremos que ele olhe, sinalizando o que nos parece ser mais importante, preparando o “terreno fértil” das investigações para que mais adiante outras questões surjam e que possamos, com isso, construir um diálogo direto com o leitor e com todos os teóricos e personagens reais que participaram da construção desta tese. Todavia, inicialmente queremos apresentar este trabalho sob um olhar empírico, que envolto por situações cotidianas nos trouxe até aqui, desenhando o caminho no qual percorremos.

Neste trabalho o objetivo é trazer para o centro da discussão um tema polêmico que me mobiliza há vários anos e influencia diretamente meu foco de leitura e pesquisa: a Patologização e a medicalização da infância no ambiente Escolar.

Tenho uma história pessoal e profissional com este tema e busco cada vez mais me aprofundar para compreendê-lo, pois me angustia a forma com que o comportamento humano desde a mais tenra idade passa a ser alvo de “cuidados” no intuito de controlar as ações e os pensamentos de acordo com os interesses de uma sociedade capitalista nutrida pelo consumo e pela produtividade, na qual rotula, estigmatiza e pune os que não se adequam às normas pré-estabelecidas. Com o apelo de buscar o melhor para aqueles que devem ser “educados” desde cedo, crianças são levadas aos consultórios para que um dia se tornem o tão esperado adulto “normal” do amanhã, que respeita as leis e as normas, que cumpre com aquilo que é posto sem questionar e que acima de tudo tenha o carimbo de autorização para só então, “poder voar” (termo usado na música de Raul Seixas apresentada anteriormente). Assim, o

que é melhor para você ou para mim já está decidido, já está posto e exposto no crivo da normalidade, basta que você se encontre em uma situação vulnerável para que alguém lhe diga o que é um comportamento normal.

Abriremos aqui um parêntese para esclarecermos desde já nossa posição diante do uso de medicações psiquiátricas. Embora sejamos psicólogos e não utilizamos como instrumento de profissão a prescrição de drogas de nenhuma natureza, não é nossa intenção empobrecer a discussão, desvalorizando o uso de drogas psicotrópicas quando necessárias. Em situações de extremo sofrimento psíquico, quando a palavra não consegue operar, ou em casos de psicose, angústias e depressões graves entre outros, ou quando a dor emocional é algo que põe em risco a saúde e a integridade da pessoa humana, nós concordamos que intervenções medicamentosas devam ser realizadas, porém, essas justificativas são muito diferentes das discutidas nesta tese. O que nos preocupa e nos mobiliza para um posicionamento contra a medicalização é o próprio fato da existência de uma política de saúde mental desonesta, que serve o capital e faz prevalecer os interesses da indústria farmacológica, usando de profissionais que se corrompem e de instituições mal intencionadas para se fazer valer.

Além disso, gostaríamos também de anunciar que este trabalho, mesmo pautado por uma seriedade científica e acadêmica, terá como característica resgatar por muitas vezes a leveza, algo próprio da arte e da poesia para que ao dialogar com os diversos personagens que estarão presentes nas páginas seguintes, possamos dar fluência a um tema tão polêmico e desgastante que passeia por várias áreas e nos faz militantes de uma luta que convida para a marcha todos aqueles que se preocupam com a Educação brasileira. É uma forma de coroar prazerosamente o processo educativo. A arte é sempre uma nova forma de se compreender o outro, o que renova o fôlego e alimenta a alma. Para Carvalho (2010, p. 55):

O resultado é a atenuação das diferenças sem a eliminação das mesmas. É uma convivência proveitosa com as emoções sem buscar a eliminação ou um controle absoluto das mesmas. É um estreitamento no intervalo que limita nossa natureza humana que, dessa maneira, estaria mais distante dos extremos radicais entre o bestial e o divino. Mas um estreitamento que, paradoxalmente, se baseia em um

aprendizado através de nossas emoções mais profundas, portanto um aprendizado de aproximação com nossas características individuais mais particulares (idiossincráticas) e de respeito por uma pluralidade que admite e valoriza estas características assim como a multiplicidade praticamente inesgotável que elas acarretam.

Não encontraremos aqui uma tese homogênea e circular, de uma teoria só, de uma única fonte de campo. Queremos o confronto de ideias e ao mesmo tempo a união dos diferentes. Como diria nosso saudoso Tom Jobim, falecido em 1994, não será “um samba de uma nota só”.

Além disso, o doutorado é um tempo relativamente grande de convivência com a tese, com o orientador, com o grupo de pesquisa, com os textos, com o campo, enfim, são tantas entradas que compõem o objeto de estudo que seria impossível tratar esta investigação como uma expressão algébrica e substancial.

O interesse na escolha do tema que permeia este trabalho surgiu a partir de acontecimentos vividos ainda na infância, no final da década de 80 e início da década de 90, em que foi possível conviver com a medicina higienista na escola, por meio de meu pai - médico sanitarista que sempre era solicitado a participar das avaliações de saúde dos alunos da escola pública da cidade onde morava.

Mesmo não concordando com os exames e com essa prática desenvolvida nas escolas, fez, por muitas vezes, visitas para preencher a ficha sanitária dos alunos na qual dispunha de um campo para observações e outro para o laudo final, no qual deveria ser registrado “apto ou não apto”, especificando as atividades físicas e escolares em que o aluno poderia participar. Soava aos seus ouvidos como uma sentença final que firmada pelo saber médico, influenciava diretamente na relação da escola com seu alunado. Pude acompanhá-lo por algumas vezes nessas visitas e na volta para casa, me recordo, ele demonstrava desconforto e indignação com tal prática, pois sentia que aquilo apenas rotulava as crianças e nada acrescentava para o seu desenvolvimento físico e moral.

A partir de tais ideias e após assumir o cargo de secretário da saúde no mesmo município, em acordo com a secretaria da educação, ele pôs fim àquilo que considerava como um ato hegemônico e violento, que não promovia a

saúde entre os alunos daquela escola, apenas fiscalizava – na opinião dele, ranço da ditadura militar.

Tal história surpreendentemente tem sua continuidade doze anos depois, quando ao terminar o curso de Psicologia, fui aprovada em um concurso para psicóloga no mesmo município onde meu pai havia tido a experiência acima relatada. Ele não estava mais lá, encontrava-se aposentado quando assumi o cargo e outros médicos faziam parte da equipe básica de saúde.

Ao assumir a função de psicóloga na UBS (Unidade Básica de Saúde), notei que a lista de espera, em sua maioria, era composta por crianças de várias idades, inclusive muito pequenas que ainda frequentavam a educação infantil e tinham sido encaminhadas pela própria escola. Algumas já se encontravam em tratamentos psicoterápicos e medicamentosos e outras possuíam diagnósticos realizados pelos professores, o que me causou inquietação, levando-me a investigar sobre a patologização e o olhar medicalizante presente naquela escola. Os médicos não mais visitavam a escola como na década de 1980 e 1990, mas agora eram os professores que encaminhavam seus alunos aos profissionais de saúde, com laudos e relatos prontos.

Os diagnósticos eram variados, mas alguns apresentavam nomenclaturas específicas e envolviam as especialidades de saúde: hiperatividade (TDAH), terror noturno, ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), dislexia, discalculia, bipolaridade, transtorno de humor, entre muitos outros. Meus questionamentos eram: quais conhecimentos de saúde possuíam os professores para suporem tais diagnósticos? E o que os mobilizavam a querer laudos que trouxessem o rótulo de normal ou anormal?

Constatei então que havia duas frentes. A Diretoria de Ensino exigia laudos que justificassem a formação de salas de reforço, ou seja, a saída dos alunos de sua sala convencional para outra multisseriada por não acompanharem o conteúdo da série na qual estavam matriculados, passando a frequentar esta outra. Ou seja, era de interesse de alguns professores tirarem de sua sala os alunos que incomodavam ou exigiam uma maior atenção e, além disso, havia um grande número de crianças em tratamento com outros

profissionais: neurologistas, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, e estes também exigiam a carta de encaminhamento do professor, por este motivo desejavam o respaldo profissional do psicólogo para sustentar a queixa que permeava o encaminhamento.

Como se percebe, estamos diante de um problema que se reconfigurou ao longo do tempo. Na década de 80 e 90 tínhamos um olhar externo à escola que munido do saber científico, o suposto saber médico “invadia” o espaço escolar para justificar o fracasso separando o “joio do trigo”, o normal do patológico, quem demandava de cuidados especiais e quem poderia contribuir com o avanço sócio-econômico-político do país. Anos depois, o professor passa de fiscalizador, auxiliador desse saber médico, para o profissional que lauda, que procura no diferente sinais patológicos, que leva para a sua prática ideais psicométricos e que recorre, mais uma vez, a profissionais que não fazem parte do âmbito escolar, mas desta vezem um movimento de dentro para fora.

Outro fator chamava a atenção nos relatórios anexados aos encaminhamentos: quase todos apresentavam a palavra *indisciplina* e se mesclavam com diagnósticos graves sem nenhuma fundamentação coesa. Os professores traziam constatações e queixas e relacionava-os aos transtornos psiquiátricos, motores e/ou neurológicos.

Anos depois, em 2007, este foi o tema do meu projeto de mestrado (LUENGO, 2010), no qual quisemos compreender o que entendiam os professores sobre os binômios disciplina/indisciplina e normal/patológico. Na época, ainda eram escassas as pesquisas e havia um domínio no campo das publicações mais voltado para uma visão naturalizante e hegemônica, da qual obviamente discordávamos. Porém, alguns teóricos tais como: Patto (1999, 2000), Collares e Moysés (1985, 2010, 2013a,2013b, Souza (2007), Meira e Facci (2007), entre outros, já mostravam suas opiniões a respeito e contribuíram muito com nossa investigação, para pensarmos a realidade brasileira, visto que, já existiam sinais de que algo perigoso acontecia, devido aos números apresentados naquela época pelo *site* do IDUM (Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos), que demonstravam um aumento expressivo no consumo de medicamentos na infância. No meu texto já apontara alguns dados:

...nos últimos anos houve um aumento de 1616% no consumo do medicamento, que ficou conhecido como “droga da obediência”. Em 2000, foram vendidas 71 mil caixas desses medicamentos e em 2008 as vendas atingiram a assombrosa marca de 1.147.000 caixas. (LUENGO, 2010, p. 120)

A medicalização da Infância que vinha tomando forma há décadas, começara a chamar a atenção e a preocupar por alguns indicativos numéricos. Porém, os achados qualitativos ainda eram incipientes, o que dificultava a articulação dos dados com a realidade dentro das escolas e o termo medicalização ainda era pouco conhecido e alguns o consideravam apenas como o ato de medicar ou de administrar alguma droga à criança. Collares e Moysés (1985, p. 10), apontam o termo como “a busca de causas e soluções médicas, a nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social”, o que sinalizaria por parte dos que defendem tal posição, um desvio na criança e no indivíduo, como se não houvesse nenhuma influência proveniente das relações humanas que acontecem dentro e fora da escola.

Durante o mestrado, a investigação que ocorreu em uma escola municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental cuja hipótese principal era a de que os professores não sabiam distinguir com precisão um comportamento próprio da infância de um comportamento indisciplinado, o que veio a se confirmar após a permanência no campo que se estendeu por 19 meses.

Além de confirmarmos a hipótese, o campo nos levou a outra descoberta: os professores não só não sabiam o que era de fato indisciplina, como ainda recorriam aos diagnósticos psicopatológicos para justificar as reações e os comportamentos infantis, sem levarem em consideração a faixa etária, a convivência e as relações interpessoais que se davam no ambiente escolar, enquadrando manifestações comportamentais em sintomas que remetiam a algum transtorno e/ou distúrbio de ordem emocional ou neurológica. Ou seja, pudemos constatar que naquela realidade escolar havia uma generalização do diagnóstico, banalizando-o e apontando

comportamentos próprios da infância ou de indisciplina como indicativos de doenças mentais.

Durante o mestrado foi possível constatar também que, ao confundir comportamentos esperados com patologias, instaura-se na família e na criança um impacto, pois paira a ideia de doença, de cuidados especiais, de anomalias, ou seja, há um indicativo de que essa criança seja desprovida de saúde, portanto, limitada e dependente da ajuda de profissionais especializados como também de outros tratamentos, o que incluem na maioria das vezes os medicamentos controlados. Além disso, essa ideia de “transtorno” e “distúrbio” parte de uma premissa semântica. Ela suaviza a ideia de “doença mental” e passa a ser usada como uma espécie de identidade psíquica por meio de nomenclaturas, o que é muito perigoso, visto que classifica a criança em sua vida escolar, rotulando-a.

Os relatos dos professores trazem em seu conteúdo descrições de forma mais detalhada sobre o que os educadores observam na criança, como atitudes e reações, e ao procurarem por ajuda médica ou psicológica, os pais vão munidos desses relatos que muitas vezes são instrumentos decisivos no fechamento do diagnóstico, sem que haja uma construção social do mesmo o que acaba causando numa legitimação de um sintoma individualizado, próprio de um ideal liberal que protege a instituição, separando a criança do coletivo, reduzindo-a a um ser que isolado deve dar conta de suas manifestações “insanas” que não são aceitas no âmbito escolar.

Indisciplina, irritabilidade, hiperatividade, agressividade, desconcentração, dislexia, desinteresse, atraso cognitivo e imaturidade são as palavras que mais apareceram nas queixas dos relatos pedagógicos que acabam nos consultórios médicos. Já nos relatórios recebidos pelos especialistas, na grande maioria dos casos está o TDAH, acrescido de comorbidades, que significa a presença de outros transtornos como: TDAH com Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), TDAH com Transtorno de Conduta (TC), TDAH com Transtorno de Ansiedade (TA), TDAH com Transtorno de Humor Bipolar e TDAH com Transtorno Depressivo (TDM) e as dificuldades de leitura e escrita e o raciocínio lógico matemático.

Em meio ao diagnóstico e às suspeitas que a escola traz existe uma criança que sofre e junto com essa criança a família sofre também, isso tudo

porque ambos se vêm incapazes, impotentes diante de algo que não pode ser transformado rapidamente. Quando a família é presente e participativa na vida escolar dos filhos, observa-se que a escola fica mais próxima da família e mais cautelosa ao emitir opiniões e a construir diagnósticos, o que colabora para a ausência de um olhar medicalizante, isso foi verificado nos campos 2 e 3 conforme consta adiante nas páginas 166 e 167.

Ao medicalizar, a vida prenhe de sentidos se empobrece, reduz-se ao outro, limitando seu desenvolvimento, por meio da tentativa de enquadrá-lo aos moldes de uma escola que, ao contrário disso, deveria proporcionar elementos de libertação e autonomia. Se a escola deveria ser um lugar que contribui para o desenvolvimento da criança, possibilitando sua passagem de sujeito anômico e heterônomo para um sujeito autônomo, como pensar em uma escola que controla, reprime e poda de forma hegemônica e arbitrária?

No Doutorado, a base de raciocínio do mestrado se mantém, porém, passando para outro seguimento da questão. A medicalização da infância é o tronco desta pesquisa, pois é vista por nós como algo que assombra cada vez mais a sociedade contemporânea e além do que, se analisarmos os índices de tratamento à base de drogas psicoativas, podemos imaginar que o planeta enfrenta hoje uma “epidemia” de transtornos mentais, devido ao recrudescimento de diagnósticos e tratamentos com as “drogas da obediência”, conhecidas como: Ritalinae Concerta, que têm como substância-base o Metilfenidato, entre outras. Não acreditamos nisso! Preferimos pensar que esses índices acometem comunidades despreparadas, influenciadas por um mercado que usa a infância como fonte de lucro sem nenhum cuidado ou pudor, como também o sistema escolar que atravessa um empobrecimento, uma falta de compromisso arrojado nas diversas facetas educacionais e uma dificuldade em lidar com o humano em todas suas dimensões.

Queremos pensar a medicalização como um fenômeno que não surgiu do nada e que agora está latente em diversos setores do cotidiano, mas relacioná-la com a instituição que mais lhe dá legitimidade - a escola, que não é única, pois se apresenta de diversas formas, com ideologias e objetivos diferentes e, assim, vê e concebe a criança de acordo com seu posicionamento político e cultural o que influencia diretamente na forma com que educadores e

alunos se relacionam, configurando todo um sistema que vige na instituição por meio da construção e da aplicação de leis e normas próprias.

O que de fato seria a escola? Que instituição é essa que nos toma grande parte da vida e sempre é colocada em alto grau de importância social?

Como detalha Castello e Mársico (2007, p. 75), veremos a origem e o significado da palavra escola:

O termo deriva do latim *schola* que por sua vez, é um empréstimo do *skholé*. Na **atualidade**, entendemos fundamentalmente por 'escola' tanto a própria instituição na qual se desenvolve o saber, como um corpo doutrinário em si e seus seguidores. Assim, falamos, por exemplo, da Escola de Viena ou da Escola de Frankfurt, referindo-nos a uma corrente de pensamento definida e a um grupo de intelectuais com ela identificados.

Porém, é em uma concepção de escola mais antiga que queremos pensar, ainda segundo Castello e Mársico (2007), a escola seria também o lugar de “repousar”, ‘descansar’, ‘estar livre’, para entregar-se fundamentalmente, à especulação. Essa seria a escola que não captura as diversas formas de existir e conhecer, mas que dá margem ao pensar criativo, à liberdade de expressão tanto corporal como verbal; e ainda leva em consideração as mudanças econômicas, políticas e sociais que atravessam o homem desde sua infância, que aceita a diversidade e acima de tudo não se banha do preconceito para moldar, controlar e governar, submetendo o outro a qualquer forma de violência.

Para os propósitos desta tese, vamos trabalhar com a hipótese de que a medicalização escolar ocorre a partir de duas vertentes. Primeiro, a forma com que a sociedade tende a pensar o humano é um forma que o individualiza, o biologiza e o aparta das condições sociais, desconsiderando as relações nas quais ele se constrói desde o nascimento. Assim, esquece-se de que diferente do que é posto na maioria das vezes, a escola deveria ser um lugar de construção do saber, do nascimento da visão crítica, de liberdade de expressão. Do nosso ponto de vista, a medicalização pode impedir o desenvolvimento moral da criança, visto que a mantém na heteronomia, submetendo-a a diversas formas de submissão e assujeitamento às regras e

normas de comportamento, desrespeitando sua singularidade, apontando as condutas não aceitas como expressão de distúrbios e transtornos. Ao aderir a essa ideia, a escola passa a ser um lugar medicalizante. Como diz Monteiro (2007, p. 71):

[...] atualmente, não é raro encontrar em mochilas escolares uma caixa de Ritalina dividindo o espaço com o lanche, os e cadernos as canetas, dando-nos a impressão de que, naturalmente, fazem parte do material escolar.

E partindo desta percepção é importante ressaltar a segunda vertente: o diagnóstico de transtornos e distúrbios de aprendizagens é algo que vem crescendo abruptamente nos grandes centros, dando a ideia de que é uma descoberta que veio para solucionar o fracasso escolar proveniente de doenças neurológicas antes desconhecidas ou mal tratadas. Desta forma, tratar as nossas crianças passou a ser uma tarefa de utilidade pública, que aos poucos foi adentrando no planejamento das políticas públicas por meio das capacitações dos professores, do fornecimento das drogas na rede de saúde e de projetos de leis do legislativo estadual paulista, que dá margem a uma naturalização dessa questão.

Categoricamente isso é visto por nós como uma invenção social, pois não acreditamos viver uma invasão epidêmica de TDAH, Dislexia ou de qualquer “Dis” que tenha surgido nos últimos tempos. Alguns especialistas afirmam que tais transtornos são biológicos, mas se assim fosse ele estaria presente em toda e qualquer cultura, em todos os tipos de escola, enfim, em todos os países. E seria visto pelo mundo todo como uma doença passível de tratamento, como o diabetes, a hipertensão ou até mesmo o câncer. Em seu artigo Wedge (2013) questiona o rótulo do TDAH:

TDAH é um transtorno biológico-neurológico? Surpreendentemente, a resposta a esta pergunta depende do fato de você morar na França ou nos Estados Unidos. Nos Estados Unidos, os psiquiatras pediátricos consideram o TDAH como um distúrbio biológico, com causas biológicas. O tratamento de escolha também é biológico – medicamentos estimulantes psíquicos, tais como Ritalina e Adderall. Os psiquiatras infantis franceses, por outro lado, vêem o TDAH como uma condição médica que tem causas psicossociais e situacionais.

A escolha do campo caminhou nessa direção, no qual optamos por fazer uma triangulação, em que cada ângulo aponta uma realidade diferente, de forma a compreendermos *in loco* como se dá em cada instituição esse processo, levando em consideração sua base ideológica, política e cultural e seu posicionamento diante da problemática da medicalização escolar.

Para isso, escolhemos duas escolas consideradas democráticas, pautadas nos ideais da Escola da Ponte, de Portugal, que recebem crianças e adolescentes correspondentes à Educação Infantil e ao Ensino Fundamental e II; uma escola estadual indígena que, inserida em uma aldeia de índios **Kaigangs** e **Krenak**, recebe crianças e adolescentes até o segundo ano do ensino médio e, por fim, um centro de atendimento multidisciplinar especializado que atende crianças encaminhadas de toda rede municipal escolar. Todas estas instituições estão inseridas no interior do estado de São Paulo.

A pesquisa que se caracteriza metodologicamente como qualitativa, procura alcançar seu objetivo de refletir sobre a invenção dos diversos transtornos escolares que emergiram nas últimas décadas e as implicações da patologização e da medicalização que surgem por meio da coação adulta, do controle do corpo dócil, da biopolítica e do biopoder que podem influenciar no desenvolvimento moral da criança. Isso pode ocorrer a partir do momento em que a escola deixa de ser o lugar onde se respeita às diferenças, o lugar onde não se pode expressar livremente, onde o aluno é controlado, rotulado e é impedido de se posicionar diante dos fatos e de desenvolver a sua independência. Se ocorrer o bloqueio de suas diversas formas de expressão a criança pode permanecer na heteronomia, visto que ela foi enquadrada, estigmatizada e impedida de se desenvolver moralmente.

Como já dito anteriormente, não encontraremos neste trabalho “um samba de uma nota só”, ou seja, assim como a triangulação do campo teremos também, teóricos de bases filosóficas diferentes, como Piaget e seus comentadores (1992, 1994, 1994, 1998) e Foucault e seus comentadores (1979, 2006, 2006, 2008a, 2008b) e contemporâneos da teoria sócio-histórica, que mesmo com suas diferenças conceituais, entre outras, estão envolvidos nas

questões educacionais, permitindo-nos construir um diálogo profícuo e desafiador sobre a problemática a ser enfrentada nesta pesquisa.

Conforme perspectiva apontada, os capítulos foram organizados da seguinte forma:

Capítulo 1: **Introdução**– Na introdução apresentaremos o percurso que nos levou à escolha do tema, apontando vivências pessoais e profissionais. Ocorre também uma explanação acerca do tema já apontando algumas questões que o leitor encontrará nesta tese.

Capítulo 2: **Estratégias Metodológicas e Procedimentos** – Este capítulo vem apresentar o campo e a forma com que se deu a coleta de dados.

Capítulo 3: **A história da medicalização e suas implicações na educação: a tecnologia do poder disciplinar e do biopoder por meio da coação adulta** – Este capítulo destaca a historicidade do tema e de que forma surgiram os ideais higienistas e eugenistas, como também os primeiros teóricos que discutiram o tema da medicalização.

Capítulo 4: **O problema em foco: a medicalização escolar como conduta normatizadora e a biologização da vida** – Este capítulo tem como intuito debater sobre o tema da medicalização chamando a atenção para o olhar biologizante que se dá para a diferença. Apontam-se também, as diversas nomenclaturas defendidas por alguns, como patologias que surgiram ao longo do tempo. Aprofundaremos os conceitos de TDAH e Dislexia, pois apresentam forte incidência diagnóstica no cotidiano escolar.

Capítulo 5: **Encontros teóricos e práticos sobre o tema da medicalização: vários olhares para um mesmo lugar**– Este capítulo trará a discussão sobre o tema com uma triangulação teórica na qual estão presentes Ivan Illich, Michel Foucault e Jean Piaget, pilares que sustentam esta tese como também, algumas referências que apoiam a escola democrática e novas formas de conceber o processo de ensino e aprendizagem.

Capítulo 6: **Análise dos dados e interpretações gerais** – Este capítulo trará detalhadamente os campos, como também, as informações levantadas em todo período de investigação. Nas interpretações será possível perceber a ligação que o campo construiu com o objetivo e o problema de pesquisa, traçando-se uma análise sobre o tema principal da tese – a medicalização.

Como **um apêndice à introdução**, optamos por destacar a seguir algumas histórias que vivenciadas pela vida ou pela arte descrevem o assunto da medicalização e mostram como tal tema tem sido tratado. A arte expressa a realidade cotidiana e por este motivo, ela estará presente em vários momentos da tese.

### **Anedotas e algumas representações da vida e da arte:**

No que tange à medicalização, as produções artísticas e as histórias reais descritas a seguir denunciam a forma com que essa questão se instala por meio de atitudes que parecem acríicas ao uso de meios de disciplinamento e que procuram normatizar os comportamentos, seja com a ajuda de medicamentos ou não. Clássicos do cinema e episódios de entretenimento nacionais e internacionais contribuem para evidenciar a forma com que a sociedade pensa o outro que se difere ou que não se enquadra às normas esperadas, estabelecendo padrões e diversas formas de ajustamento.

### **O Mágico de Oz:**

Marco do cinema mundial, 'O mágico de Oz' conta a história de uma garotinha chamada Dorothy (Judy Garland) e seu cachorrinho Totó, que vivem em uma fazenda com os tios até que um tornado atinge a casa onde moravam. Eles são levados, então, para a terra de Oz, um mundo mágico repleto de coisas misteriosas e assustadoras. A casa onde ela estava e que foi atingida pelo tornado, cai em cima da Bruxa Má do Leste, libertando todos os moradores da região, que a agradecem ensinando-a o caminho para encontrar o mágico de Oz, na cidade das Esmeraldas, onde habita o famoso mágico de Oz - o único que poderia ajudá-los a voltar para a casa. Todo esse caminho até lá é marcado por tijolos amarelos e é nesse percurso que eles encontram o Espantalho, o Homem de Lata e o Leão, que serão seus companheiros de viagem, assim como a bruxa boa do Norte que sempre surge quando necessitam.

Em um “Inocente” filme de 1901, que teve seu sucesso reconhecido em 1949, Oz representa em inglês a abreviação de *onça-troy*– sistema usado para medir metais preciosos – é usado na cotação internacional de ouro. A medida do ouro neste caso, representado pelo nome do filme e pelo caminho de tijolos dourados que leva ao mágico, indica uma necessidade de medida para o alcance do sucesso.

Dorothy procura o caminho de volta para a casa, se sente perdida e com medo e seus companheiros: o Espantalho, o Homem de Lata e o Leão desejam respectivamente um cérebro, um coração e a coragem, pois sempre viveram rejeitados por se sentirem incompletos e incapazes. Sabendo que o mágico de Oz poderia dar-lhes o que necessitavam percorrem um longo caminho até a cidade das Esmeraldas.

É interessante notar que o caminho marcado por tijolos amarelos (de ouro), inicia-se como um espiral crescente que revela a necessidade de evolução, de alcançar aquilo que não possuem.

Depois de muita aventura encontram o tão procurado castelo do mágico de Oz. Todos se contentam, pois acreditam que realizarão seus sonhos e sairão pessoas modificadas e completas. Porém, para decepção de todos, descobrem que o mágico não passava de um homem comum, um charlatão que se aproveitava da fraqueza, do desejo de perfeição, da insegurança alheia para ser poderoso, temido e respeitado. Mais tarde convenceu-lhes que embora tenham se sentido infelizes o tempo todo, eles sempre tiveram o que desejavam, cada qual com suas singularidades e características próprias.

Tudo foi fruto de um sonho que Dorothy teve enquanto dormia, mas todos os personagens faziam parte de sua vida real e cada qual apresentava as mesmas características descritas no sonho.

Este filme apresenta várias intenções ocultas, mas uma delas, na qual acreditamos ser a mais importante é: a representação da busca incansável pela perfeição, mesmo que submetidos aos perigos do desconhecido, o grupo procura pelo mágico poderoso e se submete às suas exigências para alcançar o que lhes falta. O mágico apresenta vários dispositivos de controle e antes de ser desmascarado, convence-os de que somente sob sua ajuda alcançarão o que tanto desejam, deixando-os submissos diante de seu poder. A simbologia do caminho dourado que os levarão para - *Over therainbow* – Além do Arco-

Íris, representa o tão sonhado “lugar ao sol”, lugar de perfeição, que a vida medicalizada nos apresenta. O título Oz como já dito anteriormente representa a medida pré-estabelecida do que tem valor.

### **“O Alienista” – Machado de Assis (1882):**

A obra “O Alienista” – um clássico na literatura brasileira, narra a história do Dr. Simão Bacamarte (Alienista), um respeitado médico que tinha boa fama em Portugal, Espanha e no Brasil. Ele acaba se dedicando então aos estudos da mente e da psiquiatria, se muda para a cidade de Itaguaí, Rio de Janeiro, onde pede autorização do Governo para abrir uma clinica feita para estudar a loucura e as doenças da mente.

O local é batizado de Casa Verde, e todos aqueles que Dr. Simão julga ser louco ele manda internar. No começo, as internações eram feitas com pessoas que possuíam realmente casos de loucura, sendo aclamado pela população. Mas depois ele passa a internar pessoas consideradas sãs, como Costa, um rapaz que havia recebido uma herança com a qual daria para viver até o fim da vida, mas gastou tudo em empréstimos aos outros e acabou na miséria. Nem D. Evarista, sua esposa, escapou e foi internada por não conseguir decidir que roupa vestir para uma festa.

Metade da população já estava internada e as pessoas começaram a se revoltar. O barbeiro Porfírio decide liderar uma revolta para soltar as pessoas que foram presas injustamente conhecido como a “revolta dos canjicas” (o apelido do barbeiro era Canjica). Esta manifestação de nada adianta e no final os manifestantes também acabaram presos internados.

Quando mais de 75% da população da cidade estava internada, Dr. Simão viu que havia algo de errado com seu critério e decidiu o rever: se a maioria seguia um desvio de padrão, quem tinha regularidade em suas ações e firmeza de caráter eram os verdadeiros loucos. Então ele decidiu prender a minoria.

Por fim, ele não encontrou ninguém que possuísse ao menos um desvio de caráter a não ser ele mesmo. Dr. Simão então se internou e ficou sozinho na Casa Verde, falecendo dezessete meses depois.

**Luck , um Beagle de 05 anos:**

Que importância teria falar de um cachorro aqui em um trabalho que não tem como foco a relação do homem com os animais? Nenhuma, se a preocupação não fosse justamente se perguntar: a medicalização também está presente nos consultórios veterinários? Para a surpresa de todos a resposta é: sim, está.

Cada vez mais as pessoas adquirem *pets* com o intuito de fazê-los grandes amigos ou até mesmo de tê-los como parte da família, isso já aguçou vários setores da indústria também. Em se tratando de animal doméstico, hoje há uma série de recursos alimentícios, acessórios e cuidados com a saúde para deixá-los melhor, para fazer com que eles tenham mais qualidade de vida e isso é visto com bons olhos, mas nem sempre deveria.

Para quem tem ou já teve um Beagle, sabe que ele está catalogado como um cão hiperativo, impulsivo e indisciplinado. Características que assustam os amantes de caninos que, na verdade, querem um bichinho de pelúcia vivo. Eu não. Quis sim um cãozinho que não é hiperativo e sim ativo e brincalhão; não é impulsivo e sim se joga para viver: corre, brinca, pula e rola e não tem nada de indisciplinado; ele apenas se comporta como um cão e não como um humano. Como se não bastassem esses rótulos que o Beagle ganhou nos últimos anos, há medicamentos para acalmá-los e torná-los silenciosos e acomodados.

Segundo os veterinários, o Beagle é ansioso e não pode permanecer sozinho, nestes casos é necessário entrar com medicamentos para carência e solidão. Medicamentos? Sim. Para os cães do século XXI, a carência e a solidão não se curam mais com carinho, com a presença dos donos, com brincadeiras e correrias, mas com remédio, ou seja, podemos dizer que não só a vida humana encontra-se em um processo medicalizante, mas a dos animais também. Há muitas semelhanças na forma com que vêem um cão ativo e a forma com que tratam as crianças no ambiente escolar. Os rótulos parecem se assemelhar.

### **Episódio da série Norte- Americana - *The Simpsons*:**

Na décima primeira temporada de 1999-2000 do polêmico desenho animado *The Simpsons*, há um episódio no qual a mãe de Bart (Marge) e o pai (Homer) são chamados à escola pelo diretor (Skinner), para tratar dos problemas que Bart vem criando. Segundo o diretor, todos os colegas que sentam ao lado dele tiram notas muito baixas e a escola culpa Bart por várias coisas que acontecem na sala, descrevendo seu comportamento como “demoníaco” e logo aponta sua conclusão: Bart sofre de TDAH, transtorno que torna as crianças incansáveis e distraídas.

Como solução para não expulsarem Bart, o diretor recomenda que ele aceite o uso de uma nova droga, ainda não muito testada chamada “Focosyn”. Espantada, a mãe recusa dizendo que seu filho não é nenhum monstro hiperativo para ter que tomar uma droga tão forte e o pai descreve suas características na infância e diz: ele faz tudo que eu fazia na escola. Do lado de fora, todos avistam Bart dançando, cantando e rodando bastonetes. A mãe acaba aceitando o tratamento, mas não demora muito para os efeitos colaterais aparecerem na forma de alucinações e paranóias.

Ao final, a família percebe que Bart tem alguns hábitos da família e ele estaria se comportando dessa forma na escola. Decidem então conversar com ele, dando-lhe mais atenção e carinho. É válido lembrar que este episódio fez destaque a tal situação, incitando a reflexão, pois os EUA é o país que mais consome “drogas da obediência”, como por exemplo, a Ritalina.

### **Mãos Talentosas: a história de Benjamin Carson**

O filme conta a história do menino pobre que se tornou neurocirurgião de fama mundial. Ben Carson era um menino pobre de Detroit, desmotivado, que tirava notas baixas na escola e se sentia incompreendido, pois não se interessava por algumas matérias e outras ele aprendia em seu tempo, de forma diferente dos demais. Mesmo assim, ele era muito estimulado por sua mãe que mesmo com problemas emocionais esteve sempre ao seu lado encorajando-o. Após escolher a carreira médica e se tornar um estudante bem

sucedido naquilo que gostava de fazer, aos 33 anos, ele se tornou o diretor do Centro de Neurologia Pediátrica do Hospital Universitário Johns Hopkins, em Baltimore, EUA. Esta história é baseada em fatos reais e traz como reflexão o fracasso da escola tradicional, que não percebe o potencial de seus alunos quando estes aprendem ou se comportam de forma diferente do que é esperado.

### **“Crianças” – Porta dos Fundos**

**Agosto de 2014:**

[www.youtube.com/watch?v=jVSnfKVSNEQ](http://www.youtube.com/watch?v=jVSnfKVSNEQ)

Os pais de Paulinho são chamados à escola pela diretora.

Diretora da Escola - Então, eu chamei vocês aqui para falar sobre o Paulinho

Mãe – Que fofo!

Diretora – Pois é, ele tem 5 anos é muito fofo, mas ele já vem mostrando uma série de problemas de aprendizado

Mãe – Ah! Isso é o déficit de atenção

Diretora- Ah! Ele tem TDA?

Mãe - Muito! Mas ele já está sendo medicado e tá tudo certo

Pai – Não sei se você sabe, mas Einstein tinha TDA

Diretora – Bom, mas é que o problema não é somente esse, ele vai bem além do TDA

Mãe – Ele está hiperativo?

Diretora – Bastante!

Pai- É a Ritalina!

Diretora – Ah! Vocês dão Ritalina?

Mãe – Sim, por causa do TDA

Pai – Não sei se você sabe, mas o Steve Jobs tomava Ritalina

Mãe – Mas deve ser bom né? Porque ele deve ficar participativo

Diretora – No recreio, porque na aula vem devendo bastante.

Mãe – Isso é o Rivotril!

Pai – Pra rebater a Ritalina

Mãe – Que a gente dá pelo TDA

Diretora – Mas ele está bastante agressivo

Mãe – Ah! Não, mas isso resolve fácil, é só você chegar pra ele e dizer assim: Paulinho, você não vai tomar seu Frontal hoje! Ele fica uma flor, um anjo

Pai- Tem que jogar o jogo dele...

Mãe – Uhum!

Diretora – Desculpa, acho que não estou sendo muito clara, vou direto ao ponto. O Paulinho lidera uma gangue que extorque crianças em busca de proteção

Mãe – Desculpa, vou te interromper. Você mesmo falou que ele lidera uma gangue, um instinto aí de liderança que você não está incentivando...O que é educar? Eu acho que no fim das contas acho que os educadores, os professores são os culpados, que não acompanham a criançada de hoje em dia, entendeu?

Diretora – Desculpa eu te interromper mais uma vez, mas acho que vou ser um pouco mais específica. Nesse exato momento o Paulinho está com duas crianças como reféns e disse que só vai liberá-las quando tiver um helicóptero e 20 mil reais.

Mãe – Isso é a cocaína!

Diretora – Vocês dão cocaína pra ele?

Pai – Ele toma da mãe

Mãe – Eu uso pra rebater o Rivotril

Pai – Não sei se você sabe, mas Freud usava cocaína, né?

Esta é uma sátira que demonstra a naturalização do uso de drogas lícitas tanto pelos pais como por suas crianças, e a forma com que se convencem da dificuldade humana e da necessidade desses “aditivos” mesmo nos casos de genialidade, tranquilizando-se por saberem que pessoas bem sucedidas também usam psicotrópicos. Além disso, destaca o afastamento que pais e educadores mantêm a respeito da importância das relações sociais para o desenvolvimento infantil.

Essas são apenas algumas representações que entre tantas outras que se apresentam cotidianamente na mídia, na vida e na arte e que revelam a insatisfação para com o comportamento alheio. Todos os personagens aqui

citados estiveram sob o crivo da normatização e submissos à fiscalização e ao ajustamento social, pois fizeram parte de uma lógica medicalizante que pune o diferente e o convence de que sua diferença demanda intervenções, sejam elas medicamentosas ou não.

O que poderíamos dizer então de crianças representadas nos episódios infantis como os personagens Emília, de Monteiro Lobato e O Menino Maluquinho, de Ziraldo? Por sorte eles fizeram parte de uma época no qual ser agitado, falar demais, correr sem se cansar, “viajar” para outros lugares enquanto o professor fala e não gostar de algumas coisas era coisa de criança e passaram despercebidos às investidas dos laboratórios médicos. Se fosse hoje, com certeza serviriam de modelo para crianças hiperativas que não se tratam, ou seja, representariam o futuro ameaçador daqueles que desconsideram os laudos e os tratamentos médicos.

Já no próximo capítulo, tratado aqui como **Estratégias Metodológicas e Procedimentos**, discutiremos o campo e todos os caminhos metodológicos utilizados. Optamos por trazer este capítulo logo no início do trabalho, para que o leitor já conheça o percurso de investigação que será adotado e posteriormente no capítulo de análise dos dados, seja feita uma reflexão mais ampla acerca do campo e sua correspondência com a teoria.

## CAPÍTULO 2

### ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS E PROCEDIMENTOS

“O que vale na vida não é o ponto de partida e  
sim a caminhada. Caminhando e semeando,  
no fim terás o que colher”.

CORA CORALINA

Neste capítulo apresentaremos o percurso metodológico da tese que se estenderá ao longo de sua trajetória constituído pelas análises bibliográficas e conceituais, observações, pesquisas nos sites de cada instituição, seleção de informantes (pessoas a serem entrevistadas), questionários, anotações e coletas de dados *in loco*, por meio de entrevistas semi-estruturadas e análise de material.

Escolhemos por iniciar a tese com o capítulo **Estratégias Metodológicas e Procedimentos**, para que o leitor já conheça desde o início nossos propósitos neste trabalho e compreenda de forma mais clara nossas escolhas teóricas, como também, os caminhos que foram percorridos. Entregar logo no início o caminho metodológico percorrido possibilita, em nossa opinião, que o leitor receba o “mapa” da pesquisa, para que ele siga o fio condutor que nos levou até o final da investigação.

É importante destacar que ao tratar sobre o tema da Medicalização, automaticamente escolhe-se um posicionamento, pois não concordar com os ideais de uma era na qual não há o respeito pelas diferenças, em que a criança não pode viver livremente a infância e que todo e qualquer comportamento considerado desviante deva ser normatizado, tratado e modificado por drogas e condutas terapêuticas, já revela qual caminho de reflexão o pesquisador pretende seguir. Se não aceitamos a palmatória seja ela física ou química e se não concordamos com a coação adulta, é porque queremos uma escola plural, heterogênea e humana, para tanto, o caminho metodológico, a nosso ver, também deve corresponder à escola que queremos. Aí está o motivo pela escolha de vários campos distintos. Ao traçar comparativos entre as diversas realidades busca-se compreender o motivo pelo qual alguns sistemas medicalizam e outros não.

Esta pesquisa utiliza-se de paradigmas qualitativos, e desde o princípio teve como foco o “problema de pesquisa” – a Medicalização, e não uma única teoria, o que a desacorrenta do estigma de que toda tese precisa estar ligada apenas a uma visão teórica, como se não pudéssemos “beber” de várias fontes para responder a nossas perguntas; pois teoria para nós é respaldo, é apoio que sustenta e faz valer a relevância da investigação e não um aprisionamento de opiniões.

Conforme citam Mazzotti e Gewandsznajder (2001, p. 149):

No seu sentido mais estrito, “problema de pesquisa” é definido como uma indagação referente à relação entre duas ou mais variáveis. Essas variáveis podem ser diferentes aspectos da conduta de indivíduos... Muitos estudos qualitativos são exploratórios, não se preocupando em verificar teorias. Assim, nesse campo, o conceito de “problema de pesquisa” se torna bem mais amplo, podendo ser definido como uma questão relevante que nos intriga e sobre a qual as informações disponíveis são insuficientes.

Portanto, neste trabalho a teoria tem o papel de nos orientar e não nos enclausurar. Assim, o foco é o problema e a teoria sinaliza como pensar sobre as questões que o envolve e a ótica pela qual vemos as representações que nos mobilizam. No trajeto teórico encontra-se então, uma junção de várias ciências: psicologia, pedagogia, filosofia e neurologia. Buscou-se obter uma visão totalmente apartada da ótica biologizante e organicista, pois tal posicionamento condiz com uma visão reducionista do homem e com a ideia de que suas manifestações escolares estão restritas às condições genéticas, o que tornaria a pessoa vítima de uma condição hereditária e biológica que não pode ser modificada e ou superada.

Assim, esta pesquisa apoia-se em dois teóricos de bases epistemológicas diferentes como Jean Piaget e Michel Foucault, e outros que surgem ao longo da caminhada, não de forma aprofundada, mas como coadjuvantes que estiveram presentes na construção do conhecimento destes, são eles: Ivan Illich e Kant. Embora haja diferenças epistêmicas, todos tratam de conceitos que prezam pela autonomia e o respeito e reconhecem os malefícios da normatização, do controle e da coação adulta que podem impedir o desenvolvimento moral da criança.

Ao trazer peculiaridades da posição genealógica de Foucault e da teoria construtivista de Piaget, não temos como intenção unir as duas teorias em uma mesma categoria, nem de cometer uma homogeneização das idéias, mas sim de priorizar as diferenças entre eles e de mostrar os pontos em comum, respeitando cada qual, pois são provenientes de origens e tempos distintos.

Em defesa desse diálogo teórico, queremos avançar um pouco mais. Durante o percurso de doutoramento, das apresentações do trabalho em diversos eventos acadêmicos, ouvimos várias opiniões a respeito. Foi por muitas vezes um impacto surpreendentemente positivo a notícia de uma pesquisa que estava nascendo fora dos moldes esperados teoricamente, ou seja, colocar Foucault e Piaget para falar de algo tão pulsante, recorrendo e sendo fiel às suas origens epistemológicas, poderia ser uma forma de romper com alguns paradigmas acadêmicos, porém, para outros foi inaceitável, visto que, tal feito poderia confundir o leitor ao colocar os dois teóricos no mesmo “caldo”.

As argumentações do segundo grupo não foram consistentes para nos fazerem desistir e giraram em torno de apenas uma argumentação: Piaget fixa-se na existência de um sujeito dado, sem se perguntar acerca do meio e das condições históricas que permitiram a emergência desse sujeito, limitando-se a um corpo biológico que se desenvolve e apresenta estágios cognitivos de evolução, enquanto Foucault, ao contrário, daria plena importância à história e se preocupa em investigar os fenômenos como é o caso da medicalização, que emerge em um contexto histórico que embebe a vítima das relações dominadas pelo poder e pelo saber.

Em nossa opinião, os apontamentos em relação a Foucault estão corretos, mas em relação a Piaget estão profundamente equivocados e isso demonstra o quanto a teoria ainda é mal interpretada e pouco conhecida. Piaget trouxe ricas contribuições para se pensar o desenvolvimento infantil e a existência de um corpo biológico, mas jamais desconsiderou esse corpo em seu contexto histórico que é afetado diretamente pelo meio e com isso desenvolve suas potencialidades e caminha rumo ao desenvolvimento moral ou não. Tais considerações serão aprofundadas no capítulo teórico.

Já no que tange à medicalização, é necessário apontar que a escola é uma das instituições mais afetadas, embora a lógica medicalizante esteja

presente em todas as esferas sociais, porém, nosso interesse aqui é com a educação que diante das mazelas sociais vira alvo de normatização sem que haja uma reflexão ampla acerca do que se deseja do outro e de como esse outro é atravessado pelo sistema sócio-político-econômico.

Na busca por soluções imediatas aos conflitos escolares, “desloca-se de uma discussão político-pedagógica e utiliza-se a administração de medicamentos conhecidos como ‘drogas da obediência’ ” (Colombani; Martins; Shimizu 2014, p. 1).

A pesquisa é de natureza bibliográfica e etnográfica, pois ao mesmo tempo que analisou o tema da medicalização, preocupou-se com os diversos transtornos apontados nas queixas escolares e suas implicações no desempenho do aluno e no seu desenvolvimento sociomoral. Em relação a tais transtornos foram utilizadas definições médicas; sobre a patologização e a medicalização teve-se como fundamento a teoria genealógica de Foucault e de estudiosos contemporâneos brasileiros da Psicologia Histórico-Cultural, que abordam a educação na contemporaneidade e suas relações com os mecanismos de controle e aprisionamento da infância e, quanto ao desenvolvimento sociomoral, os conteúdos abordados foram baseados na teoria de Piaget. A investigação bibliográfica foi realizada em livros e artigos científicos.

Já a pesquisa etnográfica caminhou no sentido de conhecer a realidade das instituições, “viver” o que se vive lá e poder extrair um pouco a essência além das aparências para se pensar como funciona aquele contexto escolar diante da problemática apresentada. Segundo Geertz (1989,p.20):

[...] O objetivo da (etnografia) é tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados; apoiar amplas afirmativas sobre o papel da cultura na construção da vida coletiva empenhando-as exatamente em especificações complexas.

Além dos recursos etnográficos citados no início do capítulo, houve a escolha de outra estratégia metodológica: a triangulação, que para Mazzotti e Gewandszadner (2001) é “quando buscamos diferentes maneiras de investigar um mesmo ponto”, descrita por tais autores como um instrumento “maximizador de credibilidade”. Para os objetivos deste trabalho, cada campo

foi escolhido com o propósito de contribuir para a montagem de um “quebra cabeça”, em que todos os dados compõem um elemento maior que neste caso nos leva a busca da compreensão de como e onde ocorrem as práticas que levam à medicalização. Para tanto, recorreremos às ideias de Rockwell e Ezpeleta (1986) que concebem como:

[...] uma construção social, entendendo-se por isso que cada estabelecimento de ensino é uma versão local de um movimento social mais abrangente. Ou seja, embora a escola não seja mero reflexo desse movimento, não pode ser entendida sem a necessária referência ao contexto social e político que lhe dá existência e sentido.

Assim, a triangulação como instrumento metodológico foi escolhido neste trabalho para cumprir de forma plena, com todos os objetivos do projeto, como também, para observar nos campos se haveria ou não a confirmação da hipótese de pesquisa, que se apoiou nas afirmativas de que a medicalização escolar ocorre e é algo presente nas escolas que se fundamentam no ensino tradicional homogeneizado.

Apesar de muitos especialistas afirmarem em suas publicações que o TDAH e outros distúrbios como a Dislexia e a Discalculia, que se encontram fortemente presentes no cotidiano escolar são de origem orgânica, genética e neurológica, fomos a campo para investigar tais afirmações. Assim, a pesquisa etnográfica caminhou no sentido de contribuir para a mudança desse olhar, que parece ter sido construído fora da realidade escolar, do campo, da origem histórica do problema. Para Rocwell (1986, p. 77):

A experiência de campo e o trabalho analítico devem mudar-nos, devem mudar nossa maneira de olhar a realidade escolar. Por esse meio, sua contribuição encontra-se no terreno conceitual e depende da perspectiva teórica a partir da qual se descreve e se interpreta a realidade educativa.

## **A Escolha do Campo**

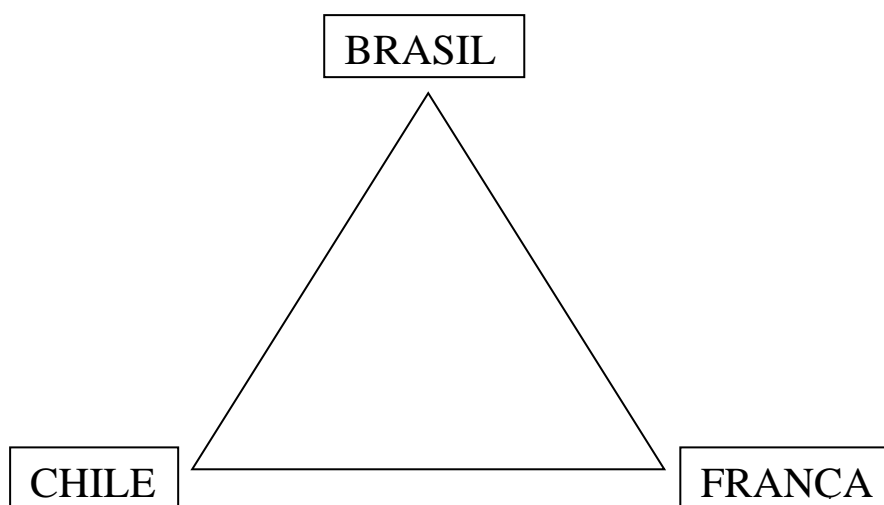
Ao escolher o campo, tivemos como objetivo priorizar lugares diversificados que pudessem contribuir com as várias formas de conceber a criança em fase de escolarização. Após pensarmos em várias instituições, chegamos à conclusão de que uma vez que tínhamos um centro educacional

especializado em receber casos acompanhados da queixa escolar e que tal instituição representaria todas as escolas municipais com ensino tradicional, deveríamos ter nas outras pontas do triângulo uma escola com metodologia diferenciada, como a escola democrática e uma outra de clientela pouco comum, como uma escola indígena. Por que indígena? Porque há sempre no senso comum uma discussão em torno do índio que ao cercar-se da população urbana passa a ser influenciado pelos costumes do branco perdendo, com isso, suas origens. Assim, poderíamos observar mais de perto a organização vigente na escola, como também, a participação e a influência da aldeia nas questões escolares e como a comunidade indígena convive com a tentativa permanente de “invasão” da cultura branca. Observamos, também, se acultura do TDAH e outros distúrbios de aprendizagem presentes no cotidiano escolar da escola tradicional, já aparecem na escola indígena e a forma de ver e conceber seus alunos.

Além do Brasil, decidimos por pesquisar e observar de forma breve, mais duas realidades educacionais. Queríamos saber se em outros países o problema da medicalização é algo comum e se é um assunto cuidadosamente tratado no âmbito escolar. A partir de tais propósitos elegemos Chile/Santiago com o intuito de traçarmos alguns comparativos, visto que, embora também faça parte da América do Sul, é um país que possui importantes peculiaridades: culturais, climáticas, econômicas e políticas, além disso, possui um sistema de ensino diferente do Brasil. Já a França/Paris, foi escolhida por ser um país europeu marcado por grandes lutas na área da educação e que não demonstra tendência a se render a padrões norte-americanos. Além disso, entramos anteriormente em contato com o texto intitulado “Por que as crianças Francesas não têm Déficit de Atenção?”, publicado por Marilyn Wedge (2013), no qual nos deixou curiosos para conhecer a forma do sistema educacional francês que parecia conseguir conter essa tendência mundial. Assim, foram utilizados cinco campos no total, divididos entre Brasil, Chile e França.

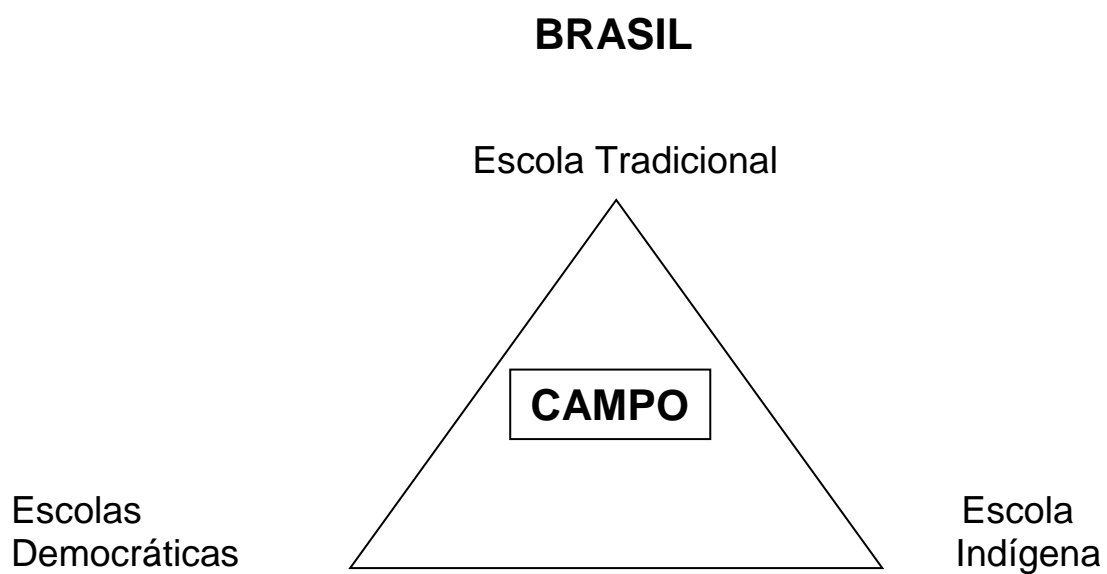
A figura 1 esquematiza o campo geral de investigação.

(Figura 1)



## ESQUEMAS DE PESQUISA: BRASIL, CHILE E FRANÇA

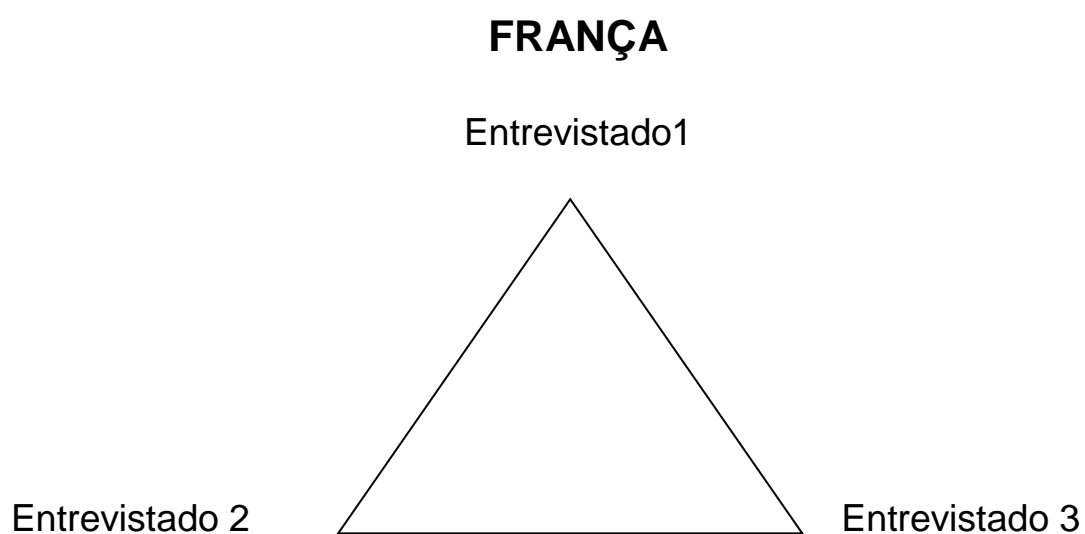
(Figura 2)



(Figura 3)



(Figura 4)



Com o intuito de investigar o fenômeno do TDAH e outros distúrbios recorrentes no cotidiano escolar, como também, observar a cultura do não aprender e das doenças ditas neurológicas, juntamente com o mecanismo de coação e vigilância presente na instituição escolar, sentimos a necessidade de uma efetiva permanência nos três campos apresentados, para que pudéssemos observar mais de perto a organização entre o sistema educacional, a metodologia, a relação entre os alunos e a relação destes com seus educadores.

Ao optar pela pesquisa qualitativa que emana de um caráter interpretativo, houve a necessidade de adotar estratégias de pesquisa que incluíssem: a observação, análise de documentos (roteiro de projetos de pesquisa, ementas e planos pedagógicos apenas da escola E.D – Campo 2)<sup>1</sup>, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Tais procedimentos contribuem no sentido de nos fazer “mergulhar” na realidade que, construída socialmente, expressa no campo por meio das práticas e dos discursos cotidianos, características próprias de uma realidade que é intransferível e singular. Por este motivo foi imprescindível acompanhar o movimento real dos fatos, visitando o campo várias vezes em diversos momentos durante o doutorado. Cabe salientar que os três campos se mantiveram abertos e colaborativos, não apresentando resistência quando se fazia necessário o retorno para a coleta dos dados ou para levantar algum detalhe significativo, inclusive na análise dos documentos, tais como: histórico, prontuários e planos pedagógicos.

Inicialmente, foi realizado um reconhecimento de área, assumindo a posição de pesquisadora que necessitava estabelecer um melhor entendimento do estudo em foco. Com isso, houve previamente um mapeamento do local, que tomados pelo olhar do “estrangeiro” culminou com a ânsia de aprender sobre a prática e a rotina dos três lugares, que embora fossem apontados como instituições escolares, se apresentam pouco comuns, tanto por sua metodologia quanto por seu público alvo. Desta forma, ao adentrar no cotidiano

---

<sup>1</sup>A análise de documentos se fez necessário apenas no Campo 2, pois a escola nos apresentou esquemas de projetos, projetos em andamento, ementas e dados presentes no site, para que pudéssemos conhecer o plano pedagógico da instituição.

escolar estabeleceram-se alguns contatos, houve uma aproximação com a rotina e um breve acompanhamento da realidade educacional.

Utilizou-se como instrumento nos três campos a entrevista semi-estruturada, porém, não houve um padrão único, pois em cada campo as observações e entrevistas ocorreram de uma forma, uma vez que ao se tratar de campos tão diferentes, tínhamos que respeitar o perfil e a rotina de cada instituição. Algumas entrevistas foram formais, seguindo um roteiro pré-estabelecido e outras surgiram de conversas informais.

As entrevistas que se deram por meio do questionário, tiveram o objetivo de conhecer o campo e sua rotina, como também levantar dados para sustentar a pesquisa bibliográfica e os objetivos da tese. Em todas as entrevistas realizadas seguiram-se aproximadamente de oito a dez questões - (APÊNDICE A, p.170).

Primeiramente, foi aplicado um estudo piloto em cada campo e algumas questões necessitaram ser reformuladas. Após passar por algumas modificações, o questionário foi aplicado novamente. Nos primeiros contatos antes das entrevistas, foi realizado um preâmbulo com o intuito de dar ao entrevistado clareza sobre a pesquisa e o assunto que seria abordado.

O roteiro foi dirigido e embasado em questões voltadas para os temas:

- a) Rotina escolar;
- b) Transtornos provenientes da queixa escolar;
- c) Metodologia de ensino;
- d) Encaminhamentos de crianças ao serviço de saúde;
- e) Uso de psicotrópicos na infância – “drogas da obediência”;
- f) Medicalização escolar;
- g) Opiniões de pais e professores sobre os encaminhamentos e suas consequências.

Ao aplicar o questionário, o intuito foi coletar a opinião dos educadores, dos pais e dos alunos a respeito de tais pontos considerados fundamentais para a sistematização da pesquisa.

Rey (1999, p. 87) enfatiza a importância da entrevista dizendo:

Toda entrevista ou diálogo se constitui subjetivamente sobre aspectos dominantes na comunicação: o processo de comunicação define a identidade dos participantes dentro desse espaço. A comunicação é um processo histórico que facilita a expressão daqueles temas mais suscetíveis de adquirir sentido, nos termos e condições nos quais ela tem lugar, no qual sempre atua como inibidor de outros conteúdos, cuja expressão é facilitada através de instrumentos de expressão individual<sup>2</sup>.

Consideramos importante explicitar que na escola democrática e indígena não houve a necessidade de entrevistarmos pais e alunos, houve somente conversas informais, pois não há registros de TDAH ou outros transtornos, como também, do uso de psicotrópicos para controle de comportamento por parte dos alunos.

No Campo 1, além das entrevistas foi aplicado um instrumento já testado anteriormente, com o intuito de enriquecer a investigação. Ao entrevistar a criança diagnosticada com TDAH, inicialmente contei uma história e logo após fiz algumas perguntas que foram adaptadas do trabalho original de Saravali; Guimarães; Melchiori (2013, p. 144). Esse instrumento metodológico foi também aplicado anteriormente na disciplina da professora Dra. Eliane Giachetto Saravali– *O conhecimento social no enfoque psicogenético: pesquisas, instrumentos e implicações pedagógicas* - do Programa de Pós-Graduação em Educação na Unesp de Marília, porém neste trabalho, o texto utilizado como um dos instrumentos de coleta de dados, sofreu algumas alterações.

---

<sup>2</sup>Obra: La investigación cualitativa em psicología, rumbos e desafíos – tradução nossa.

*“Toda entrevista o diálogo se constituye subjetivamente sobre aspectos dominantes en la comunicación: el proceso de comunicación define la identidad de los participantes dentro de ese espacio. La comunicación es un proceso histórico que facilita la expresión de aquellos temas más susceptibles de adquirir sentido em los términos y condiciones em los cual e sellatiene lugar, locual siempre actúa como inibidor de otros contenidos, cuya expresión es facilitada a través de instrumentos de expresión individual”.*

### **Modelo da história aplicada no Campo 1:**

*O aluno Marcos de 9 anos (mesma idade da criança), não aprende rapidamente as lições dadas em sala de aula e sempre precisa pedir ajuda da professora quando não consegue resolver alguma tarefa. Marcos é um menino falante, gosta de andar na sala durante a aula, mas é participativo e está sempre envolvido nas atividades da escola. A professora diz que Marcos não para quieto, por isso tem dificuldade em entender suas explicações.*

Desde a primeira visita realizada nas três instituições, um diário de campo foi construído para que não se perdessem informações importantes. Foram registradas neste diário, impressões obtidas, conversas formais e informais, falas, rotinas, detalhes da estrutura física da instituição, práticas e a postura dos educadores, como também, dos alunos e seus pais no caso da sala de espera que foi observada no Campo1<sup>3</sup>.

Os relatos dos educadores foram instrumentos muito importantes para esta pesquisa, pois as professoras relataram suas opiniões de forma espontânea a respeito da relação com seus alunos, com os gestores e familiares das crianças, como também das práticas metodológicas que são utilizadas e adequadas a cada faixa etária. Apontaram suas queixas e ações bem sucedidas e cada qual descreveu sua trajetória profissional dentro da instituição, o que é muito importante visto que todos os profissionais entrevistados trabalhavam na escola há bastante tempo. Desta forma, foi possível perceber como lidam com seus alunos e como concebem a infância e a sociedade atual.

Não só por meio de depoimentos, entrevistas e observações foi possível conhecer as escolas, mas também pela divulgação que as três instituições fazem nos sites da web. Nos sítios de cada escola pudemos ter acesso ao planejamento, as fotos e aos depoimentos de pessoas que conheceram os projetos realizados e participaram de alguma forma da história da instituição.

Assim, este capítulo se encerra e o próximo intitulado de: **A história da medicalização e suas implicações na educação: a tecnologia do poder**

---

<sup>3</sup> Centro Escola de Atendimento Especializado

**disciplinar e do biopoder por meio da coação adulta** tem como intuito, apontar o olhar biologizante em seus aspectos mais remotos e a forma com que a história implantou os mecanismos de poder e a lógica medicalizante impostos até hoje.

Além disso, temos a pretensão de chegar ao último capítulo **Análise e Interpretação dos dados**, com todas nossas inquietações amplamente explanadas, podendo com isso, discutir nas conclusões, que finalizarão esta tese, estratégias de ações que venham a combater, erradicar as atitudes medicalizantes na escola, rompendo com os rótulos, os quais provenientes do pensamento hegemônico têm apenas um propósito, selar destinos.

### CAPÍTULO 3

## A HISTÓRIA DA MEDICALIZAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA EDUCAÇÃO: A TECNOLOGIA DO PODER DISCIPLINAR E DO BIOPODER POR MEIO DA COAÇÃO ADULTA

Subordinada, desde muito, às representações que o futuro adquire em cada situação histórica particular, a criança torna-se igualmente subordinada às estratégias políticas e governamentais relacionadas à construção desse futuro. É esse o contexto no qual sua “modelagem” deixa de ser uma garantia socialmente partilhada sobre o direito a ser o que se é, na única faixa etária em que se pode ser o que se é, e torna-se modelagem do amanhã, de um vago amanhã que ninguém sabe o que significa.

(GONDRA, 2002).

Com este capítulo temos o propósito de iniciar uma reflexão acerca do tema da medicalização por meio de um viés histórico, para que haja uma compreensão mais aprofundada acerca da problemática, reforçando, com isso, sua importância e a certeza de que embora se trata de uma questão atual, a lógica medicalizante ganhou forma e contornos próprios ao longo da história no decorrer de várias décadas e até séculos.

A instituição escolar foi marcada pelo poder disciplinar, que se constituiu no cenário de uma sociedade eugenista e higienista e fez do corpo biológico instrumento de análise e de investidas políticas, com o propósito de extinguir todo comportamento indesejável. Com isso, a educação passa a se banhar nas águas da medicina social e a construir uma cumplicidade ideológica que marcou desde então a prática educacional no Brasil.

Alguns pontos que estarão presentes neste capítulo já foram discutidos previamente no mestrado, porém, nesta oportunidade ocorrerá um aprofundamento, o que justifica sua releitura para que ocorra um resgate e um desdobramento do tema, tecendo com isso a base de apoio para os próximos capítulos.

### 3.1 O Biopoder e a infância em sua constituição política e social.

Nesta pesquisa não se procurou promover uma crítica de ataque à profissão médica ou aos profissionais de saúde, ambos considerados por nós de suma importância desde os tempos hipocráticos. Mas sim, da prática medicalizante que se constituiu em torno da educação e suas consequências para os indivíduos e a sociedade.

No Brasil, a história da educação começa a delinear contornos próprios e significativos entre o final do século XIX e início do século XX, influenciada ainda pelos resíduos europeus de uma educação voltada aos cuidados médico-assistencialistas, com interesse em analisar e orientar o comportamento humano, em construir dispositivos dentro dos padrões positivistas para obter um poder sobre a vida – o Biopoder.

Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. (FOUCAULT, 2008 a, p. 25)

Como sabemos a história é alinear, sendo assim, por muitas vezes neste trabalho, não haverá um seguimento cronológico. Essa forma intencional permite-nos pensar a história de forma pulsante, que não obedece a uma lógica estruturante. Desta forma destacamos aqui registros de que tal questão surge a partir do século XVII, quando o poder passa a se organizar em torno da vida, o que Foucault chama de “guerra de raças” que por um lado eram atravessadas pelas disciplinas (uma anátomo - política do corpo humano), que foca no corpo individual, considerado como uma máquina; e por outro, já no século XVIII, passa a se estender à população, com interesse de controlar os processos biológicos (nascimento, mortalidade, natalidade, saúde) – o que Foucault chamou de *biopolítica da população*.

No século XVII e mais intensamente no século XVIII - século das luzes - houve grandes mudanças em relação à criança. Foi o período no qual

começou a surgir uma nova visão de infância, até mesmo nas brincadeiras e vestimentas utilizadas por elas, que até então assemelhavam-se muito ao adulto. Esse período recebeu forte influência de um marcante acontecimento histórico, o surgimento da tipografia<sup>4</sup> - que ocorreu no século XV, se intensificou dois séculos depois - pois como diz Postman (1999), foi nesse período que a infância passou a ser identificada, embora ainda sem reconhecimento, pois até então poucas pessoas eram alfabetizadas e não havia parâmetro entre a infância e a fase adulta, visto que todos pareciam ter o mesmo nível de absorção intelectual. Com a chegada da imprensa aumentou a necessidade da alfabetização, porém, acreditava-se que somente o adulto era capaz de aprender, pois a criança ainda não era dotada de razão. Desta forma, havia um marco de passagem entre a infância (ser sem razão e sem cultura) e a fase adulta (ser com razão e capaz de aprender). Nesta perspectiva podemos dizer que a noção de infância passou a ser determinada não somente por fatores biológicos, mas também, por fatores histórico-sociais.

Se até então a criança não tinha importância social, como descreve Ariès (1981) em sua obra clássica *História Social da Criança e da Família*, a partir do século XVII começa a existir por parte da família um interesse pelo desenvolvimento físico-emocional dos filhos, uma necessidade de compreendê-los diante de suas mudanças físicas e da forma com que se relacionavam. Essa percepção fez surgir uma preocupação em separar o mundo infantil do mundo adulto e o que seria mais apropriado para aquela fase da vida.

Ainda de forma muito rudimentar, pensou-se em agrupar as crianças para que elas saíssem das “trevas da ignorância” e pudessem colaborar socialmente de alguma forma, pois até então, eram vistas sob uma inutilidade social completa; a não ser pela mão de obra escravizada que embora não possuíssem grande destreza prática, eram passivas de controle e corroboravam com a mecanização<sup>5</sup>. Desta forma, a escola passou a ser o lugar da infância – o lugar adequado para se humanizar - e a criança deixou de

---

<sup>4</sup>Um maior aprofundamento dessas ideias pode ser encontrado na obra de POSTMAN, N. **O Desaparecimento da Infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

<sup>5</sup>A mecanização descrita por Perrot(1988) seria a instrumentalização para o trabalho e a alfabetização, que nesse momento seria de grande valia para que as crianças aprendessem a utilizar as novas máquinas da indústria.

aprender somente com a convivência adulta. Entretanto, a escola ainda era vista como uma espécie de quarentena, na qual a criança permanecia isolada antes de ser solta ao mundo e ainda competia com o trabalho escravo, com a solicitação da mão de obra infantil pelas fábricas, com a permuta do “trabalhar” pelo “aprender”.

Eram (as crianças) preferidas ainda por outras razões, mais decisivas. Sua fraqueza era garantia de sua docilidade: podiam ser reduzidas, sem muito esforço, a um estado de obediência passiva, ao qual os homens feitos não se deixavam facilmente dobrar. (Mantoux, 1928, p.17).

Começou então, um longo processo de enclausuramento das crianças (assim como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização (ÁRIES, 1978, p.11). Seria a forma encontrada para adaptar o corpo infantil à jornada de trabalho, pois a escola continha o mesmo formato das grandes fábricas.

Ainda no século XVII, a razão passou a ocupar o lugar da emoção e das crenças religiosas, comportamento que fez abrir caminhos para inúmeras descobertas. Sob influência das ideias europeias e de uma sociedade mais próxima dos avanços educacionais, a criança deixou de ser vista pela família como um adulto em miniatura ou ser incompleto, sem importância no seio familiar - um *enfant* -que quer dizer ‘não falante’ (sem direito à fala). Avanços significativos ocorreram em relação à infância de um século a outro. Mesmo com “passos lentos” a criança começa a ser entendida como ser humano em processo de formação e desenvolvimento, que carece de cuidados específicos.

Ao olhar a criança de outra forma, a sociedade passou a se preocupar mais com a saúde e o bem-estar infantil, pensando na importância em cuidar dos primeiros anos de vida – puericultura<sup>6</sup> - de modo a garantir a sua sobrevivência, preparando-a para um bom desenvolvimento físico e moral.

Mesmo assim, a mortalidade infantil apresentava elevados índices e a Igreja teve que intensificar ainda mais a assistência caritativa. Influenciada pelas ideias iluministas do século XVIII, a Igreja juntou-se ao Estado e criaram a assistência filantrópica. Com a sociedade cristã e o Estado, mobilizados para

---

<sup>6</sup> Definição segundo dicionário Houaiss: conjunto de noções para o cuidado médico, higiênico, nutricional, etc. das crianças pequenas desde o seu nascimento.

contribuir com os cuidados em relação à infância, as famílias passaram a ser culpabilizadas, dando origem à ideia de Eugenia<sup>7</sup>. Ou seja, era necessário encontrar o “erro” na humanidade e, com isso, procurar aperfeiçoar a espécie humana, corrigindo e eliminando os defeitos. As medidas de restabelecimento da ordem começaram então a ser tomadas.

Embora já houvesse novas preocupações sobre os problemas sociais, essas ideias ainda eram orientadas pelas leis de uma sociedade colonial em que a ordem, a justiça e todo o sistema punitivo eram controlados pelas ordenações monárquicas, o que muitas vezes acarretava em punições violentas, que em nada contribuía para o progresso da sociedade. Pelo contrário, as barbáries fizeram com que a população citadina adentrasse o século XIX sem grandes avanços.

Partia-se do pressuposto de que a pobreza e a promiscuidade andavam juntas e que causavam a desordem social, responsável pelo alto índice de abandono infantil e conseqüentemente da mortalidade precoce, ainda na primeira infância. Frente a esta questão, Costa (1989) nos oferece dados sobre o panorama legal e punitivo da Colônia, relatando as duas instituições que construíram técnicas de controle eficientes para os indivíduos: a Igreja, através da pedagogia jesuíta, e o exército. Porém, a pedagogia jesuíta foi evitada e combatida pela Coroa Portuguesa, pois contrariava a estratégia do Governo ao pressupor o desenvolvimento da instrução e da escolarização. A velha ordem colonial resistia à inovação, para que o controle partisse somente dos interesses do Governo, uma vez que a educação jesuíta propunha o controle por meio de normas geradas a partir dos interesses da cristandade.

O Brasil Colônia foi um período significativo, que deu origem a diversas questões que serão apontadas neste trabalho. Os casamentos aconteciam a partir de interesses econômicos e sociais, embora muitas vezes nascessem filhos de relacionamentos indesejados, sem aceitação social, por exemplo, filhos de escravas com seus senhores ou filhos de casais que mantinham relacionamento escondido da família, o que, inevitavelmente, causava o abandono de crianças indesejadas em portas de igrejas e casas, como

---

<sup>7</sup>Termo usado por Francis Galton a partir de 1883. Evolucionista, matemático e fisiologista ele se dedicou aos estudos da hereditariedade, com o intuito de melhorar as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente.

também um grande número de infanticídios e maus tratos, o que veio a calhar com a necessidade da implantação das *Casas de Roda*<sup>8</sup>, igualmente conhecida por *Rodas dos Expostos*, *Casa dos Enjeitados*, *Casas de Misericórdia* ou *Casa dos Expostos*, vários nomes para uma única instituição que tinha como objetivo caritativo-assistencial recolher as crianças abandonadas.

O nome *Roda* foi dado à instituição, porque a criança era depositada em um cilindro oco de madeira que girava em torno de um grande eixo, construído em muros de igrejas ou hospitais de caridade. Ao ser colocado, o “exposto” era entregue passando para o lado de dentro da instituição, sem nenhuma identificação, o que evitava que o depositário e o receptor tivessem algum contato visual.

Kishimoto<sup>9</sup> traz um registro histórico, no qual podemos verificar a existência de um regulamento específico destinado a estas casas:

(...) O regulamento dos expostos, aprovado em sessão de 13 de setembro de 1874, especifica como obrigação da misericórdia a criação do exposto pelo tempo de um ano e meio de sua amamentação e por mais cinco anos e meio, ou seja, um total de sete anos. Após o que cessa a obrigatoriedade do cuidado com essas crianças que são devolvidas a pais ou parentes, doados a interessados, ou ainda, enviados ao juizado de órfãos. (PARECER DA COMISSÃO ESPECIAL, 1874, *apud* KISHIMOTO, 1988, p.48).

As *Casas de Roda* tornaram-se então, um grande depósito de crianças enjeitadas. Segundo (COSTA, 1989, p.164), essas casas foram fundadas e se mantiveram com o intuito de proteger a honra da família colonial e a vida da infância. Porém, houve um abuso por parte de homens e mulheres que passaram a ver a Roda como uma alternativa para encobrir suas transgressões sexuais, ou seja, estavam certos de que poderiam esconder os filhos ilegítimos ou rejeitados local onde seriam bem tratados, sem prejuízo da própria imagem. Com isso, a Roda incitava a libertinagem, o que desembocou

---

<sup>8</sup>Esta instituição foi criada em 1738 por Romão Mattos Duarte, com o objetivo caritativo-assistencial de recolher as crianças abandonadas.

<sup>9</sup> A obra original não foi utilizada, pois não se sabe o nome do livro, visto que na referência não consta.

em uma superpopulação de crianças abandonadas, que chegavam muitas vezes à beira da morte, em um lugar no qual obtinham precária atenção.

Este foi um marco na história social da criança abandonada, tanto na Europa quanto no Brasil, que influenciou inclusive no aparecimento de uma nova função laboral, a ama-de-leite mercenária, as quais eram chamadas dessa forma, pois amamentavam outras crianças além dos seus. Apenas interessadas pelo dinheiro, sem higiene ou cuidados específicos, o que somado à precariedade do saneamento básico, causava muitas mortes prematuras nos primeiros meses de vida dos bebês.

Essas questões só começaram a ser pensadas no final do século XIX, com o grande número de crianças abandonadas, e as limitações que sofriam as instituições de caridade. Essa “facilidade” no abandono infantil não instruiu a população; pelo contrário, incentivava a desordem social e conseqüentemente a política, o que deu legitimidade ao Estado para dominar as ações individuais e coletivas, pois o Estado passou a ter que interferir na forma com que as famílias se organizavam, procriavam e planejavam suas ações. Neste momento, as técnicas disciplinares saem do ostracismo colonial e começam a ocupar o primeiro plano da cena político-urbana (COSTA, 1989, p. 57).

Resulta desse processo a necessidade de intervenção da escola para combater a desordem social. Tal instituição foi criada para receber o povo que, formado em sua maioria por mestiços, negros e índios, encontravam-se às margens de investimentos e preocupações sociais. Com isso, a escola, a princípio, afastou as crianças das classes mais abastadas, pois além de contarem com uma educação domiciliar, ainda seus pais temiam que sofressem influências negativas das crianças consideradas moralmente afetadas, filhos de pais “degenerados” como eram chamados, pertencentes às classes e raças “inferiores”

Costa (1989) também aponta que neste período, os jesuítas passaram a interatuar no sistema educacional, o que fez com que a educação se transformasse em um aparelho disciplinar eficiente. Analisando a história, podemos perceber claramente que o aparelho disciplinar jesuítico foi para os colégios o que o dispositivo militar foi para as cidades. As técnicas de adestramento eram as mesmas, como também o culto ao corpo, que

demonstrava a sanidade mental do indivíduo; analisando, assim, que o ser capaz era o ser sadio, que dispunha de cuidados extremamente rigorosos com o corpo, inclusive na alimentação.

O pensamento higienista seria então uma das formas disciplinares que surgiu com o objetivo de reestruturar o núcleo familiar, mas isso só ocorre através do poder médico que se insere na política de transformação do coletivo, para compensar as deficiências da lei e entrar no espaço da norma. No casamento higienista deveriam existir três princípios básicos: o *status* social, uma boa saúde física e uma boa formação moral. Estes “pré-requisitos” para uma boa união atenderiam o objetivo principal da ordem higienista-médica, para possibilitar condições de produzir uma norma familiar capaz de formar cidadãos domesticados, normatizados, higienizados e individualizados, que se tornariam aptos a colaborar com o progresso da cidade, do Estado, enfim, da Pátria.

### **3.2 Biopolítica e normalização: condutas de interferência nos valores e nos hábitos da população.**

No que se refere à noção de normalização, Foucault apresenta com precisão em *Segurança, território, população* (2004, p. 58), a forma com que a disciplina e a norma se fizeram presentes na base sustentável de uma nova política voltada para a “poda” de qualquer conduta que incitasse o desvio.

A normalização disciplinar consiste em traçar primeiro um modelo, um modelo ótimo que está construído em função de um determinado resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em tratar de conformar as pessoas, os gestos, os atos a este modelo. O normal é, precisamente, o que é capaz de adequar-se a esta norma, e o anormal, o que não o é. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, mas sim a norma. Para dizer de outra maneira, a norma tem um caráter primariamente prescritivo, e a determinação e distinção entre o normal e o anormal resultam em possibilidades decorrentes dessa norma postulada.

Assim, a escola foi pensada para ser esse lugar de aplicação da norma, das prescrições pré-estabelecidas, que serviria como dispositivo para o alcance da ordem social. A ética e os valores ordenavam as condutas no

convívio social, modelando o indivíduo para que sua vida privada e familiar seguisse atrelada aos anseios políticos de uma determinada classe social - a burguesia.

É mais fácil visualizar este processo quando se analisam os resultados alcançados pela educação higiênica, que levou a medicina para dentro dos bairros, das escolas e das famílias para construir uma obrigatoriedade na forma de cuidar do corpo e da vida. Embora a educação higiênica tenha sido focada em um corpo individualizado, influenciou e manipulou tanto política como economicamente a vida social. Mas estes resultados foram obtidos por meio do controle moral, mediante o qual se ensinava que a boa educação estaria nas condutas civilizadas e no autocontrole.

Para Boarini (2003), a educação higiênica no início do século XX veio disposta a refinar e a racionalizar a primitiva sociedade colonial, gerando um processo de hierarquização social da inteligência e das boas maneiras. Instalou-se a ideia de que ser culto era superior ao ser inculto, de que uma vida abastada de conhecimento proporcionaria uma vida feliz, uma nova forma de viver, uma maneira consciente de pensar e de sentir, enfim, um pouco daquilo que os gregos chamavam de *éthos* – na medida em que adota uma forma prática da superação do próprio limite.

Estabeleceu-se, assim, a razão como princípio fundamental para orientar a vida das pessoas, a fim de que se pudessem alcançar o progresso. Aos poucos, houve uma evolução higiênica da família, aumentando a disciplina, a vigilância e a repressão, que se estenderam também ao âmbito da educação. Os higienistas acreditavam que se o controle do corpo fosse feito desde a infância, as condutas na fase adulta já estariam condizentes com o ideal desejado, isto é, uma criança bem fiscalizada seria o perfeito adulto higiênico. Porém, essas condutas não propiciavam o desenvolvimento da conscientização no sentido de levar os indivíduos a mudarem suas visões de mundo. A ação das normas educativo-terapêuticas se instituíram de forma despolitizada, individualizante, reduzindo o indivíduo a um mero produto de seu intimismo psicológico, sem levar em consideração às próprias necessidades sócio emocionais.

Segundo Costa (1989), foi com a chegada da Corte ao Brasil que ocorreram várias modificações, pois além da família Real, várias figuras

estrangeiras importantes como também a “nata” da sociedade brasileira e dos profissionais da área diplomática se concentraram, aumentando a população do Rio de Janeiro. A pressão da população e as exigências higiênicas da elite movimentaram a necessidade de mudança, o que fez com que os profissionais da área médica fossem mais solicitados. Entre as grandes conquistas da superioridade médica, está a técnica de higienização das populações. Na Colônia, a conduta anti-higiênica, a falta de saneamento e a falta de hábitos salutarres da população, impediam o progresso. Com o crescimento demográfico nas cidades, foi necessário pensarem uma forma eficiente de bloqueio higiênico para que as epidemias fossem aos poucos substituídas por uma melhor qualidade de vida.

Embora haja neste trabalho um apontamento crítico em relação a condutas e práticas normatizadoras e disciplinadoras, temos a consciência de que medidas de controles epidêmicos se faziam necessárias, pois traria como consequência a diminuição de mortes o que em qualquer aspecto significaria avanços positivos para a população. Entretanto, economicamente e burocraticamente a administração imperial ainda não contava com uma organização capaz de conseguir tal controle sem a ajuda de fiscais, diga-se de passagem, despreparados, o que acabou por delegar poderes a pessoas que viriam a atuar como auxiliares dos profissionais da área médica, pela força arbitrária e pelo poder.

Esses auxiliares recebiam o nome de *Almotacés*. Eles operavam e fiscalizavam essa área, como diz Costa (1989), com caráter vigilante de ação ligada à justiça, a qual atuava no universo de punição que caracterizava todos como se fossem marginais. Essa fiscalização era descontínua, fragmentar. Não prevenia nem conscientizava - no âmbito social -, o que a tornava uma vigilância constantemente punitiva, que estigmatizava e reprimia por meio de procedimentos institucionalmente legais, propiciando o que chamamos hoje de abuso de poder, o qual se dava através de tais condutas e de um olhar hierárquico.

Se antes os cuidados infantis se reduziam à assistência caritativa, a partir daquele momento passou a ter outro valor. Com a necessidade da alfabetização e da entrada do homem no mundo da razão, a escola passou a ser espaço primordial da infância e seria lá o lugar mais apropriado para a

medicina influenciar o comportamento de cada aluno, imprimindo ali o seu poder, visto que a família estaria distante daquelas ações e ainda seria diretamente beneficiada” com a modificação das condutas de seus filhos. Além disso, indiretamente poderiam servir também como fiscalizadoras. Desta forma, os higienistas passaram a pensar que, ao invés de castigar os cidadãos, deveriam prevenir, pensando no adulto de amanhã, construindo seres sujeitáveis e submissos.

A família passou a ser abordada com a justificativa de que a submissão às novas leis de conduta possibilitaria a sobrevivência da prole, o prolongamento da saúde e a felicidade do corpo. Deixá-los vulneráveis os tornariam aliados, o que facilitaria o controle sobre suas crianças. Dessa forma, fica evidente a preocupação em estabelecer a norma, que pudesse orientar as práticas higiênicas com o apoio da família. Entretanto aqueles que não tinham família não contavam com a supervisão médica, mas sim com a vigilância policial, por intermédio da qual muitas vezes eram encaminhados às prisões e aos asilos, permanecendo à margem dos cuidados do estado. Esses não seriam multiplicadores, portanto, não eram de grande utilidade.

Nesse intenso desejo de progresso, a higienização da família foi uma das propostas pensadas para contribuir com o desenvolvimento urbano, principalmente nos grandes centros. A medicina se voltou para esse fim, embora devamos deixar bem claro que nem todos os médicos se interessaram por essa prática médica higienista, mas os que abraçaram a causa se propuseram a modificar os hábitos através do disciplinamento, partindo de um ideal de comportamento, onde todo e qualquer indivíduo que não obedecesse às normas era considerado fora do padrão desejado. Machado de Assis em sua obra “*O Alienista*” de (1882), já referenciado neste trabalho, toma como base de escrita a crítica a este tipo de pensamento.

### **3.3 A família e o privado como foco de intervenção higienista e eugenista.**

A família, mesmo dentro de uma posição senhorial, estava sendo dominada lentamente, tomada por pequenos poderes que eram representados por agentes do Estado, responsáveis pela divisão dos padrões de comportamento social em legais e normativos, buscando a universalização de

novos valores, principalmente o de acreditar na supervalorização do Estado em relação à família, regulando os indivíduos para que se adaptassem à ordem imposta pelo poder, não apenas para abolir as condutas inaceitáveis, mas também para que houvesse a incorporação de novas condutas.

A medicina começou a atuar mais próxima das pessoas, segundo uma prática filantrópico-assistencialista que invadia a vida privada sem que configurasse um ato de desrespeito, mas que se caracterizasse como uma atenção do Estado para com seu povo, o que “imobilizou” a população deixando-a sob tutela do domínio estatal. Em 1829-1830 houve uma ascensão significativa desse poder, pela qual a higiene médica obteve o seu reconhecimento público, impondo-se junto ao poder central como elemento essencial à proteção da saúde pública.

Desenvolvendo uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contornou as vicissitudes da lei, classificando as condutas lesa-Estado como antinaturais e anormais. Todo trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX vai ser montado sobre a ideia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado (COSTA, 1989, p.63).

Segundo o autor, podemos dizer que a higiene, a princípio, parece cuidar da moral e dos bons costumes da vida privada e pública dos indivíduos, mas na verdade o maior alvo da higiene sempre foi a família, ao passar a ideia de que era necessário um cuidado científico para que ela pudesse se adaptar à urbanização e cuidar dos filhos, pois os pais eram vistos como incapazes visto que erravam por ignorância e a família acabava por descobrir no saber higiênico a prova de sua incompetência que os higienistas faziam questão de apontar.

Desta forma, a medicina passou a ser recebida e internalizada pela família que pôde reconhecê-la como padrão regulador dos comportamentos, impedindo toda e qualquer conduta que se desviasse do padrão desejado pelos higienistas. Se o principal objetivo do Estado era combater os maus hábitos entre os adultos, isso só ocorria com a intenção de que a criança fosse guiada por hábitos saudáveis, pensando nela como adulto do amanhã que contribuiria para o progresso.

A família passou então a ser moldada segundo o código médico e a casa converteu-se em local constante de vigilância de saúde, controle de doenças e de militância moral. Um modelo de regulação disciplinar foi sendo desenhado e construído progressivamente, invadindo a forma de funcionamento familiar e pouco a pouco foi se configurando o conceito de família “perfeita”, a família nuclear, na qual o filho era sadio e respeitador, a mãe amorosa e dedicada ao lar e o pai progenitor, responsável pelo sustento da casa.

Foucault (2008a) em sua obra *Vigiar e Punir*, faz uma discussão singular sobre a ação da disciplina como reguladora dos instrumentos normalizadores, a qual favoreceu a docilidade com que a família se sujeitou à higiene, o que acabou desencadeando uma nova constituição social. A higiene, representada por cientistas da área médica, chegou exercendo um papel de suposto saber que, tomado de pleno poder, recebeu licença para adentrar no seio familiar e conseqüentemente influenciar o funcionamento de outras áreas que até então não faziam parte da competência médica, como por exemplo, a educação. A escola foi alvo dessa prática médica, pois viu-se nessa instituição, um campo fértil para cultivar as sementes da disciplina que germinariam a melhoria social das próximas décadas.

A disciplina para Foucault tem ligação direta com o poder, pois segundo ele o poder é a ação das forças em detrimento de algo ou de alguém que exerce fragilidade ou submissão em relação ao outro. O olhar hierárquico, que estigmatiza e reprime o que não é aceitável, tem como objetivo disciplinar o corpo dócil - termo usado por Foucault - que está adjacente a uma época clássica em que houve a descoberta do corpo como um alvo de poder. Os higienistas se utilizaram, em suas investidas, de um corpo que pode ser manipulado, modelado, treinado, que obedece e corresponde aos desejos dos detentores do poder que neste caso, está caracterizado na figura médica.

(...) O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos

“dóceis”.A disciplina aumenta as forças do corpo(em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência).(FOUCAULT,2008 a,p.119).

O autor então elucida que o disciplinamento veio não só para moldar a forma de organização familiar, como também, para cobrir de domínio através da norma, todo o corpo social que ao ser vigiado e manipulado “lubrificava” toda engrenagem, tornando-se a vigilância um operador econômico determinante, na medida em que o poder disciplinar influencia na produtividade social.

Mais tarde com o Iluminismo, as preocupações com a infância se intensificaram e se centraram na ideia de transformar a criança em “homem dotado de razão”, sempre com o objetivo de torná-la produtiva. Mas é no século XIX que a escola passa a ser o local por excelência da educação e da aprendizagem das crianças, havendo os disciplinamentos impostos pela instituição, com o intuito de constituir sujeitos eugênicos e capazes, que dêem conta de uma nova forma econômica que surgia naquele momento - a industrialização.

Já durante todo o século XIX e início do século XX, percebem-se todos os resíduos cristalizados de uma sociedade eugênica e higiênica, que passa a ter como suporte social, verdades construídas ainda no Brasil Colônia. Várias iniciativas, nesta época demonstram uma concepção assistencial que proveniente de inúmeras leis, acaba por influenciar as condutas jurídicas, sanitárias e educacionais, tendo sido denominada de período assistencial científico. Assim:

As primeiras décadas do século XX, no Brasil, foram marcadas por um amplo debate em torno da reconstrução da identidade nacional, em meio à constatação de um quadro sanitário-educacional extremamente precário, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais. Desencadeou-se um verdadeiro movimento pela saúde e saneamento do Brasil, marcado pela presença da doença como o grande obstáculo a ser superado, articulada fortemente com os temas da natureza, do clima, da raça, dentre outros (BOARINI, 2003, p. 45).

Desta forma, a infância passou a ser mais valorizada, sendo alvo de cuidados específicos por meio de um controle assíduo. Se esse “controle” do corpo tinha como principal objetivo obter uma infância protegida e higienizada,

para que houvesse a defesa da sociedade, pensando a criança como o “adulto do amanhã”, só o tinha para que esse “adulto do amanhã” viesse a ser um aparelho social eficiente, isto é, um cidadão que viesse a contribuir para o avanço de sua nação com suas práticas progressistas e salubres. A escola se tornou o lugar apropriado para cultivar os bons hábitos na infância, cujo objetivo seria buscar a harmonização do corpo e do espírito com o alcance da disciplina. Segundo Ternes (2006,p. 102):

Desde meados do século XIX, toma corpo a ideia de que a escola e, particularmente, a Universidade está a serviço da sociedade e deve constituir-se no principal espaço de inovação tecnológica e de modernização, privilegiando, antes de tudo, a formação de mão-de-obra.

Surge no ano de 1846, a primeira escola infantil pública do Brasil, denominada Caetano de Campos, frequentada por crianças pertencentes às classes mais abastadas. Isso significa afirmar que se a escola primeiramente veio a surgir com o intuito de “cuidar” das crianças pobres, consideradas cidadãos em estado de risco, mais tarde veio a atender outra clientela, desta vez sem o intuito de proclamar a ordem e modelar para o progresso, mas para manter e cultivar a disciplina que já havia sido adquirida no seio familiar. Kuhlmann (2001) relata a principal preocupação da educação infantil naquela época:

A preocupação com a formação dos bons hábitos, do cultivo da docilidade, estava presente no jardim. As crianças eram alvos da constante intervenção e vigilância dos adultos; a educação moral, voltada para a disciplina, a obediência, a polidez, era o núcleo da formação, mesmo que no interior de um ambiente pedagógico bastante rico e diversificado. Para ensinar a moral não se valia da coerção, mas de modelos normativos, da aprendizagem de rituais para inserção social e dos exemplos de atitudes que são passados no próprio momento do ensino como, por exemplo, no momento de escolher e contar uma história (p.159).

Além da preocupação com a saúde e a higiene, que visava o controle das normas pelo disciplinamento do indivíduo, houve também todo um discurso eugênico que se criou na ciência médica, com o intuito de dar uma efetiva atenção à raça. Esta era uma questão de suma importância para os

médicos, que tinham a raça como responsável pelo progresso ou detrimento social.

A eugenia, assim, funcionou como um princípio de racionalidade e infiltrou-se como um dispositivo que contribuiria tanto com o disciplinamento da máquina<sup>10</sup> quanto com a depuração da raça. A ideia do branqueamento da raça acompanhou a justificativa de que o negro estava intimamente ligado à pobreza e à ignorância, o que seria um perigo para o controle das doenças e da ordem social.

Historicamente, os estudiosos da medicalização preocuparam-se em denunciar o crescente uso da racionalidade médica para abordar problemas de ordem socioeconômica-cultural, prática esta que ocasionaria a chamada culpabilização da vítima (*victimblaming*<sup>11</sup>), onde o foco do problema deslocar-se-ia do problema objetivo em si – suas causas e implicações – para se concentrar no aspecto subjetivo do indivíduo. Trata-se de uma ideologia que culpabiliza o indivíduo pela sua doença e propõe que, ao invés de confiar a responsabilidade das doenças aos serviços médicos,(...) o indivíduo deva assumir uma maior responsabilidade por si e por sua saúde.

Os higienistas, tomados por uma visão extremamente biologizante e organicista, tinham como certeza que a depuração de sangues inferiores tornaria a população mais homogênea racialmente o que facilitaria no trabalho de alcance da civilização.

A eugenia modelando os corpos físicos (re)modelaria o corpo social, pelo “revigoramento” orgânico e pela “construção” da consciência do cidadão. Estabeleceria o lugar dos diferentes grupos na sociedade acenando-lhes porém com a possibilidade de outras posições assim que atingissem o branqueamento, a disciplina e a normalização (MARQUES, 1994, p. 44).

Sendo assim, além da família, a raça também se tornou alvo de controle e modelamento dos intelectuais, que tinham como exemplo a nobreza lusa e a sociedade burguesa europeia. A princípio, os higienistas acreditavam que o meio dominaria os indivíduos. Porém, após um tempo, com o aprofundamento dos seus estudos científicos, os higienistas perceberam que somente cuidar da higiene, modificando o meio, os costumes e os hábitos, não era o suficiente

---

<sup>10</sup> Termo usado por Foucault para representar o corpo, composto por várias “peças” elementares que se combinam.

<sup>11</sup> Termo usado por Crawford em 1977.

para fazer nascer o progresso, além de organizar as cidades, controlar as doenças e reformular todo o contexto político-cultural. Era preciso cuidar de algo que independia da higiene - a genética, enfim, a semente hereditária.

Na medida em que a eugenia buscava administrar a procriação dos “tipos não desejáveis”, e os eugenistas deparavam-se com estreitos limites jurídicos – as leis que garantiriam “a descendência necessária” não estavam sendo aprovadas -, intentaram eles dificultar aquela procriação por outras vias. Assim vislumbraram nos poderes educacionais da escola não somente um instrumento fundamental de persuasão para a realização dos casamentos eugênicos, como também descobriram o espaço da escola como importante fórum de gerência populacional.

Os higienistas procuravam o branqueamento da raça, por associar o branco a um corpo saudável, sexualmente forte e moralmente regrado. Já o negro era coligado ao descontrole social, a um intelecto empobrecido e a uma moral e uma constituição física e mental desagregadas.

A década de 1870 possui como marco a entrada significativa da influência médico-higienista nas questões educacionais. A escola foi vista como um local onde a criança passaria a refletir sobre a importância da virtude física e moral, como também, a ter uma conscientização racial, que possibilitasse associar o progresso à raça branca, recriminando o ócio e aceitando o valor do trabalho como dignificação do homem.

Se os vícios, os maus hábitos, as crenças e a ignorância cultural poderiam ser transmitidas à criança pela família, era preciso, segundo os higienistas, apartar a criança de seus progenitores para que o futuro fosse pensado e mudado, embutindo-lhes bons hábitos ainda na primeira infância, com o intuito de haver uma superação do modo de vida dos pais, fazendo dessa criança um soldado disseminador das ideias higienistas. O discurso médico apontava para a importância de uma intervenção precoce, pois a criança era vista como “cera a modelar”, na qual facilmente se imprimia a forma que se desejava. Segundo Marques (1994) a instituição modelar tornava-se educativa já na sua própria concepção arquitetônica. Já os hábitos dos adultos seria mais difícil modificar, visto que, como dizia Júlio Pires Porto -

Carrero<sup>12</sup> “é de pequenino que se torce o pepino”, pois na infância a criança é passível de modelamento.

Ver a criança como entidade física-moral ainda sem forma justificava todas as investidas de instalações de hábitos, tão defendida pela sociedade médica-sanitarista que acreditava na importância da domesticação<sup>13</sup> disciplinar. Essa ideia se intensificou cada vez mais no final do século XIX e início do século XX, porém, é na primeira metade do século XX, mais especificamente na década de 1920 que a higienização tomou força maior, havendo o processo de desenvolvimento de uma vida regulada pelos discursos e práticas médicas, sendo inclusive apoiada pelo Estado, cujo projeto era construir um movimento civilizatório rumo a uma nação próspera.

O benefício iria além da escola: alcançará os demais membros da família, que deverão uma boa parte de sua saúde e de seus hábitos sanitários à influência do professor. (Almeida Junior, 1922,p.53).

Essas práticas de “ir inculcando hábitos sadios” nas crianças, pela higiene, era a simbiose perfeita da educação moral com a educação higiênica na medida em que “reunir uma a outra é aproveitar a ambas: a moral, assegurando a execução da higiene, fornecendo a concretização e a prática da solidariedade humana. (Almeida Júnior, 1922, p.56).

O interesse pela infância seria então a preparação para o adulto do amanhã. Vem daí o fato de as ações preventivas e educativas a ela dirigidas resultarem na criação de um homem melhorado e sadio, que viria propagar as ideias higienistas servindo à nação, colaborando com isso para a ordem social. Se antes a criança era manipulada pela igreja e pela família, agora passa a ser objeto de manipulação da ciência e o seu corpo torna-se alvo de mais um mecanismo de poder. A escola passou a ser vista como o meio e a criança como o fim dos alvos das ações de prevenção e saneamento, onde educação e saúde se uniram para normalizá-la, enquanto o educador passou a representar um “identificador de anormalidades”.

---

<sup>12</sup> Médico psiquiatra, participou do movimento higienista e teve uma importante atuação como educador no movimento da “Escola Nova”. Nome de peso dentro da prática eugênica, foi um dos introdutores das ideias de Freud no Brasil, na década de 1920.

<sup>13</sup> Termo usado por Foucault em sua obra Vigiar e Punir (2008 a), para se referir ao disciplinamento do homem.

Guiados pelas ideias eugenistas de Galton, Morel e Lombroso, a medicina passou a ver o professor como aliado e necessitava treiná-lo, desenvolvendo-lhe o “olho clínico” e assim torná-lo coadjuvante dos diagnósticos, partindo de um modelo positivista de normalidade que vinha escudado por um discurso científico. O professor passara então a pensar além das questões metodológicas de sala de aula, ele deveria identificar os alunos anormais e tomar providências para “endireitá-los” – expressão utilizada pelo médico Carlos Sá, inspetor sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública, que ficou famoso por criar os “Pelotões de Saúde” (Marques, 1994).

Nos “Pelotões de Saúde” havia uma investigação acerca do cotidiano da criança, que regulava desde a escovação dos dentes até a formação do caráter. A partir daí surgiram nas escolas condutas que se caracterizavam como higiene mental e diversos dispositivos normalizadores, que acabaram se instituindo: a inspeção médica, a ficha sanitária do aluno e a figura do professor soldado, cujo currículo de formação passou a ter disciplinas de conteúdo das áreas médica e biológica. A ficha sanitária do aluno era preenchida pelo professor todos os dias.

Fazendo desfilar a classe diante de si, o professor deveria esquadrihar o corpo de cada aluno, examinando-lhe mão, unhas, cabelos, orelhas e, ainda, as roupas e os sapatos. Marcar a importância do asseio, explicar minuciosamente em que consiste incentivar a repetição das noções, examinar acuradamente, chamando a atenção para as falhas e louvando os acertos são os elementos que compõem essa prática, por meio da qual se buscava conformar os corpos e gestos infantis, produzindo comportamentos considerados civilizados. (ROCHA, 2003, p. 49)

Patto (1991) localiza a entrada dessas ideias no Brasil, no início do século XX, por Franco da Rocha, Lourenço Filho e Durval Marcondes em São Paulo e por Arthur Ramos que desempenhou papel semelhante no Rio de Janeiro. A primeira experiência brasileira de instalação de clínicas de higiene mental nas escolas foi o “Serviço de Higiene Mental da Seção de Ortofrenia e Higiene do Instituto de Pesquisas Educacionais”, fundada quando da reforma do Ensino Municipal do Distrito Federal instalada em 1934, mostrando claramente uma operacionalização da influência do modelo médico nas

escolas brasileiras, originado do movimento higienista norte-americano, que Ramos ajudou a introduzir no Brasil.

A instituição escola seria então um dos lugares de ação desse poder científico, que viria para “reformatar” os cidadãos deste país e afastar do caminho do progresso as “enfermidades” morais. Tentaria construir na criança higienizada um corpo apto, constituído com vigor resultante do cultivo da educação física e dos hábitos sadios. A escola torna-se o lugar de ação de várias disciplinas e formas de disciplinamento e, como diz Foucault (2008a), a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado, impondo uma relação de docilidade-utilidade.

As normas, que vieram para diferenciar as boas condutas das más e enquadrar os comportamentos considerados adequados, tinham como parâmetro a ideia de anormal ou patológico. O Normal vem se estabelecer como uma forma de aprisionar o aluno, que através de uma educação padronizada, universaliza e iguala os desiguais, sem levar em consideração as singularidades de cada indivíduo.

Detectados os desvios conforme as normas, o corpo que não se comportasse de forma dócil e submisso, passaria então a sofrer sanções normalizadoras que vinham para combater a suposta “rebeldia”. Quais seriam estas sanções normalizadoras? A princípio, o castigo físico era o principal instrumento. A punição existia como forma de fazer o aluno obedecer a partir da dor e da humilhação e, posteriormente, vinha o exame médico-psicológico do escolar, com o objetivo de sanar os “alunos-problema”.

Cada vez mais a educação foi se desenhando nas ideias geneticistas, para a qual a hereditariedade já trazia de antemão informações rotuladoras e estigmatizantes sobre a criança. A eugenia, cada vez mais forte, tratava a genética como um biopoder, pensando o indivíduo como homem-máquina e corpo espécie, que vinha carregado de inúmeras expectativas sobre os processos biológicos, como os aspectos orgânicos próprios da raça. Sendo assim, os eugenistas viam a escola como um local que possibilitava a união harmônica do corpo e do espírito, podendo, pela cultura, melhorar o indivíduo e, conseqüentemente, a espécie. Essa visão de uma escola capaz de cuidar do corpo e da mente fazia ver como indispensável a presença de novos saberes a

compor a equipe escolar, como os profissionais da saúde. Assim, a escola passou a ser uma rede de saberes e poderes que como uma teia, entrelaçava as concepções dos detentores do saber: higienistas e educadores.

A nova palavra de ordem é a *higiene mental escolar*. Com intenções preventivas, as clínicas de higiene mental e de orientação infantil disseminaram-se no mundo a partir da década de vinte e se propõe a estudar e corrigir os *desajustamentos infantis*. Sob o nome de psico-clínicas, clínicas ortofrênicas, clínicas de orientação ou clínicas de higiene mental infantil, elas servem à rede escolar através do diagnóstico, o mais precocemente possível de distúrbios da aprendizagem. A obsessão preventiva tem como lema "*keep the normal child normal*" (mantenha normal a criança normal) e em seu nome são criadas as "clínicas de hábitos" para crianças em idade pré-escolar. (PATTO, 1991, p.44)

Toda essa forma de ver a educação surgiu no desejo de alcançar uma sociedade organizada e civilizada, que preparasse o indivíduo para o trabalho, disciplinando-o para que ele pudesse aceitar passivamente uma jornada laboral, pois afinal, as instituições educacionais acabaram desempenhando segundo Sarup (1978) - grande estudioso das ideias marxistas - um papel crucial na reprodução socioeconômica, pois com seu caráter hierárquico a educação sempre fez uma seleção social através da estratificação, que delineava comportamentos disciplinados e produtivos, o que tornaria os alunos futuramente aptos a produzir o que o capital engendrava, garantindo com isso a força de trabalho necessária para o desenvolvimento capitalista do país. De acordo com Constantino e Caruso (2003), p. 30, "trabalho e não-trabalho estabeleciam a cisão entre normal e o anormal".

A baixa produção ou desvios na forma de produzir implicava uma intervenção de autoridade, que fiscalizava e punia, tendo como objetivo manter o alunado sob controle. A fiscalização era feita por inspeções que tinham um caráter de polícia médica e ao mesmo tempo formas de atuação de uma medicina social, própria da época.

A vigilância dos alunos, realizada por meio dos exames médicos, constituía-se no espaço da revista, espaço esse em que os alunos são observados por um poder que só se manifesta pelo olhar e no qual são levantados conhecimentos sobre o aluno, conhecimentos esses que são anotados, documentadas as aptidões, os vícios, as degenerescências,

permitindo comparações, classificações, categorizações que servirão para a fixação de norma - de códigos médicos escolares - cujo objetivo será mantê-los sob controle por um lado, estabelecendo os gestos, os comportamentos normais; e, por outro, inserindo e distribuindo-os numa população, sem tirá-los da especificação de ser um “caso” que poderá ser normalizado ou excluído. (MARQUES,1994, p.113)

Esses dados, analisados conforme a citação anterior, era uma ficha sanitária individual dos alunos na qual eram anotados aspectos sociológicos, antropológicos, psíquicos e pedagógicos, com a participação dos profissionais da saúde e dos professores, que relatavam dados sobre a atenção, inteligência, memória, comportamentos, enfim, toda e qualquer manifestação do aluno no cotidiano escolar. Esses registros eram utilizados como uma operação de exame, nos quais havia uma comparação das crianças entre si e com outras de outro meio social. Pode-se dizer que a criança passava por um processo de esquadramento, em que o sistema fragmentava seu corpo e a mente.

Essa ficha era analisada pelos médicos, e em caso de suspeita de anormalidade iniciavam um tratamento médico específico ao aluno. A escola tornava-se, então, local onde se fazia cada vez mais um trabalho profilático. Nesse sentido, o exame antro-po-pedagógico delegou ao professor a tarefa de supervisionar, para junto com a área médica diagnosticar, excluir ou tratar os que se desviavam da “normalidade”.

A medicalização da infância veio como consequência da higienização e, neste sentido, educação e saúde se uniram ideologicamente como elementos inseparáveis na implantação de um programa de normalização e moralização, que visava a manter um forte pilar social - a ordem - pelos bons hábitos. Desde então, a educação passou a ser alvo do poder médico, configurada pelo papel de manter os indivíduos na heteronomia, que desde então, eram fortalecidas na escola pelas relações de coação, nas quais as regras e normas eram impostas, dadas como verdades únicas e imutáveis.

Porém, educadores e médicos percebiam que tais ideias impostas às crianças eram absorvidas superficialmente dando a noção de rebeldia ou de conceitos e hábitos mal introjetados, o que é possível compreender se seguirmos a linha de raciocínio de Piaget (1932/1994, 1930/1998) que discorda

da posição de que a moralidade é apreendida pela imposição da autoridade, e indica que as trocas e o respeito sejam possibilitadas pelas relações de cooperação, o que é imprescindível para a real introjeção e aceitação dos valores morais. Segundo Colombani; Martins; Shimizu (2014, 204):

Para Piaget, o ideal é que a consciência tenda para a moralidade como um bem autônomo e que seja capaz de apreciar os valores das regras, uma vez que a moral não está nas regras que os indivíduos utilizam para realizar julgamentos morais, mas sim no princípio norteador de sua obediência: a reciprocidade.

Contudo, as práticas de coação e assujeitamento se intensificaram cada vez mais dentro das escolas e a pedagogia e a medicina se articularam para fazer do universo escolar objeto do saber científico, construindo o novo homem e a nova sociedade, dando continuidade à medicina sanitaria, que surgira com o intuito de fiscalizar os domicílios, higienizando a população e desestimulando o ócio.

O ócio foi outra questão tomada pela escola como importante, pois na sociedade colonial o tempo não era algo tão valorizado, coisa que em uma sociedade capitalista em processo de industrialização não poderia ocorrer, como indica a famosa frase “tempo é dinheiro”. Havia uma irresponsabilidade em relação ao trabalho e à diversão e isso, segundo os progressistas, precisaria ser mudado e a escola deveria contribuir para essa mudança, modificando também os hábitos de lazer.

Essas ideias influenciaram os educadores no trabalho pedagógico com crianças, pois passaram a tolher o ato de brincar e as brincadeiras no cotidiano escolar, não pensando estas atividades como instrumento fundamental para o desenvolvimento infantil, mas como um desgaste de energia inútil que só estimulava o descompromisso com a educação. Desta forma, o lazer na escola, o recreio e as atividades físicas passaram a ser um lazer proposital, direcionado a um sentido formativo, o qual só existiria com o intuito de ilustrar algum conhecimento proposto pela prática pedagógica.

O tempo passa, então a ser instrumento disciplinar significativo, “precioso” que não condiz com momentos de ociosidade. Pelo contrário,

deveria ser valorizado para preservar o corpo dos vícios e dos maus hábitos, que acarretariam em prejuízo do desenvolvimento físico e moral do indivíduo.

Se a vigilância estava presente nos diversos setores sociais, havia também todo um aparato punitivo, que cada vez mais passou a ser elaborado por normas médicas. Um instrumento punitivo significativo foi o uso das medicações psicotrópicas, que passaram a ser utilizadas frente às más condutas, tidas como “crimes higiênicos”. Estes medicamentos eram prescritos, sem saber qual efeito de fato causaria no indivíduo, fosse ele adulto ou criança. O castigo através da violência física foi lentamente cedendo lugar ao castigo simbólico e, se antes a psiquiatria se limitava a atuar no espaço hospitalar, mais tarde começou a se incorporar às ideias higienistas, deixando de atuar somente nos manicômios para lançar seus tentáculos em outras direções, como por exemplo, na escola.

Este capítulo teve como objetivo, introduzir o leitor no tema da medicalização escolar por meio da história que mostra alguns indícios de seu surgimento, como também, descrever brevemente o aparecimento da instituição escola, o desejo burguês da moral e da ordem e a influência médica tanto na família quanto na educação, com o recurso das práticas medicalizantes e biologizantes do processo de aprendizagem, maciçamente presentes no cotidiano escolar atual.

Orientados por esta preocupação e convictos de que é importante conhecer o cenário em que a medicalização surgiu, pensando na matriz principal que foi a eugenia e a higienização, propõe-se no próximo capítulo, intitulado **“O problema em foco: a medicalização escolar como conduta normatizadora e a biologização da vida”**, a discussão sobre nosso principal objeto de estudo, que se encontra presente na educação contemporânea e que se torna cada vez mais, em nossa opinião, um problema que toma a saúde pública, a infância, a escolarização e a instituição escola. Medicalizar o diferente se tornou prática, com leis e argumentos próprios, pautados em uma sociedade hegemônica que despotencializa a criança com o intuito de controlá-la e mantê-la em estado de submissão e heteronomia, para torná-lo mais fácil de ser governado quando adulto.

## CAPÍTULO 4

### O PROBLEMA EM FOCO: A MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR COMO CONDUTA NORMATIZADORA E A BIOLOGIZAÇÃO DA VIDA

O corpo é uma realidade biopolítica; a  
medicina é uma estratégia biopolítica.  
**Michel Foucault (1979, p. 80).**

Chegam os dois poetas à entrada do Inferno,  
e Dante se assombra com a inscrição severa que lê  
sobre o seu portal... “Deixai toda esperança, ó vós que entráis”  
...Reconfortado por Vigílio, adentra o átrio do Inferno, onde são punidos os  
ignaros, os que não praticaram o Mal, mas também foram relaxados  
na escolha do Bem. Estes são picados por nuvens de vespas e obrigados  
a correr sem parada atrás de uma insígnia. É nesse primeiro  
castigo que já vemos a correspondência, que se repetirá nas ocasiões  
seguintes, entre o pecado e a pena: os que foram tíbios e frouxos  
em vida carregam sem descanso uma bandeira.  
**Dante Alighieri – A Divina Comédia (2009).**

Sim, “carregam sem descanso uma bandeira”, um rótulo, um diagnóstico...

Vivemos em uma sociedade envolta por problemas coletivos, sociais, políticos e econômicos que atingem as instituições perpetuando as desigualdades surgidas ao longo do tempo. O sistema capitalista, a necessidade de consumo e produção, a homogeneização dos desejos e das condutas desqualificam aquele que se comporta de maneira diferente diante do que está posto ou instituído. Ao mesmo tempo, essa lógica se inverte e o diferente passa a ser individualizado, sendo apartado de suas condições históricas e sociais.

Nesse processo vicioso e contínuo surgem explicações com foco no corpo biológico, pautadas em um saber científico que endossa os ideais e promovem a prática, constituindo com isso o estatuto de ciência moderna.

No capítulo anterior foi possível perceber que tais condutas estão em vigência há séculos, o que acaba por naturalizar muitas das medidas praticadas nos diversos âmbitos sociais. Desde sempre, as pessoas que se diferenciavam por seu posicionamento questionador ou por não seguirem as normas impostas socialmente, foram segregadas ou extinguidas pelo incômodo

que causavam. Porém, na perseguição usavam-se de armas concretas e o perseguido tinha como destino a finitude da vida, de forma rápida e precisa. A partir do século XX, novas estratégias foram sendo traçadas e cada vez mais adotou-se medidas simbólicas que pudessem conter os que poderiam causar uma desordem social.

Com o advento da ciência médica moderna, esta passou a incorporar a tarefa de atuar como aparato normatizador, criando critérios para identificar binômios como: saúde-doença, normal-anormal, ordem-desordem, louco-não louco e por fim, raças superiores-inferiores. Ao passar pelo crivo pré-concebido do que é esperado, desejado e aceito, marginaliza-se o diferente, vendo-o como algo a ser combatido e eliminado. Contudo, os bons costumes, a moral, as doenças físicas e psíquicas passaram a ser vistos sob uma ótica higienista, o que instituiu a rejeição dos indivíduos que vêm a destoar dos padrões ditos normais, segregando e silenciando de várias formas os que se destoam dos demais.

Inicialmente, antes de focar o problema que move esta tese – a medicalização do processo ensino-aprendizagem – é importante destacar que tal questão é parte de um processo mais amplo, a biologização da vida, que tem como efeito a medicalização em seus vários seguimentos: da sociedade, da educação e do escolar. Assim, consideramos de suma importância elucidar como se dá o conceito de medicalização e sua origem.

O termo medicalização, embora muito difundido na atualidade, ainda é passível de más interpretações. Há quem pense que medicalizar é o ato de administrar medicamentos a outrem, quando na verdade tal conceito é muito mais amplo e significativo.

Segundo Illich(1975), que descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, medicalizar significa:

Definir, em termos médicos, problemas sociais e buscar sua origem na biologia. Significa também acreditar que o saber médico poderá levar ao domínio da morte e que a frequência das curas está diretamente ligada à intensidade do ato médico.

Dando seguimento ao significado do termo, para Moysés e Collares, (1997), “o processo de medicalização individualiza problemas coletivos, biologizando e naturalizando-os”. Assim, ao transformar questões sociais em

questões médicas, perde-se a dimensão da ação e o foco passa ser o problema e o organismo vivo que o habita, procurando no substrato biológico, explicações para as manifestações individuais.

Como bem descreve Guarido (2010, p. 30):

O conceito *medicalização* foi utilizado em diversos estudos, especialmente a partir da década de 70 do século XX, para tratar de uma maneira a partir da qual as vicissitudes do processo de aprendizado das crianças foram frequentemente traduzidas. O conceito *medicalização* foi também tomado para refletir sobre acontecimentos no interior das instituições escolares ocorridos quando da higienização das práticas escolares.

Assim, sempre com foco na escola - nosso campo de interesse - essa concepção distorce a origem do problema, o que “demoniza” o aluno que não se enquadra aos padrões desejados, tornando a escola vítima de alunos inadequados. Como comentam Garrido e Moysés (2011, p. 150):

É nessa conjuntura que ganha *status de verdade* a ideia de que alunos que não aprendem na escola têm, em si, um problema. Nas últimas duas décadas, vem sendo cada vez mais aceita, no Brasil, a ideia de que as dificuldades escolares de uma criança são causadas por problemas de ordem médica. Essa certeza abre espaço para profissionais da saúde, exames, rótulos, diagnósticos, remédios, todos voltados a legitimá-la e a transformar crianças em crianças-problema ou anormais.

Na escola, esse processo de biologização e medicalização do diferente foca as causas do fracasso escolar na criança, o que desvia segundo Collares e Moysés (2011, p. 197), “de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação”.

Ao haver esse deslocamento o caminho é sempre o mesmo, o aluno é patologizado e sua dificuldade vira alvo, o que acarreta na medicalização; e o problema apresentado desde o início ainda não é sanado, mas torna-se um problema individual e orgânico. Finalmente, ocorre o que vemos hoje de forma tão frequente, um crescente número de encaminhamentos de crianças e adolescentes aos profissionais da saúde, todos em busca “do fantástico mundo do Mágico de Oz”, ou seja, soluções rápidas e instantâneas buscadas fora da

escola, com a ajuda de profissionais que não participam do ambiente escolar e que nada conhecem sobre a realidade educacional em questão.

Tais profissionais - supostos saberes – credibilizam cientificamente as queixas escolares dos professores transformando-as em diagnóstico, mesmo que no conteúdo desses relatórios contendam somente causas imediatas, superficiais, localizáveis e concretas, explicando superficialmente o motivo pelo qual o problema surgiu. Tal instrumento, a queixa escolar, muitas vezes carrega um teor de sentença e se constrói com isso, um ambiente escolar hostilizador que depõe contra o aluno, que o estigmatiza e o rotula, quando na verdade deveria ser um ambiente onde a essência se manifesta e por meio de parcerias altruístas surja à cooperação e o respeito. Dessa maneira, qualquer diferença poderia ser usada para compor um ambiente plural que retrate fielmente o que está para além dos muros da escola.

Assim Crochick e Crochick (2011, p. 180) destacam:

O que preocupa nesse movimento não é a inexistência de questões que devam ter a contribuição desses profissionais, mas o fato dessa contribuição ser considerada como necessária para que a escola possa cumprir seus objetivos relacionados ao ensino.

Cada vez mais é possível perceber a relação construída entre saúde e educação. Essa interferência da medicina na saúde deixa nebuloso o verdadeiro motivo que leva a criança a um baixo aproveitamento escolar. O Fracasso Escolar deveria ser visto, segundo Collares e Moysés (1985) - como “resultado de complexo jogo de fatores educacionais, sociais, culturais e econômicos, que refletem a política governamental para o setor social”. Ao desconsiderar estes fatores, a criança passa pelo crivo preconceituoso da normalidade, no qual vítima de um aparelho social distorcido passa a ser apontada como deficiente intelectual ou portadora de algum transtorno. Isso ocorre sob as lentes de uma pedagogia submissa à ciência médica e de uma medicina guiada pela psiquiatria biológica, a qual individualiza a criança e retira a responsabilidade do sistema educacional.

O Fracasso Escolar é um termo institucionalizado, presente na escola como problema, cuja existência - que já parece ser inquestionável -, opera

*produzindo saber*. Porém, se antes o aluno fracassado era aquele que apresentava “desinteresse”, “indisciplina” e “falta de educação”, na atualidade é o aluno que apresenta algum tipo de disfunção cerebral de origem genética, capaz de causar deficiências e desordens no comportamento. A ciência médica atravessou o âmbito escolar e hoje a escola é um dispositivo institucionalizado, que foi produzido e produziu relações de saber-poder.

O cotidiano escolar é permeado por preconceitos, julgamentos prévios sobre os alunos e suas famílias e opiniões formadas a respeito da história de vida daqueles que demonstram alguma necessidade especial. Com isso, as justificativas acabam permanecendo na superficialidade e o não aprender fica restrito às condições econômicas, raça, credo, região onde mora ou no modo com que as famílias se organizam, como se o sistema educacional fosse perfeito e os alunos encontram-se completamente inadequados para essa escola que foi pensada para todos.

Ora veja isso não é algo decorrente do século XXI, mas novamente destacaremos aqui, é algo histórico! E está naturalizado por ser uma concepção cristalizada e aparentemente difícil de mudar. Nos momentos de grande tensão política e social, a resposta da sociedade se repete, recorrer a uma ciência de matriz positivista, que enxerga o humano de forma calculativa e atende com isso o interesse de uma determinada classe social. Assim sendo, o efeito de tal causa é a culpabilização da vítima, que dessa forma passa para o lugar de réu. Patto (2000), por exemplo, analisa como a visão psicométrica sustentou a culpabilização das crianças e de suas famílias e como serviram para colaborar com o favorecimento das classes dominantes e da ideologia burguesa. Envoltas por pensamentos e condutas hegemônicas, a escola na modernidade vem fortalecendo as práticas disciplinares. Posto isto, remetendo-nos a Foucault (1979) essas práticas tornaram eficaz o modo de categorizar os indivíduos, classificando-os, localizando-os e registrando-os nos parâmetros da Norma.

Banaliza-se a forma de ver os problemas de ensino-aprendizagem, as doenças psíquicas por que aparentemente restringem-se à subjetividade, como também, os diagnósticos e seus tratamentos, como se já não houvesse distinção entre repensar as diversidades e as dificuldades que surgem em nosso cotidiano e as drogas que parecem vir para que não mais tenhamos

diversidades e dificuldades a serem enfrentadas na vida. Essa seria a ilusão plantada pelas indústrias farmacológicas? Fazem-nos acreditar que não precisamos sofrer, pois as pílulas estão ao nosso alcance e existem justamente para solucionar os problemas que surgem diariamente em nossas vidas.

#### **4.1 A indústria farmacológica entre o saber e o poder: as “drogas da obediência”**

A indústria farmacológica, grande potência mundial que perde somente para a indústria bélica, teve início no século XIX, “quando vários compostos químicos, incluindo alcalóides como morfina, estriquinina, quinina, nicotina e cocaína, foram isolados e produzidos em massa” (CALIMAN e DOMITROVIC, 2013, p. 880), e desde a segunda metade do século XX, até os dias atuais tem crescido de forma expressiva, chamando a atenção inclusive da OMS (Organização Mundial de Saúde). Isso se deve à forma com que a sociedade atual vem buscando estruturar seu funcionamento. Ocorre uma necessidade de padronização em tudo, isso é visível e aceito socialmente sendo visto como tendência que vai desde o enquadramento à moda, à estética e até mesmo à construção civil e a todos os produtos disponíveis no mercado.

A sociedade tende a caminhar como um “enxame de abelhas”, pendendo para um lado ou para outro; isso, a nosso ver, não é uma forma de expressar a coletividade, mas sim de massificação e homogeneização humana. Mas e quando o assunto é eleger e apontar o diferente tentando num segundo momento modificá-lo? Em nossa opinião, isso é mais grave e preocupante, pois põe em risco a singularidade e a criatividade do aluno, como também, a saúde. Diante disso, uma vez percebido como diferente, passa a internalizar tais repulsas sociais convencendo-se de que possui algo a ser curado.

Nesse processo de diagnose, ocorre a patologização que precede à medicalização e traz como consequência a necessidade de recorrer a psicofármacos no tratamento das dificuldades escolares. Se a patologização é a ponta inicial e o uso de psicofármacos é o efeito da causa, temos aqui dois momentos decisivos: o início quando se patologiza e o final do processo quando se opta por fazer uso de psicotrópicos com o fim de implantar como

“metodologia de mudança” as drogas, conhecidas como “drogas da obediência”.

Como caráter de informação, vamos esmiuçar dois termos importantes para pensarmos a questão. Patologização- ato de patologizar - vem de patologia, cuja origem é a palavra grega *pathos*, que significa, principalmente, passividade, sofrimento e assujeitamento, o que torna o sujeito passível de controle e poder, enfim, termo usado por Foucault (2008a) um corpo dócil. Psicofármacos – Psico+Fármacos – Psico palavra de origem grega *Psiquê* – que significa mente e alma e fármaco da palavra grega *Phármakon*- que tem dois sentidos: remédio e veneno, ou seja, vemos aqui que uma vez assujeitado e submisso o aluno pode passar pelo processo de “envenenamento da alma”. Mais adiante no capítulo V referente à análise do campo, veremos a forma com que os índios lidam com os medicamentos e o que significa para eles o processo de “envenenamento da alma”, causado pelo uso de medicamentos.

Já para a sociedade na qual vivemos, diferentemente dos índios, temos sempre um medicamento em mãos, temos o hábito de recorrer a drogas como soluções mágicas, sem nos preocuparmos em ouvirmos o corpo, as reações e seus sintomas. Somos influenciados por uma mídia hipócrita que banaliza as drogas lícitas e condenam as ilícitas como se ambas não fossem prejudiciais ao corpo e a alma. Recorremos às drogas para que elas façam o que as relações humanas não conseguem fazer.

Neste contexto, anfetaminas como o Metilfenidato que se apresenta com dois nomes comerciais *Ritalina*® e *Concerta*®, têm sido prescritas como medicamentos “auxiliares” para potencializar a atenção e o desempenho escolar. Como dizem Eidt e Tuleski (2007, p.230),

(...) as medicações muitas vezes são utilizadas como mais um instrumento de modelação subjetiva, de formatação de padrões de normalidade; são as tentativas de utilização das medicações para constituir um sujeito sem conflitos, sem angústias, sem limitações.

Quando o metilfenidato foi descoberto, “não havia um diagnóstico específico para seu uso. Era indicado para tratar a fadiga presente em vários quadros psiquiátricos, como também para minimizar o cansaço em idosos”

(ORTEGA, 2010, p.245). Brant e Carvalho (2012, p. 627) comentam ainda mais sobre a história da Ritalina:

Havia um ostensivo empenho para se descobrir uma aplicação terapêutica para esse fármaco que pudesse justificar sua aplicação medicinal em função da alteração fisiológica produzida. A indicação para transtornos hipercinéticos – dificuldades em manter a atenção, com ou sem hiperatividade – pareceu constituir uma justificativa “cientificamente convincente” para sua aplicação.

É assim que a indústria farmacêutica funciona, cada fabricante tem o direito de lançar o medicamento, desde que seja para uma doença específica. Não há como colocar o medicamento no mercado sem que a doença exista ou que sirva para várias patologias. Desta forma, é de interesse do fabricante que a categoria da doença seja alargada, por este motivo a indústria farmacológica investe tanto em pesquisas e divulgações do medicamento, com a finalidade de que a substância química lançada possa abranger o máximo de sintomas. Especificamente falando, “é a partir da produção de metilfenidato que se cria uma patologia, o TDA/H. Ou seja, primeiro inventou-se o remédio, para, depois, se forjar a doença” (BRANT e CARVALHO, 2012, p. 632).

Angell (2007) traz em sua obra uma verdadeira denúncia contra os laboratórios farmacêuticos, nos elucidando sobre como essa indústria tão lucrativa conquista há vários anos, o *ranking* das indústrias que mais faturam nos Estados Unidos, o que acaba por influenciar vários países. Segundo aponta Luengo (2010, p. 62):

No *Fortune* 500<sup>14</sup> as dez indústrias que mais faturam são as indústrias farmacológicas. O seu total bruto de rendimento supera as 490 empresas restantes. Em primeiro lugar estão os medicamentos de doenças cardiovasculares, em segundo, estão os medicamentos que atuam no SNC.

Acreditamos ser alarmante a forma com que o metilfenidato vem sendo comercializado, ou seja, livremente e utilizado sem critérios ou precauções. Seu uso é muito comum nos diagnósticos de TDA ou até mesmo de TDAH,

---

<sup>14</sup> Lista anual compilada e publicada na revista *Fortune*, que classificam as 500 empresas que mais faturam nos Estados Unidos. As informações são retiradas do valor de arrecadação, conforme o que consta na receita bruta da empresa.

porém como ressalta Brant e Carvalho (2012, p. 628) “sua utilização já ocorre entre empresários e estudantes, para fins de emagrecimento e uso recreacional”, como também, para melhoria de funções cognitivas em pessoas saudáveis. Embora o metilfenidato já tenha passado por modificações em sua estrutura molecular desde a sua existência, para amenizar os efeitos indesejáveis, ele continua uma droga altamente propensa à dependência química (como mesmo mostra em sua própria bula – ver ANEXO A) e mesmo assim, é muito acessível em sua comercialização, o que facilita a compra. Ainda destacando pontos trazidos por Brant e Carvalho (2012 p. 629) sobre o metilfenidato, há informações de que:

O medicamento é descrito no Anexo da Portaria 344/1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde – SVS/MS, atualizada pela Resolução 18/2003 da ANVISA, como substância psicotrópica (entorpecente) de controle internacional, passível de notificação de receituário do tipo – A, emitida em formulário de cor amarela. Cor que sinaliza como entorpecente “a substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela *Convenção Única sobre Entorpecentes*” – que é reconhecida pelo Decreto de Lei nº 54.216/1964 que aprova a convenção, assinada em Nova York em 30 de março de 1961 (Decreto Legislativo nº 05/1964)

Apesar dos alertas presentes nas bulas e a distribuição ser realizada apenas com o receituário tipo A (cor amarela), o cenário que temos hoje é de um consumo exacerbado “o metilfenidato é o psicoestimulante sintético mais consumido no mundo, superando todos os outros somados” (ITABORAHY, 2009, p.8). Porém, segundo (CARLINI; NAPPO; NOGUEIRA e NAYLOR, 2003, p. 11):

Neurologistas e psiquiatras argumentam que o controle de metilfenidato deve existir, mas em se tratando de um medicamento prescrito por especialistas e de não possuir grande potencial de dependência, o receituário azul já seria suficiente.

Por favor, acenda-se uma luz amarela: o metilfenidato usado principalmente no tratamento de TDA/H tem como base a anfetamina, é vendida somente com receita A e neurologistas e psiquiatras afirmam que tal

droga não possui grande potencial de dependência? Permaneça acesa: e ainda querem mudar a classificação do medicamento mudando para receita azul para facilitar ainda mais a comercialização? Qual é o interesse que está por trás disso? Quais benefícios são oferecidos pelos laboratórios para tal feito? A refletir.

De acordo com o *site* do IDUM (Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos)<sup>15</sup>, nos últimos anos houve um aumento expressivo no consumo de Ritalina® ou metilfenidato, substância esta que ficou conhecida como “droga da obediência”. Em 2000, foram vendidas 71 mil caixas desses medicamentos e em 2010 as vendas atingiram a assombrosa marca de 2.000.000 de caixas. No Quadro 1, podemos observar a listagem de drogas utilizadas para os chamados transtornos de aprendizagem.

**Quadro 1** - Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados no tratamento do TDA, TDA/H e TDAH/I

<b>NOME QUÍMICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>DOSAGEM</b>	<b>DURAÇÃO DO EFEITO</b>
Metilfenidato - psicoestimulante - ação curta	Ritalina®	5 a 20 mg 2 a 3 vezes/dia	3 a 5 horas
Metilfenidato - psicoestimulante -ação intermediária	Ritalina LA®	20 a 40 mg pela manhã	8 horas
Metilfenidato - psicoestimulante - ação prolongada	Concerta ®	18 a 72 mg Pela manhã	12 horas
Imipramina - antidepressivo	Tofranil®	2,5 a 5 mg por kg/peso 1 a 2 vezes/dia	19 horas
Bupropiona - antidepressivo	Wellbutrin®	50 a 100 mg 1 a 3 vezes/dia	12-24 horas
Clonidina - anti-hipertensivo	Atensina®	0,01 mg 1 a 2 vezes/dia	12-24 horas

Fonte: ARRUDA, 2006.

<sup>15</sup> O Idum extraiu os dados do IMS-PMB –Pharmaceutical Market - publicação de um instituto suíço que mantém atualizado todos os dados do mercado farmacêutico brasileiro.

Além dos medicamentos destacados no Quadro 1, outros dados podem contribuir para uma reflexão a cerca dos fatos que iniciam na escola, passam pelos consultórios médicos, mas são influenciados por uma força aparentemente invisível que manipula, persuade e constitui saber.

Os dados mostram um consumo crescente, como no município de São Paulo (SP), que passou de 110.300 comprimidos em 2009 para 180.000 em 2010 e, dados até o mês de maio de 2011, registram o consumo de 150.000 comprimidos (Fonte: Conselhos Municipais de Saúde de São Paulo, 2013).

No Estado de São Paulo as compras de Metilfenidato passaram de 54.390 comprimidos, em 2011, para quase 1.000.000 em 2010, com projeção de compras próxima de 1.500.000, para 2011. O consumo segue o mesmo padrão (Figuras 5 e 6).



Figura 5 – Levantamento de compras de Metilfenidato em 154 municípios do Estado de São Paulo entre 2005 e 2011

Fonte: Conselhos Municipais de Saúde de São Paulo



Figura 6 – Levantamento de dispensas de Metilfenidato em 154 municípios do Estado de São Paulo entre 2005 e 2011.

Fonte: Conselhos Municipais de Saúde de São Paulo

Os números apresentados serviram de base para que a situação se agravasse, pois a partir de tais dados surgiu a presença de projetos de lei, no âmbito federal, estadual e municipal, que indica a tentativa de inserir o tratamento e o diagnóstico de dislexia e TDAH como política pública nos níveis federal, estadual e municipal. Tal questão teve vários desdobramentos, exigindo inclusive um posicionamento frente à medicalização dos conselhos profissionais de Psicologia, Fonoaudiologia e Assistência Social, como também, dos sindicatos e centrais sindicais, universidades, parlamentares parceiros do fórum sobre medicalização e dos movimentos sociais ligados às entidades e associações (Quadro 2).

**Quadro 2** – Projetos de lei relacionados à saúde de escolares em trâmite nas casas legislativas federais (Câmara e Senado), do estado e município de São Paulo – ver Anexo B.

Casa	Projeto
<b>Câmara Federal</b>	Projeto de Lei nº929/2007 – Dispõe sobre o dia nacional de atenção à Dislexia. Projeto de Lei nº 4933/2009 – Dispõe sobre o reconhecimento e definição da Dislexia e dá outras providências.
<b>Senado</b>	Projeto de Lei nº402/2008 – Dispõe sobre o diagnóstico da Dislexia na educação básica. Projeto de Lei nº 438/2008 - Dispõe sobre o diagnóstico da Dislexia na educação básica.
<b>Assembleia do Estado de São Paulo</b>	Projeto de Lei nº 321/2004 – Dispõe sobre a criação do programa Estadual para Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Oficial de Educação. Projeto de Lei nº 292/2008 – Cria o “Programa de Diagnóstico de TDAH” na rede de Escolas Públicas do Estado de São Paulo e dá outras providências.
<b>Câmara Municipal de São Paulo</b>	Projeto de Lei nº 712/2005 – Dispõe sobre a criação do “Programa Permanente de Detecção e Combate à Dislexia na Cidade de São Paulo e dá outras providências. Projeto de Lei nº 328/ 2007 - Cria o “Programa Especial de Diagnóstico da Dislexia”, na rede Municipal de Ensino, para crianças na pré-escola.

Além dos projetos citados no **Quadro 2**, houve um projeto de lei de nº 7031/2010 que dispõe no Congresso Nacional sobre o tratamento de Dislexia e do TDAH na educação básica. Tal projeto encontra-se no **Anexo B**.

Tais projetos representam o empenho para que medidas de implantação de reconhecimento e diagnóstico da Dislexia e TDAH ocorram. Isso se deve aos números alarmantes de crianças encaminhadas e supostamente de crianças que passaram a usar o metilfenidato e outras drogas para o tratamento de tais transtornos.

Vejam os então o percurso: se patologizam-se as manifestações escolares, o professor produz a queixa escolar, ocorre a medicalização, encaminham-se os alunos, os especialistas prescrevem os medicamentos, os profissionais da saúde acompanham e nossos governantes? Preocupam-se apenas com a “ponta do *iceberg*”? Mandam projetos de lei às diferentes estâncias para que os transtornos sejam reconhecidos e os professores treinados para o diagnóstico ainda na sala de aula?

Tudo parece fazer parte de um círculo vicioso e ocorre com base nos números expostos, tanto de aumento das vendas dos medicamentos, quanto dos números de encaminhamentos realizados. E ninguém questiona a ocorrência de tal fenômeno? Nós que estamos aqui refletindo sobre tal problema, escapamos de sermos encaminhados, não fizemos parte da “geração Ritalina”, nossas dificuldades escolares eram sanadas com esforço e reforço escolar, nossas peraltices tinham duas explicações: precisávamos ser mais educados ou nossas atitudes eram coisas de criança.

Porém, o que mais nos causa impacto é que estamos vivendo em uma sociedade muito diferente da que vivíamos há décadas, estamos vivendo como diz a psicóloga Roseli Sayão, em uma matéria publicada no jornal Folha de São Paulo do dia 11/02/2014, uma “Profusão de Estímulos”. Os adultos estão habituando-se a tantas novidades da tecnologia e as crianças, que já nasceram neste mundo de “profusão de estímulos”, têm outra relação com a forma de manter a atenção, muito diferente das que nós tínhamos quando crianças; sem aparelhos eletrônicos em excesso, sem jogos desafiantes e sem diversos estímulos sensoriais que ocorrem a todo o momento, por meio de diversos objetos, sons e imagens. E acreditamos que isso deve ser levado em consideração. A sociedade está doente ou estamos atravessando um processo de mudança em que tudo parece entrar em uma lógica mais acelerada e competitiva?

Nos últimos anos, o que vemos são as manifestações dos alunos serem rotuladas, etiquetadas com CID's (Código Internacional de Doenças) e categorizadas pelo DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Mas afinal, como são classificados, conceituados e descritos tais transtornos?

## 4.2 As classificações do DSM, O CID e os conceitos de TDAH e Dislexia

Creemos ser importante salientar que toda discussão realizada neste capítulo até aqui, sobre a medicalização vigente nos planos de ação da educação em cumplicidade com a saúde, passa por um processo de legitimação a partir do momento que tais transtornos são efetivamente aceitos e classificados pelo DSM e registrados no CID. Mas o que significam tais siglas e qual o efeito delas sobre os diagnósticos?

Pois bem, a Associação Americana de Psiquiatria é a que se encarrega de elaborar o DSM, na qual compilam a maioria dos transtornos psiquiátricos, ou seja, podemos dizer que é a própria “bíblia” dos transtornos mentais. O DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado pela primeira vez em 1952, já se encontra na quinta edição, é um documento oficial onde se descrevem todos os quadros psiquiátricos reconhecidos nos Estados Unidos pela ciência hegemônica em um período específico. Este é um guia muito utilizado por profissionais da saúde mental em suas práticas clínicas, como também, por pesquisadores de diversas áreas.

Atualmente o DSM está sendo difundido internacionalmente e passou a ser mais utilizado do que o CID – Código Internacional de Doenças, que se encontra em sua décima edição. Tanto um quanto o outro, possuem a função de categorizar um conjunto de sintomas transformando-os em um quadro classificatório que corresponde a uma doença. O código representa uma patologia e esta deve apresentar uma série de sintomas que são registrados e legitimados para que o profissional possa enquadrar os tratamentos de seus pacientes em uma categoria diagnóstica psiquiátrica, devendo então, obedecer a um protocolo de tratamento.

Desta forma, as definições diagnósticas tendem a desconsiderar as influências históricas de um determinado contexto, tornando o diagnóstico preconceituoso e reducionista. A resposta medicalizante das manifestações emocionais e dos conflitos sociais vem aumentando ao longo dos anos na maioria dos países do mundo. A prevalência de diagnósticos como TDAH e a Dislexia (os mais comuns no cotidiano escolar), vem aumentando a cada ano e a influência norte - americana com o uso do DSM como ferramenta diagnóstica,

contribui muito para isso. A diferença entre o CID (que está sendo atualmente menos utilizado) e o DSM (que atualmente é o mais procurado), é que o CID como diz Iriart e Iglesias-Rios (2013, p. 34), “ O CIE- 10 (CID-10) é mais restrito e requer um alto grau de precisão sintomatológico...Em contraste, com o DSM-IV se pode diagnosticar uma criança com TDAH com apenas um dos sintomas...” (tradução nossa).A natureza inespecífica das categorias diagnósticas definidas para o TDAH no DSM pode influenciar em um diagnóstico inconsistente, pobre e prematuro que vitimiza crianças e jovens e corrobora com a indústria farmacêutica.

Mas o que de fato são o TDAH e a Dislexia?

### **4.3 TDAH:**

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pelo DSM IV ou Transtornos Hipercinéticos pelo CID 10, na visão dos especialistas que defendem a existência de tal patologia, é um transtorno mental crônico que se manifesta e evolui ao longo da vida como também, multifatorial, ou seja, são vários os fatores envolvidos na gênese do TDAH, mas o fator genético segundo os neurologistas é determinante o que pode em nossa opinião, gerar uma visão biologizante sobre o aluno desconsiderando suas relações. Segundo (ARRUDA, 2006), o TDAH tem como principais características a falta de atenção, indisciplina, agitação e impulsividade, que podem variar na intensidade e sempre têm início na primeira infância. Segundo o autor, o TDAH pode ser diagnosticado ainda no período de creche ou na pré-escola, quando a criança passa a manifestar comportamentos considerados hiperativos. Sua causa segundo alguns especialistas pode ocorrer por vários fatores, inclusive por problemas e hábitos maternos durante a gravidez: depressão, tabagismo, alcoolismo, irritabilidade e outros; fatores estes, psicossociais externos – que indica uma contradição na perspectiva de alguns especialistas da área, que consideram a genética como influência principal para o TDAH.

Apesar de não haver nenhuma comprovação científica de que o TDAH exista de fato, este transtorno ganhou grande destaque nos últimos anos, não só pela exposição na mídia, mas também, pelo crescente número de crianças que são diagnosticadas e medicadas a cada ano. Julga-se entre os defensores

do TDAH que ele existe e precisa ser tratado, mas como cita Moysés e Collares (2013, p.42):

Não se pode esquecer que a medicina constitui seu estatuto de ciência moderna, na transição entre os séculos 18 e 19, atribuindo-se a competência para legislar e normatizar o que seja saúde e doença – o que significa definir o “homem modelo” – e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz pessoas a corpos.

#### **4.4 Dislexia:**

A Dislexia tem sido apontada no meio educacional como justificativa da dificuldade que algumas crianças apresentam em ler e escrever ao longo do processo de aprendizagem.

Para Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003), a Dislexia é:

(...) uma dificuldade de aprendizagem de origem neurológica. É caracterizada pela dificuldade com a fluência correta na leitura e por dificuldades na habilidade de decodificação e soletração. Essas dificuldades resultam tipicamente do déficit no componente fonológico da linguagem que é inesperado em relação a outras habilidades cognitivas consideradas na faixa etária.

A definição dos autores citados é a mais recente, aceita pela Associação Internacional de Dislexia (IDA) e pela Associação Brasileira de Dislexia (ABD). Além disso, tais autores são bastante conceituados entre os que defendem a dislexia.

É importante salientar que assim como o TDAH, que é visto como um transtorno de origem genética, a Dislexia também o é, e ambos se caracterizam por elementos detectáveis no cotidiano escolar, ou seja, na rotina dos estudos. Assim, a Dislexia, é vista como uma doença neurológica tratável, mas seus “sintomas” são próprios de uma pessoa mal alfabetizada, ou seja, como os neurologistas (que defendem a Dislexia), podem afirmar com tanta veemência um distúrbio caracterizado por manifestações como: dificuldade de fluência e dificuldade de codificação, se tudo isso só se adquire quando somos bem alfabetizados, quando praticamos a leitura e quando iniciamos a vida

escolar em uma instituição bem estruturada? Pois se é assim, cada vez que formos aprender outra língua e não nos saímos bem em pouco tempo, teremos indícios de uma doença neurológica que está comprometendo nossa linguagem escrita?

No caso da Dislexia, segundo Moysés (2010, p. 12), a literatura médica aponta uma incidência ainda maior em relação ao TDAH, a estimativa é de que 10% a 20% da população mundial tem uma doença neurológica que comprometeria apenas a leitura e a escrita. E a mesma autora afirma:

[...] na área da Saúde não lidamos com porcentagens para falar de doenças de ordem biológica. Nós falamos em porcentagem para falar de desnutrição, anemia, verminose, que são doenças socialmente determinadas. Quando nos referimos a problemas constitucionais, biológicos, falamos em taxas como 1 por dez mil, um por cem mil, um por um milhão. 10 ou 20% da população geral, tendo uma doença neurológica, inata, que comprometeria exclusivamente a aprendizagem, seria alarmante. Essas taxas se reais, seriam a comprovação de involução da espécie humana ou a erradicação da normalidade!

Está posto o grande problema, como se constrói um diagnóstico de uma doença neurológica sem consistência de dados, sendo que não é possível identificar o motivo pelo qual uma criança não consegue ler e escrever bem? Isso não é ciência. A própria ciência neurológica obriga obedecer a um protocolo diagnóstico que a Dislexia não acompanha. Não é questão de acreditar ou não nos pesquisadores; ciência não funciona assim, ciência pede comprovação científica para expressar sua fidedignidade, o que fugir disso é rótulo.

#### **4.5 A construção dos diagnósticos de TDAH e Dislexia, a invenção e as diversas formas de nomenclaturas existentes nas últimas décadas**

Mas como o diagnóstico é construído? Penso que aí está o mais preocupante de tudo. Se não é levado em consideração o meio no qual a criança está inserida, a estrutura política-pedagógica da escola, a metodologia de ensino adotada e a própria sala de aula e as relação que ali se dão, os

diagnósticos estão sendo manipulados por uma força externa, por “achismos” que estão “selando destinos” e por interesses do capital.

Em face disso, é importante refletir sobre o percurso diagnóstico, ou seja, começa na queixa escolar e segue o seu caminho até os consultórios. Para os neurologistas, o mapeamento cerebral não é suficiente para o fechamento do diagnóstico, há outros exames por imagem e outros instrumentos fundamentais para diagnosticar o paciente: o depoimento familiar e a opinião do professor que acompanha a criança na sala de aula também possuem peso no diagnóstico. Munido de tais dados, o médico avalia clinicamente e utiliza testes, o mais conhecido e aplicado, o SNAP IV – ver Anexo C – é um teste que tem como finalidade extrair de forma rápida um pouco da rotina do indivíduo. O preocupante é que com esse teste superficial muitos profissionais fecham o diagnóstico e é possível observar que em suas perguntas ninguém escapa.

O discurso que propõe o retorno da deficiência ao corpo biológico do aluno nos faz lembrar da “epidemia” de anormais escolares, que, identificados pelos especialistas, povoavam nas primeiras décadas do século XX, o ambiente escolar brasileiro. Hoje, apostando nas novas tecnologias de imagem cerebral e nas pesquisas do campo da genética, especialistas do século XXI acreditam, e querem fazer acreditar, que finalmente poderemos dar início a uma nova “caçada aos anormais”, agora, identificados como portadores de Transtorno. É a biomedicalização querendo ensinar que não só o “fracasso” do escolar, mas toda e qualquer conduta disruptiva da vida pode e deve ser medicalizada (MONTEIRO, 2007, p. 75).

Ao longo da história, foram vários os nomes dados aos distúrbios de aprendizagem, e sempre sob influência da literatura norte-americana, que contribuiu para o crescimento desenfreado da indústria fármaco-psicotrópica.

Segundo Moysés (2010), o início de tais patologias começa em 1896, quando um oftalmologista inglês chamado James Hinshelwood escreve um texto dizendo que acha que as crianças que não aprendem a ler e a escrever têm cegueira verbal congênita; mais tarde em, 1918, Strauss apontou como lesão cerebral mínima.

Assim, surgiu a designação “Cegueira Verbal Congênita”, porém mais tarde, na década de 40, a nomenclatura foi modificada para “Lesão Cerebral Mínima” (LCM) e, logo depois, o mesmo transtorno recebeu o nome de “*StrephoSymbolia*”. Já na década de 60, novamente foi modificada para “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM), ou seja, várias terminologias surgiram ao longo da história para dar nome à mesma manifestação de um transtorno que, mesmo sendo medicado desde aquela época, parecia não conter bases científicas sustentáveis para se chegar a uma nomenclatura adequada. Na década de 60, mais precisamente em 1962, a Disfunção Cerebral Mínima ganhou popularidade nas escolas e nos consultórios médicos e psicológicos e muitas crianças enquadraram-se nesse diagnóstico, sendo rotuladas como alunos “problema” que necessitavam de drogas psicotrópicas para controlar o comportamento ou estimular a aprendizagem, porém, também não foi comprovada. Ainda conforme Moysés, 2010:

Poucos anos depois, a própria Academia Americana de Psiquiatria mudou para ADHD (Attention Deficit and Hiperactivity Disorders), em reconhecimento de que a hiperatividade era um componente importante; no Brasil, surgiu o TDA-H (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Mais recentemente, a Dislexia Específica de Evolução virou Dislexia de Desenvolvimento. Tudo sem qualquer comprovação.

Atualmente, após a denominação ter se modificado para TDAH houve a contestação de alguns neurologistas que defendem a inclusão da letra “I” (impulsividade) no final da sigla (TDAH/I), o que facilitaria o diagnóstico, caso o paciente apresentasse também este tipo de comportamento. Porém, como nem todas as literaturas específicas adotam o “I” na nomenclatura, neste trabalho será utilizada a sigla TDAH ao se referir a tal transtorno.

<b>Cegueira Verbal Congênita</b>
<b>LCM</b>
<b>StrephoSymbolia</b>
<b>DCM</b>
<b>Dislexia EE</b>

<b>ADD (TDA)</b>
<b>ADHD (TDAH)</b>
<b>Dislexia de Desenv.</b>

Fonte: Moysés, 2010

Figura 7 - Mudanças de nomenclaturas do TDAH e da Dislexia ao longo de mais de 100 anos.

Os neurologistas que defendem a existência de tais distúrbios e transtornos justificam o diagnóstico nos últimos tempos recorrendo a alguns exames de neuroimagem; porém nem todos apontam para a mesma direção. Alguns dizem que a alteração está concentrada no cerebelo; outros nas áreas occipitais; outros nas áreas parietais e ainda há os que dizem que essas alterações ocorrem nas áreas temporais. Assim, como afirma Moysés (2010, p.17), docente titular em Pediatria da UNICAMP (Universidade de Campinas):

Novamente não se trata de que o cérebro todo estaria comprometido; repete-se aqui a mesma coisa que já vimos em relação aos genes e à anatomia: alguns autores dizem que é em uma área, outros dizem que é em outra área e eles brigam entre si para saber quem tem o maior prestígio.

Esses autores apontam suas conclusões com base em três exames de neuroimagem, o “PET – Positron Emission Tomography”, o “SPECT – Single Photon Emission Computed Tomography” e o “RMN funcional- Ressonância Magnética Nuclear Funcional”. Sobre esses exames Moysés (2010, p.17) comenta e questiona o método utilizado:

Porém, há um ponto chave. Nesses exames, a intenção é captar a imagem das células em funcionamento. No caso específico da neurologia, particularmente no campo de processos mentais, processos cognitivos, é necessário ativar a área que se pretende estudar, certo? Bem, Transpondo esse ponto para a nossa discussão, ficamos com o seguinte desafio: para que o exame detecte a atividade na área de leitura, a área de leitura precisa ser ativada, senão não vai mostrar no exame. E como ela é ativada? Pela linguagem escrita! Eu dou textos para a pessoa ler, eu faço tarefas com linguagem escrita, eu uso a linguagem escrita. Voltamos a questão inicial: como eu o diferencio de um analfabeto? Não existe essa resposta. Os autores que defendem que esse exame provaria que a dislexia é uma **doença neurológica** dizem que aprender muda o resultado; ora, mas não é o contrário? Será que isso não prova

que não era doença? Se quando eu aprendo muda o resultado, curou a doença?

Façamos um recorte da citação: “Os autores que defendem que esse exame provaria que a dislexia é uma doença neurológica dizem que aprender muda o resultado”. Aprender muda o resultado ou aprender é o próprio diferencial que demonstra que não há doença? Existe aí um problema de aprendizagem ou de “ensinagem”? Em nossa opinião, o que há é uma deficiência no sistema político-pedagógico que faz da escola um lugar desinteressante, com métodos ultrapassados que não desperta nos alunos o desejo de aprender.

Para finalizar, podemos retomar o ponto inicial deste trabalho, que é justamente questionar a existência de tais transtornos que apenas caminham em sentido inverso para retornar às patologias descritas no movimento higienista, justificando o não aprender e os problemas existentes no cotidiano escolar virando os holofotes para os alunos, individualizando e focando os conflitos no corpo biológico, desconsiderando o meio e as influências sociais vigentes.

A lógica medicalizante desvia e desconfigura o que deveria ser o mais importante: a preocupação com a melhoria do ensino, a atenção especial que devemos ter com as relações no âmbito escolar e a garantia de preservação da integridade e dos direitos da criança e do adolescente que é uma educação de qualidade, saúde, liberdade, respeito, dignidade e preservação da vida.

Com a medicalização os direitos se invertem, a história passa a ficar “contaminada” por uma necessidade de normatização doentia, que estimula e viabiliza o diagnóstico, tornando o aluno um incapaz. Sim, um incapaz, pois uma vez que essa criança e esse jovem passa pelo rótulo de um diagnóstico dessa natureza, é posto que não há capacidade em aprender, que a única chance é se ele optar pelo tratamento químico que pode levá-lo à drogadição.

É necessário dar à criança a chance de aprender, e os educadores necessitam cuidar para que todos sejam respeitados em suas individualidades, inclusive no modo como aprendem, com um olhar cuidadoso e atento para aquilo que se interessam, sempre com o intuito de estimulá-las. “Que a escola e as professoras sejam capazes de avaliar as possibilidades de cada criança,

acolher e ajudá-las a superar os seus próprios limites. Isto é o direito que cada um de nós deve ter; este é o direito que temos que defender” (Moysés, 2010, p. 23).

No próximo capítulo intitulado como: “Encontros teóricos e práticos sobre o tema da medicalização: vários olhares para um mesmo lugar”, discutiremos os pilares teóricos que sustentam e estruturam esta tese como também, algumas referências que apoiam o ensino democrático e novas formas de conceber o processo de ensino e aprendizagem.

## CAPÍTULO 5

### ENCONTROS TEÓRICOS E PRÁTICOS SOBRE O TEMA DA MEDICALIZAÇÃO: VÁRIOS OLHARES PARA UM MESMO LUGAR

“Mais do que legitimar uma teoria, trata-se por ora  
de estabelecer uma outra possibilidade”  
**Michel Foucault**

Neste capítulo, temos o intuito de promover uma discussão teórica que circulará o tema central: a Medicalização Escolar. Vale resgatar o conceito de medicalização compreendido por Moysés e Collares (2013) como o processo no qual problemas inerentes à vida são deslocados para o campo médico, ou seja, questões eminentemente de origens sociais e políticas passam a ser tratadas individualmente como uma questão biológica. Ao priorizar o tema, buscamos teóricos clássicos, capazes de contribuir para uma discussão mais ampla, cada qual com o seu ponto de vista e com suas bases epistemológicas.

Assim, a finalidade é fortalecer a visão crítica que temos a respeito da medicalização por meio de uma concepção teórica que nos permita analisar o **processo de escolarização** – e não os **problemas de aprendizagem** –, “deslocando o eixo da análise do indivíduo para a escola e o conjunto de relações [...] que constituem o dia a dia escolar” (SOUZA, 2011, p. 60). Como também, por meio de um aporte teórico, sustentar a tese e a hipótese de que os transtornos e distúrbios de aprendizagem em sua maioria não passam de uma invenção social, de uma herança histórica cristalizada e que, respaldadas pelos interesses do capital, por laboratórios médicos que só querem lucrar, patologizam condutas próprias da infância e rotulam os comportamentos como insanos e incapazes por meio de diagnósticos taxativos.

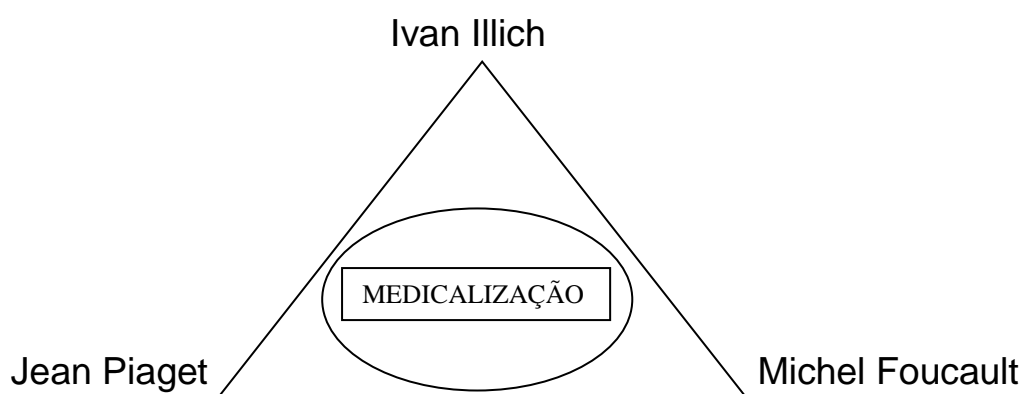
Tais diagnósticos são na maioria das vezes utilizados como laudos por escolas, as quais com uma estrutura deficiente adotam planos políticos pedagógicos obsoletos que desconsideram a pluralidade humana e buscam, com isso, homogeneizar os comportamentos, categorizar as dificuldades e patologizar o diferente.

Embora este trabalho seja para nós a concretização de um projeto, a ser considerado ousado, temos o objetivo de obedecer à estratégia metodológica

adotada desde o início do trabalho - a triangulação -, que se deu no campo e se estendeu para a escolha teórica do trabalho. Quando buscamos diferentes maneiras de olhar um mesmo problema, estamos usando uma forma de triangulação, que neste momento é a teórica, descrita por Mazzotti e Gewandsznajder (1999, p. 173), como sendo a menos usada, “não apenas por acarretarem maiores dificuldades, mas também por terem implicações epistemológicas que entram em choque [...]”. Porém, ao mesmo tempo em que esta estratégia signifique uma intersecção de pontos diferentes, ela representa, como já citado no capítulo metodológico, um maximizador de credibilidade, que faz soar na multiplicidade de ideias uma veracidade dos achados científicos sobre o tema em discussão.

Ao adotar tal estratégia tivemos como objetivo ressaltar em cada ponta do triângulo teóricos clássicos como: Ivan Illich (1975), Michel Foucault (2008a, 1979) e Jean Piaget (1994), que aparentemente possuem bases epistemológicas e filosóficas diferentes, porém, há encontros entre si a serem discutidos no decorrer do capítulo. Tais teóricos puderam contribuir diretamente para pensarmos a questão da medicalização de forma ampla e consistente, cada qual com seus conceitos e apontamentos específicos. Suas obras são bem extensas, mas aqui pinçaremos alguns conceitos possíveis para desencadear a discussão que desejamos.

**Figura 8**



A partir do entendimento de que o processo de desmedicalização é extremamente importante, por se relacionar com o que estamos em busca, ou seja, a valorização da autonomia e o respeito às diferenças – que permanece

fragilizado no processo de medicalização -, este estudo toma uma posição ética que pretende, na aproximação de grandes autores, propor possíveis ferramentas de reflexão para construirmos saídas teóricas e práticas contestatórias contra a medicalização, pois as três pontas do triângulo representam importantes referências para se pensar em uma educação que liberte, que não tolha o pensamento livre e que seja capaz de enriquecer a vida humana.

Além dos teóricos já elencados, tivemos também a colaboração de vários autores contemporâneos que serão citados ao longo deste capítulo e, como coadjuvantes, interpretam e disseminam as ideias, facilitando um diálogo entre as várias frentes que constituem este trabalho.

A partir deste momento pedimos a você, leitor, um desapego metodológico, uma flexibilidade para aceitar a pluralidade teórica que segue e que tem o intuito de gerar uma abertura para novas associações, interpretações e um diálogo entre os autores escolhidos. Assim como sugere Lagasnerie (2013, p.99):

Convém adotar uma atitude de abertura para o inédito - e, por conseguinte, renunciar às grades de leitura que paralisam a percepção, fixando ou predeterminando o olhar que podemos fazer incidir sobre o mundo. Pois essas grades exercem efeitos de dominação e ocultação; participam do exercício do poder mais do que permitem revelar sua mecânica. Uma teoria crítica deve desvencilhar-se da tentação da totalização. Deve renunciar a construir paradigmas destinados a conferir uma coerência 'geral' ao que acontece no nível 'local'.

Além disso, apresentaremos neste espaço uma discussão acerca da escola democrática e a forma com que ela se constituiu ao longo do tempo. Considerar outras ações educativas é uma forma de refletir sobre o que está posto e questionar as práticas medicalizantes que se configuram em um cenário de ensino obsoleto que não condiz mais com o que se espera de uma escola atual.

### **5.1 Ivan Illich e sua reflexão sobre a instituição escola e o estatuto da medicalização: dialogando com outros autores**

Ivan Illich, filósofo contemporâneo, de origem austríaca, faleceu em 2002 vitimizado por um câncer de face, teve como obra mais conhecida o livro *Sociedade sem Escolas* (1985). Em seus textos traz uma crítica contundente a respeito da institucionalização e a forma com que a escola se transformou em mercado e em um lugar legitimado para a normatização, para o controle do outro, tomada por uma supremacia que promete o único meio para um futuro profissional promissor.

Illich aponta para a importância de descolarizar a sociedade, por ser uma instituição que ao ditar verdades concentra o poder de forma hegemônica e traz na figura do gestor e do professor elementos de superioridade a produzir o efeito de redução da autonomia. Assim, a escola funciona para Illich (1975) como ferramenta de uma sociedade hierarquizada e desigual. Para ele, na maioria das escolas, predominantemente nas escolas tradicionais, o professor mesmo que obedeça a um plano político pedagógico externo à instituição, ele ainda é detentor do saber e tem o total poder em decidir a forma com que o conteúdo será desenvolvido em sala de aula, ou seja, os alunos não participam dessa decisão e nem tampouco têm a liberdade de expressar seus interesses.

Ainda para o autor, esse poder conquistado faz da escola um lugar antidemocrático onde se desconsidera o real interesse do aluno e limita outras formas de aprender que compõem o que ele chama de “teias de aprendizagem”. Nessa teia, o aprendizado pela escola é mínimo, a criança aprende convivendo em comunidade, com a família, com os amigos e a escola, influenciada pelo saber científico e por técnicas adquiridas ao longo do tempo, anula essa teia e não aceita algo diferente do que está posto.

Para Illich, a sociedade necessita reinventar toda forma de aprender, pois a escola que temos não está preparada para ensinar. Com base nas “teias de aprendizagem”, o autor traz as características gerais de novas instituições e como seria um bom sistema educacional. Assim, ele afirma que na escola é imprescindível:

[...] dar a todos que queiram aprender acesso aos recursos disponíveis, em qualquer época da sua vida; capacitar a todos os que queiram partilhar o que sabem a encontrar os que queiram aprender algo deles e, finalmente, dar oportunidade a todos os que queiram tornar público um assunto a que tenham possibilidade de que seu desafio seja conhecido. Tal sistema requer a aplicação de garantias constitucionais à educação. Os aprendizes não deveriam ser forçados a um currículo obrigatório ou à discriminação baseada em terem um diploma ou certificado. (ILLICH, 1985, p. 128)

Illich (1985a) defende que a prática pedagógica e a educação estejam voltadas para a liberdade, para a autoaprendizagem e para a autonomia do sujeito. Para ele a escola tem o dever de promover o desenvolvimento autônomo do aluno, visto que ali é lugar de crescimento interior e não de estagnação. Embora pessimista em relação à escola, por considerar que as coisas mais importantes da vida não se aprendem nela, ele enfatiza que os educadores devem promover um meio de enriquecer o tempo dos alunos na instituição. Para que isso ocorra, ele aponta quatro “canais” diferentes de aprendizagem que poderiam conter todos os recursos necessários para uma real aprendizagem: 1º) “coisas” – pois as crianças se desenvolvem em um mundo rodeado de coisas e todo objeto é observado por elas, cada qual com sua característica própria; 2º) “modelos” – troca de habilidades, pessoas servem de modelo para desenvolver habilidades e valores; 3º) “colegas” – conviver com parceiros que os desafiam, que questionam, competem, que tenham algo a ensinar, cooperam e compreendem sua linguagem e; 4º) “adultos experientes” – pessoas atentas, adultos experientes que realmente se interessam por sua formação e estão prontos a confrontar, questionar e acrescentar informações que enriquecem sua aprendizagem. Coisas, modelos, adultos e colegas são quatro recursos ou elementos necessários e indispensáveis, para uma real aprendizagem.

Além dos apontamentos e uma vasta reflexão sobre a educação institucionalizada e sua proposta de desescolarização da sociedade, Illich se consagra em outra obra, *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (1975), que ficou conhecida por seu cunho crítico e político no campo da sociologia da saúde e traz como principal discussão a ação médica e seu domínio sobre o corpo individual e coletivo inclusive na instituição escola. É

neste livro que Ivan Illich difunde, no final da década de 1960, a expressão medicalização, como bem cita Moysés e Collares (2013, p. 42):

A expressão medicalização foi difundida por Ivan Illich em seu livro 'A expropriação da saúde: nêmesis da medicina', ao alertar que a ampliação e extensão do poder médico minavam as possibilidades das pessoas de lidarem com os sofrimentos e perdas decorrentes da própria vida e com a morte, transformando as dores da vida em doenças. Segundo o autor, a vida estaria sendo medicalizada pelo sistema médico que pretendia ter autoridade sobre pessoas que ainda não estariam doentes [...].

Ainda em Moysés e Collares (2013, p. 42) é importante destacar:

Não se pode esquecer que a medicina constituiu seu estatuto de ciência moderna, na transição entre os séculos 18 e 19, atribuindo-se a competência para legislar e normatizar o que seja saúde ou doença – o que significa definir o “homem modelo” – e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz pessoas a corpos.

Medicalização para Illich seria um termo descritivo para indicar que algo não patológico, de origem social, e que representa uma forma de ser e agir, pertencente ao hábito ou a uma escolha das pessoas, “misteriosamente” (ironia nossa) se “torna médico”, passando a ser algo que exige cuidados do campo médico. Assim, junto com a medicalização se estabelecem normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos (GUADENZI e ORTEGA, 2012). Isso nos remete diretamente ao movimento higienista, descrito neste trabalho no capítulo histórico. Foi no nascimento da medicina moderna e da higiene que se deu o início da intervenção médica na intimidade das pessoas, havendo uma união da saúde com a educação para buscar compreender o motivo pelo qual algumas pessoas não conseguiam se adequar às normas e às regras impostas pela sociedade.

Desde então, a medicina moderna gerou uma necessidade social e coletiva de ser consumida de forma intensiva, concentrando na ciência médica

o poder de decidir sobre como nos alimentar, como nos comportar, enfim, como lidar com as diversas situações que emergem no cotidiano das pessoas. Assim como Piaget, que veremos adiante, a busca pela autonomia moral é uma das principais preocupações de Ivan Illich, segundo o qual, a escola deveria ser uma instituição potencializadora dessa busca e não o é justamente por estar tão dependente do saber de especialistas que, externos à escola, influenciam as condutas com suas intervenções estigmatizantes e preconceituosas, o que pode impedir o desenvolvimento moral do aluno, uma vez que não o deixa criar, manifestar sua personalidade e expressar-se diante dos fatos. Uma repressão anuviada que abafa o crescimento pessoal e mantém o indivíduo na heteronomia.

Ao relacionar a desintegração entre autonomia e heteronomia nas sociedades modernas, Illich aponta o lugar ocupado pela instituição médica na redução da autonomia dos sujeitos em direção a uma heteronomia assumida por essas especialidades que dominam condutas e formam opiniões. O autor considera que há na sociedade moderna um “imperialismo médico” e que a medicalização da vida foi resultado da industrialização que trouxe consigo a profissionalização e a burocratização da instituição médica, conforme analisa Guadenzi e Ortega (2012, p. 26) e acrescentam dizendo:

Para Illich, que conservava o discurso ácido sobre o poder médico, a medicina institucionalizada representava, na realidade, uma ameaça à saúde. Neste sentido, o autor faz uso da noção de iatrogênese – iatros (médico) e genesis (origem) – para falar da nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. A partir da noção de contraproduzividade, descreve este processo em que o sistema médico, criado para proteger a saúde, estava, paradoxalmente, acabando com a mesma e produzindo doença.

Assim, tornou-se um hábito do homem moderno institucionalizar sua dor e tudo aquilo que ele não sabe lidar ou compreender. A iatrôgenese corrobora para isso, pois contribui com essa forma pelo qual a ciência médica de uma forma geral encontrou de dominar e comprometer a capacidade autônoma do homem. Illich aborda a iatrôgenese em três níveis, são eles:

- iatrôgenese clínica: está referida ao próprio ato médico e sua técnica que muitas vezes causam efeitos secundários, como as reações colaterais dos medicamentos, cirurgias sem real necessidade, negligências e erros médicos de procedimentos e ou tratamentos. Neste tipo de iatrôgenese está o excesso de medicamentos que são ingeridos inconsequentemente e que habitualmente são tidos como soluções mágicas para diversos sintomas.

- iatrôgenese social: o segundo nível, de suma importância para este trabalho, pois é nesta iatrôgenese que entra a medicalização social. Trata-se de um tipo de medicina que, presente na sociedade, faz desta ciência e de seus profissionais a figura simbólica de detentores da perpetuação da espécie, como se fosse possível o controle sobre a vida e sobre todas as ações humanas que poderiam causar o adoecimento ou até a morte. Desta forma, a iatrôgenese social corresponde à crescente dependência da população ao solicitar do suposto saber médico as soluções para todos os problemas, inclusive os comportamentais e educacionais gerando, com isso, a própria produção de dependência. A outra forma de iatrôgenese social seria a invasão farmacêutica, com a ideia de que simplesmente a técnica médica não é capaz de tratar, pois ela precisa associar-se aos recursos tecnológicos da indústria farmacêutica que, aliada ao pesquisador médico, produz a doença e o doente, para só então justificar o tratamento. E a última forma de iatrôgenese social seria a que produz o controle social pelo diagnóstico e pelo rótulo, que Guadenzi e Ortega (2012, p. 27) definem como a “etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana”, em que as pessoas se consideram pacientes pelo simples fato de apresentarem alguma idade específica ou alguma condição especial. Isso já é o suficiente para caracterizar uma necessidade própria, obrigando-a obedecer algum protocolo médico e a praticar algum consumo terapêutico específico.

- iatrôgenese estrutural ou cultural: é uma diminuição de potência em que as pessoas diante de um problema próprio daquela cultura, já não sabem mais lidar com a questão e utilizam de técnicas médicas para incorporar saberes que ditam formas corretas de estudar, de conviver, comer, dormir, brincar, enfim, de se comportar diante das diversas situações que surgem em nosso dia-a-dia. Illich nos anos de 1980 refere-se a essa conduta também como uma iatrôgenese do corpo, em que se busca obsessivamente o corpo

sadio e a perfeição do corpo reto e saudável. Há, desse modo, uma destruição da autonomia que incapacita o indivíduo de pensar e atuar sobre si, de cuidar de si, ou seja, de autogovernar-se.

Segundo Illich (1975), todas as condutas medicalizantes se fortaleceram em torno da subjetividade humana, da saúde que se materializou no corpo biológico e em doenças inexistentes, que talvez poderiam afetar a sociedade de alguma forma. Aos desobedientes, o rótulo, o estigma da decadência, de corpo que merece cuidados e que, portanto, precisa ser dominado e cuidado pela autoridade do saber-poder. Essas questões exigem uma discussão no plano dos limites entre o normal e o patológico. É necessário dissecar os conceitos de tal forma que se saiba ao certo o que seria uma doença a ser tratada, por um lado, e uma diferença a ser respeitada – e até estimulada – por outro.

Assim como Piaget, Illich também se preocupava com o desenvolvimento da moral. Piaget mais focado na educação e Illich na área da saúde, porém, ambos consideravam que o adulto mais experiente e pessoas nas quais tivessem um posicionamento ético-político poderiam contribuir para ações de passagem da heteronomia para a autonomia. Ivan Illich, a quem Nogueira (2003) atribui o cognome de *profeta da autonomia*, enfatiza o lado opressivo da cultura medicalizada ocidental e considera a medicina moderna uma ameaça à saúde, pois retira dos indivíduos a capacidade de lidarem com os processos de vida, incluindo o sofrimento (GUADENZI e ORTEGA, 2012).

Outro autor presente nesta tese é Michel Foucault (1979; 1997; 2008), que sendo leitor de Ivan Illich apresentou em suas obras muitos pontos em comum com ele. Foucault se aproxima de Illich no estudo da história do corpo e das práticas disciplinares, dando uma atenção maior às formas de resistência que ocorrem no exercício do poder, trabalhando mais especificamente com a noção de poder e governamentalidade. Já Illich mantém o foco na forma com que agem as grandes indústrias, como as farmacêuticas, por exemplo, e prioriza a análise do significado cultural e social de forma mais macro, preocupando-se com as tendências sociais que surgem diante de “modismos” que estão subjacentes aos rótulos, às atitudes de preconceito e discriminação. Ambos os autores são importantes críticos do “modelo biomédico”, no qual

afirmam que as patologias individuais e coletivas estão atreladas ao modo de vida e à forma com que a sociedade concebe a saúde e a doença.

## 5.2 Michel Foucault, a medicalização na sociedade moderna e o exercício do biopoder

Os médicos se dirigem aos diretores dos estabelecimentos e aos professores, também dão conselhos às famílias; os pedagogos fazem projetos e os submetem às autoridades; os professores se voltam para os alunos [...] Toda uma literatura de preceitos, pareceres, observações, advertências médicas [...] prolifera em torno do colegial [...]

(FOUCAULT, 1988, p. 34-35)

Michel Foucault, filósofo francês, morreu em Paris no ano de 1984 vítima de Aids, deixou um legado de várias obras nas quais destacam críticas às instituições sociais, especialmente à psiquiatria e à medicina, fazendo uma discussão acerca da complexa relação entre corpo, poder e conhecimento.

Díaz (2012 – Prefácio) analisa criticamente o percurso do pensador francês e compreende desta forma “sua filosofia”:

A filosofia de Foucault é uma ontologia histórica. Ontologia, porque se ocupa dos entes, da realidade, do que ocorre. Histórica, por que pensa a partir dos acontecimentos, de dados empíricos, de documentos. Uma ontologia histórica é uma aproximação teórica a certas problematizações de época.

Por meio de uma análise histórica inovadora, Foucault (leitor assíduo de Marx, Kant e Nietzsche), ao centrar-se na *vida* e nos diferentes processos de subjetivação, viu na educação moderna atitudes de vigilância e adestramento do corpo e da mente. Assim, Foucault conseguiu importantes elementos, desde os quais ele pôde desenvolver sua própria *genealogia do poder*. Segundo Lima (2015, p. 320), Foucault:

[...] em sua pesquisa genealógica, portanto, não se destina a procurar o segredo essencial e sem data, mas sim, objetiva evidenciar que as coisas não têm essência ou que essa suposta essência foi construída historicamente. Ou seja, a

genealogia problematiza o processo de naturalização dos objetos e dos sujeitos.

Em *O sujeito e o poder*, Foucault (2010) afirma que a constituição do sujeito moderno foi o tema geral de sua preocupação filosófica. Foi na década de 1970, mais precisamente em 1979 com sua obra *Microfísica do Poder*, que Foucault fala pela primeira vez sobre o conceito de medicalização. Nesta obra, ele explana toda a constituição social que ao obedecer a uma lógica capitalista se torna punitiva dentro de um regime disciplinar velado, que oprime por meio de um poder que trabalha o corpo do indivíduo, manipulando-o, modificando o seu comportamento, suas ideologias, enfim, “fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial, capitalista” (FOUCAULT, 1979, XVII). Porém, tal dominação capitalista age sutilmente, pois se fosse na forma de repressão não perduraria; não há uma imposição violenta, há um mecanismo de construção da necessidade, uma promessa de aumento na força de trabalho, crescimento da produtividade, uma neutralização dos efeitos de contra-poder, com o intuito de tornar os homens dóceis politicamente. Ao medicalizar constrói-se uma força sobre o outro que o imobiliza, que gera uma pseudo paz, em uma relação que na falta da reação do outro perpetua-se a força e os mecanismos de controle.

Ao desejar a cura e soluções mágicas para problemas que envolvem a coletividade, é comum dar à medicina e à figura médica o poder de decisão, com isso há uma “licença” para que o médico desde então penetre nas diferentes instâncias do poder. Desta forma, ocorre o que diz Foucault (1979):

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX.

O médico por sua posição conquistada representa uma classe dominante que se encarrega de uma série de preceitos de normalidade, porém, há outros profissionais que fazem parte dessa lógica que constituem o saber-poder, são eles: psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, biólogos, farmacêuticos, nutricionistas, educadores, entre outros.

A figura do saber-poder não é recente, é um mecanismo político que gera tecnologia e é proveniente da disciplina ainda da Idade Média e até mesmo da Antiguidade, que se solidificou no século XVIII. A disciplina nada mais é que a inserção dos corpos em um espaço individualizado, institucionalizado, classificatório e contínuo que se torna submisso e alvo de poder. Disciplina é um conceito caro em Foucault, pois através dela ele esmiúça toda a lógica do controle.

### **5.2.1 A tecnologia do poder disciplinar: a maquinaria absoluta na patologização dos corpos dóceis**

O corpo é uma realidade bio-política.  
A medicina é uma estratégia bio-política.  
(FOUCAULT 1979, p.80)

Não seria novo dizer que o corpo é objeto de investimento, nem que ao longo da história as pessoas sofreram castrações, imposições, limitações, proibições, enfim, vários tipos de coação. Porém, o que é novo ou pelo menos o mais recente é que agora estamos diante de novas técnicas, estudos que detalham minuciosamente o corpo, que nos fazem acreditar que a sujeição constante deve ser vista como uma demonstração de cuidados. Em *Vigiar e Punir*, outra obra clássica de Foucault (2008a, p. 118 e 119), o autor esclarece:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas” [...] 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, nem 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.

Assim, a disciplina se torna uma tecnologia para atuar no domínio e na docilização do corpo, que precisa ser adestrado e normatizado com o intuito de modificar tanto a alma como o corpo físico. Haja vista as carteiras enfileiradas,

as cadeiras individualizadas que impedem o contato visual com os colegas da sala e até mesmo o “mapa de lugares” que muitas escolas ainda adotam para afastar os alunos que mais se comunicam. Todos voltados para a figura do professor, o “único detentor do saber” que para combater a ociosidade, preenche todo o tempo com atividades, passando de uma operação a outra a partir de uma utilização exaustiva do corpo. O aluno “problema” que passa a ser escolhido como auxiliar de sala para maximizar a ação do tempo, desviando-o de sua tendência de caráter. Tudo em prol à retidão e a uma normalização das “condutas desviantes”.

O sonho de uma sociedade perfeita faz com que haja uma classificação do normal e do patológico. Com a imposição à indisciplina, os que escapam da curva da normalidade logo são enquadrados como sendo inadequados à regra, desviantes e “doentes”. A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela *normaliza* (FOUCAULT, 2008, p. 153). O poder da norma surge nas disciplinas e o que é normal se estabelece como princípio de coação em mecanismos de sanções normalizadoras. Portanto, o que é normal passa a ser uma extensão da norma, um desdobramento da imposição da regra. Assim, segundo Canguilhem (2015, p. 189) em sua obra clássica *O Normal e o Patológico*, descreve o que seria a norma:

Uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar. “Normar”, normalizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda que estranho [...] Com efeito, uma norma só é uma possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatórias por um estado de coisas satisfatórias.

Ou seja, a aplicação da norma e do que se entende por normal não é natural, mas sim construído historicamente, revisado e aplicado até ser instituído como regra. O *pathos*, o patológico, o anormal deve ser fundamentado em causas reais e não em efeitos aparentes ou em expressões sintomáticas. Assim, abastado de uma grande tecnologia, as vigilâncias múltiplas produzem saber para tornar o homem mais produtivo e funcional.

Inclui-se como tecnologia do aparelho disciplinar, o olhar observador, o “olho que tudo vê”. O sistema panóptico descrito pela primeira vez por Jeremy Bentham (1748-1832) no final do século XVIII (1785) seria uma forma de visibilidade isolada, reconhecida por Foucault como uma tecnologia do poder para aumentar a eficiência do controle. Uma construção de vários compartimentos em forma circular, com uma torre de vigilância no centro.



Sistema Panóptico utilizado em escolas, prisões, hospitais e fábricas. Da torre todos poderiam ser observados ao mesmo tempo.

Mesmo quando não há ninguém em posição de observação, a figura panóptica mantém o controle assegurando o funcionamento automático do poder. Essa vigilância se apoia em um sistema de registro permanente que diz sobre o outro o que ele nem mesmo sabe: um exemplo disso são as cadernetas abertas no dia de conselho escolar e os laudos médicos que com seus CID's e manifestações descritas nos DSM's rotulam e estigmatizam os comportamentos, sem que o assujeitado nem mesmo saiba o que na realidade a “equipe panóptica” pensa sobre ele. Instituições vigiadas também por pessoas externas a elas que com marcações binárias: louco-não louco; perigoso-inofensivo; inteligente-ignorante; normal-anormal mapeiam a população institucional. O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório

de poder. Graças aos seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens (FOUCAULT, 2008a, p. 169).

O sistema Panóptico é uma tecnologia do poder, assim como a disciplina que é um tipo de poder e que comporta um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma “física” ou uma “anatomia” do poder, uma tecnologia (FOUCAULT, 2008, p. 177), exemplo disso é a sanção normalizadora do exame que ao observar permite classificar, qualificar e punir. O exame inventado no século XVIII junto com as técnicas disciplinares está nas escolas e nos hospitais, é um aparato disciplinar que observa e que produz um conceito sobre o outro. É o momento legitimado socialmente para se extrair do outro o que se quer conhecer, fazendo a individualidade entrar em um campo documentado, obedecendo à burocracia essencial para o registro das características peculiares do observado. O exame que coloca os indivíduos em um campo de vigilância, situando-os igualmente em uma rede de anotações escritas; compromete-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e os fixam (FOUCAULT, 2008, p. 157). Ao burocratizar as informações do outro, esse outro deixa de ser um indivíduo de corpo e alma, de vivências, de experiências e passa a ser apenas um “caso” que comparado a outros “casos”, perde sua individualidade e historicidade. Foucault (2008, p. 160) completa dizendo:

O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e “científica” das diferenças individuais, como aposição de cada um à sua própria singularidade (em oposição à cerimônia onde se manifestam os status, os nascimentos, os privilégios, as funções, com todo o brilho de suas marcas) indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em que cada um recebe como status sua própria individualidade, e onde está estatutariamente ligado aos traços, às medidas, aos desvios, às “notas” que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um “caso”.

Há que se dizer que todas essas técnicas disciplinares apontadas por Foucault não se limitam na memória histórica, mas são utilizadas até hoje como recursos para um “bom adestramento”, termo utilizado por Foucault 2008a, com novas tecnologias e que carregam um alvo - o corpo dócil como

única mira do poder. Todas as investidas violentas foram gradativamente dando lugar a outras formas de punição, menos ruidosas, menos visíveis e nas quais o sofrimento físico e a dor tendiam a ser atenuados (GADELHA, 2009, p. 32). O que seria isso senão os tentáculos da medicalização enraizados na sociedade moderna? Compreender essa caracterização é se aproximar um pouco mais do problema deste trabalho, que ao tratar de medicalização traça uma crítica sobre a visão psicométrica e a utilização de métodos quantitativos, que na Psicologia Educacional cuidou de normalizar crianças e adolescentes e a relação professor-aluno.

Gadelha (2009, p. 79) contribui dizendo:

É nessa perspectiva que devemos entender a psicologização e a psiquiatrização da infância: de um lado, produção dos “sujeitos-alunos-normais”, de outra produção dos “sujeitos-alunos-problema”, dos “deficientes”, dos “anormais”, dos “incorrigíveis”, dos “carentes”, etc. É mediante tais mecanismos, além disso, que a escolarização afeta a família nuclear, regulando-a e induzindo-a a agir em conformidade e em complementaridade com os processos de normalização propriamente escolares, mas também com os processos de normalização médicos, assistenciais, etc.

Ao levantar tais questões desejamos nos manter fiéis aos apontamentos realizados por Foucault, suas peculiaridades teóricas, suas reflexões em torno do tema e inclusive acompanhar o desdobramento dos conceitos trabalhados por ele. Paralelamente ao conceito de medicalização, surgem na mesma época (meados da década de 1970), outros dois conceitos marcantes na teoria de Foucault: Biopolítica e Biopoder.

A biopolítica aparece em uma visão biologicista com ideais eugenistas que imprimiu a “guerra de raças”, porém, houve uma transformação dessa “guerra” passando do preconceito racial para o que Foucault chama de *governamentalidade*, ou seja, várias maneiras de governar e impor o poder sobre o outro. A medicina caracteriza-se como uma dessas maneiras, na qual é reconhecida como uma estratégia de ação normalizante sobre o corpo. O corpo embora seja individual, pertence a uma *polis* e as duas partes se comunicam (indivíduo+ *polis*), criando na modernidade uma relação entre política e vida biológica.

Para Foucault (1979), houve uma mudança social pós Idade Média que valorizou as investidas ao corpo (pensar o individual a partir do coletivo), gerando no final do século XVIII e início do século XIX uma necessidade de preparar o corpo para servir o coletivo enquanto força de produção e de trabalho. Contudo, a sociedade capitalista fez surgir a necessidade de uma medicina social, que nada mais é do que uma estratégia biopolítica. No mesmo período surgiu na Alemanha a polícia médica que foi um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médico, porém, na França a normalização iniciou-se pelos militares e professores. A indústria militar e seus equipamentos e as Escolas Normais padronizaram a formação e a qualificação dos educadores. No entanto, o intuito foi sempre o mesmo: normatizar os serviços estatais e a população. Isso abrange a medicina social que sempre serviu como um aparato de exclusão.

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (FOUCAULT, 1979, p. 89).

A biopolítica não se limita apenas à saúde, ela nos ajuda a desmascarar muitos dos problemas existentes em outros âmbitos, inclusive na educação. Essa relação possível entre biopolítica e educação nos dá a oportunidade de pensar sobre o elo que se constrói entre o próprio indivíduo e a forma com que ele é visto na sociedade ocidental como um todo. Dentro de parâmetros pré-estabelecidos essa relação segue uma lógica própria com dispositivos e mecanismos de subjetivação, isto é, uma forma de constituir a identidade e a personalidade do sujeito diante das imposições sobre como pensar, agir e sentir, enfim, um processo constante de normalização.

A biopolítica e seus desdobramentos formam um conjunto de biopoderes e a medicalização opera por meio do biopoder. Mas o que exatamente seria o biopoder? É a forma de poder que se apropriou do corpo e da vida em todos os planos, tanto nas micro-esferas sociais como nas estratégias globais anônimas ou não de dominação e normalização social. O biopoder faz da vida o seu objeto, faz do corpo o seu instrumento de análise e gera uma vida humana

reduzida ao seu mínimo biológico, é a vida sem forma, reduzida ao mero fato biológico. É o que Agamben chama de *vida nua* ao considerar que o biopoder contemporâneo reduz a vida à sobrevivência biológica, produzindo sobreviventes, isto é, *Figuren*<sup>16</sup> (PELBART, 2007, p. 59). O biopoder faz do corpo um objeto de valor, entrando na lógica de uma racionalidade econômica que faz funcionar o reforço e a vigilância. É o domínio do corpo, é uma forma de aprisionar que tolha a liberdade e impede a moral de se desenvolver.

Dando continuidade a ideia, no próximo tópico trataremos como elemento de discussão o encontro de Foucault com Kant, procurando mostrar como o tema da liberdade e da autonomia foi concebido pelo filósofo alemão e ressignificado ou compreendido pelo filósofo francês.

### **5.2.2 Foucault a partir de Kant: em busca da liberdade e dos princípios da autonomia**

Foucault era leitor interessado e assíduo de Kant e muitos de seus escritos revelam isso. A presença kantiana no discurso de Foucault demonstra um diálogo que teve início na década de 1960 e que irrompeu na trajetória intelectual de Foucault de ponta a ponta (CARDOSO Jr. e SILVA, 2015). Esta é a base teórica que faz com que aproximemos Foucault de Piaget; a escolha de ambos por Kant revela “um olhar para a mesma direção”. Não há registros históricos que apontam alguma divergência entre os dois; mesmo com escolhas epistemológicas distintas os dois pensadores tinham uma postura democrática que comungava facilmente com vários outros teóricos.

Por meio de Kant, Foucault procurou construir uma problematização sobre as questões por ele observadas (apontadas ao longo deste texto) e a resposta a estas questões incita um breve olhar nessas incursões que Foucault realizou nos escritos kantianos. Michel Foucault procurou observar que a Crítica kantiana, ao revelar que a razão não pode ser possível senão a custa dos limites da empiria fez um destaque “[...] na *Antropologia*, o homem não é *homo natura*, nem sujeito de pura liberdade; ele situa-se nas sínteses já operadas de sua ligação com o mundo” (FOUCAULT, 2011).

---

<sup>16</sup> Figuras manequins. É como os nazistas se referiam aos prisioneiros que abandonados nos campos de concentração estavam apenas à espera da morte.

Foucault, então, ficou mais próximo de Kant com o intuito de compreender o que o inquietava. O que o inquietava despertou-lhe curiosidade e ele passou a observar a proximidade entre a atitude crítica da própria teoria e a definição kantiana de *Aufklärung*. Para isso, procurou afastar o que seriam os elementos doutrinários e especulativos que envolviam este termo para afirmá-lo enquanto uma virtude, ou ainda, um “apelo à coragem” (FOUCAULT, 2000, p. 174).

O que de fato é *Aufklärung*? Como resposta citaremos o primeiro parágrafo do artigo escrito por Kant (1974, p. 100), com data original de 1783:

Esclarecimento [Aufklärung] é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio culpado dessa menoridade se a causa dela não se encontra na falta de entendimento, mas na falta de decisão e coragem de servir-se de si mesmo sem a direção de outrem. *Sapere aude!* Tem coragem de fazer uso de teu próprio entendimento, tal é o lema do esclarecimento.

Assim, *Aufklärung* é o próprio Esclarecimento - o Iluminismo, a época das luzes em que o homem dotado de razão passaria então a agir como tal, racional. O homem esclarecido não mais poderia depender da boa vontade de outrem, mas sim desfrutar de sua liberdade de pensar e agir.

A discussão de Kant deixa claro que há uma defesa e uma crença no poder da razão e apesar de todas as questões que atravessam o homem, é necessária uma conduta baseada na liberdade e na crítica. Kant (1974, p. 104) exclama as vozes que ecoam por todos os lados: “*não raciocineis! Ou racionais, tanto quanto quiserdes, e sobre o que quiserdes, mas obedecei!* Eis aqui por toda parte a limitação da liberdade”. Contudo, ainda continuando a explanação das ideias de Kant, ele realiza duas perguntas: “que limitação (da liberdade) impede o esclarecimento? Qual não o impede, e até mesmo favorece?”

A cargo do tema principal deste trabalho – medicalização - e o que temos observado no cotidiano escolar, podemos dizer que as perguntas de Kant estão atuais, ou seja, o que avançou de lá até hoje se estamos na era da palmatória química, no fazer calar-se, no controlar, normatizar e punir o diferente? Houve avanços no quesito liberdade? Estamos em uma época

esclarecida? É possível promover o avanço das luzes com a restrição da liberdade? Para Kant todas as respostas seriam negativas, visto que ele afirma ser impossível alcançar o esclarecimento sem a liberdade, e sem esclarecimento não se avança racionalmente, ou seja, é um círculo vicioso que põe a perder a oportunidade do encontro entre o homem e a luz.

Como não pensar na educação e no processo de medicalização vigente na realidade atual do cotidiano escolar? Como não pensar na relação que é possível construir entre Foucault- Kant- Piaget?

Ao privar a liberdade, torna-se cada vez mais difícil alcançar o Esclarecimento, ou seja, “sair da menoridade”. Uma das perguntas realizadas por meio desta tese é: a medicalização (uma das formas de privar a liberdade) pode impedir o desenvolvimento moral do aluno? Acreditamos de forma contundente que sim, visto que sem liberdade a autonomia não “ocupa” o seu lugar e com isso, não ocorre a passagem da heteronomia para a autonomia.

Carvalho (2004, p. 176), contribui argumentando:

A conquista da autonomia pela própria autonomia requer, para se realizar, a liberdade. E a liberdade que aqui se exige é “a de fazer um uso público de sua razão”, e só esta pode favorecer o esclarecimento entre os homens. O que se vê por toda parte, porém, diz Kant, é a limitação da liberdade; o que mais se ouve é: não raciocineis, mas obedecei! É preciso, portanto revogar esse preceito, sobretudo a primeira parte, para que o *sapere aude* se instale e o que é de direito tenha vigência, pois não é verdade que o esclarecimento poria em risco a ordem instituída, como advogam alguns, dizendo que o esclarecimento seria um pretexto para a anarquia. “Uma distinção precisa entre o conceito transcendental [do esclarecimento], de um lado, e suas determinações empíricas, de outro, irá permitir a Kant romper com o pressuposto: ‘quem raciocina por si mesmo não obedecerá’”.

Ao passar de maneira rápida por Kant, utilizando como via Foucault, tivemos o intuito de preparar um “terreno fértil” para a contribuição de Piaget neste trabalho; Kant seria o elo entre os dois. É certo que a triangulação teórica vem se desenhando ao longo das linhas que compõem este texto e mais certo ainda (essa é a nossa convicção), que os teóricos conjugam para que o leitor possa seguir o fio condutor das ideias que possibilitarão a reflexão sobre o tema maior - no caso, a medicalização.

### **5.3 Piaget e o desenvolvimento moral na criança: é possível alcançar a autonomia diante do processo de medicalização escolar?**

A disciplina imposta de fora ou sufoca toda a personalidade moral, ou então, pelo contrário, a prejudica mais do que lhe favorece a formação; produz uma espécie de compromisso entre a camada exterior dos deveres ou das condutas conformistas e um eu sempre centralizado em si mesmo, porque nenhuma atividade livre e construtiva lhe facultou fazer uma experiência de reciprocidade com outros.

(PIAGET, 1996, p. 68)

Logo no subtítulo outra pergunta que não deixaremos calar: é possível alcançar a autonomia diante do processo de medicalização escolar? Por crermos que não, traremos agora a última ponta que nos resta do triângulo, Jean Piaget.

Piaget como é mais conhecido, nasceu em 1896 na cidade de Neuchâtel – Suíça e faleceu em Genebra no ano de 1980. Considerado um dos mais importantes pensadores do século XX, defendeu uma abordagem interdisciplinar para a investigação epistemológica e fundou a Epistemologia Genética, teoria do conhecimento com base no estudo da gênese psicológica do pensamento humano. Piaget passou grande parte de sua carreira profissional observando e pesquisando o processo de funcionamento do raciocínio da criança. Seus estudos tiveram um grande impacto no campo da Psicologia e da Educação.

Nesta parte do capítulo, nosso propósito será “pinçar”, dentre a vasta gama de escritos e achados de Piaget, alguns pontos de reflexão sobre o desenvolvimento moral e refletir sobre o que ele chama de “a educação da liberdade”.

Uma das escolas investigadas na pesquisa de campo adota o método tradicional de ensino. Para além da simples prática de um ensino centrado no professor, fato que encontramos comumente, essa escola tem como objetivo investigar e tratar o aluno que apresenta alguma dificuldade na convivência

escolar e/ou de aprendizagem. Obedecendo a uma lógica adaptacionista que “pune” os que não se adaptam, a escola distribui entre os diversos especialistas tanto da educação quanto os da saúde, a tarefa de “captar” o que está errado, “curar” o que se deve banir e devolvê-lo à escola comum para que ele dê continuidade de forma mais produtiva ao processo de ensino e aprendizagem. Há nessa instituição uma “cumplicidade ideológica” (BOCK, 2003) entre a pedagogia e outros especialistas, para juntos participarem do atendimento ao aluno. Piaget em uma entrevista realizada por Bringuier (PARRA e TRYPHON, 1998) revela que não era adepto a essa “cumplicidade”, visto que, para ele, essa relação de dependência não era saudável, pois ao “invadir” a pedagogia para realizar avaliações e a partir daí aconselhar, a prática pedagógica poderia ficar comprometida. Para Piaget a pedagogia é como a medicina, uma arte que se apoia – ou deveria se apoiar - sobre conhecimentos científicos precisos (PARRA e TRYPHON, 1998, p.17).

Mas e o sistema também passa por processo de análise e “cura”? Não. Este nunca é questionado nem tratado no ensino tradicional. A escola tradicional é vista por alguns autores, como é o caso de Singer (2010, p. 11), como um espaço de tirania adulta, como conservadora, desrespeitosa em relação às crianças e totalmente ignorante dos reais processos psicológicos de aprendizagem e desenvolvimento. Se não se questiona ou se busca a conscientização, a escola reproduzirá eternamente de forma mecânica um modelo de educação que se preocupa basicamente na transmissão de conhecimento, a partir da exposição, repetição e cópia, onde o aluno é visto como um recipiente vazio que deve ser preenchido com o saber dos mais velhos. Piaget em seus estudos critica esse tipo de escola, pois, para ele, segundo Canan (2015), a instituição é um espaço para o desenvolvimento de pesquisas, experiências, leituras e discussões de pontos de vista, evitando agir tão somente para satisfazer os desejos adultos, mais especificamente, os do professor.

O ensino tradicional tem o intuito de transmitir os conhecimentos e a figura do professor representa a autoridade máxima em que o conteúdo e a avaliação devem ser inquestionáveis. Conforme apontam Ribeiro e Pires (2015, p. 29950):

Para Piaget o principal equívoco da educação tradicional, seria acreditar que a criança iria somente absorver os conhecimentos já processados pelo professor, pelo simples ato de transmissão e gravação mental, de forma automática e passiva, sem a realização de uma reflexão interna, sem de alguma forma agir ativamente sobre o objeto do conhecimento. É na atividade do sujeito que se desenvolve o processo educacional. Porém, não se deve esquecer que o indivíduo somente realiza uma atividade quando obtém um estímulo exterior.

Diante disso, ao não obterem um estímulo exterior capaz de agir como um dispositivo para a atividade, muitos alunos não se adaptam a essa forma de ensino antidemocrática, em que como meros espectadores, devem ser passivos na relação com o professor e deve acima de tudo, silenciosamente, apreender o conteúdo exposto em aula e obter sucesso nos exames e nas atividades realizadas em sala. Para os que se adaptam, a comunidade escolar aposta em um futuro promissor; e aos que se rebelam ou apresentam alguma dificuldade na aprendizagem, resta-lhes o laudo, o rótulo e o estigma de aluno “problema”. Ainda em Ribeiro e Pires (2015, p. 29951), é importante destacar que:

Quando se ensina de forma compartimentalizada, sem compromisso com o contexto em que os alunos estão inseridos, numa exposição cheia de conteúdo, porém, vazia de sentimento, o que pode surgir como resultado é uma minoria de alunos bem-dotados que alcançam a meta imposta pelo sistema de ensino, mas ao mesmo tempo uma gama de alunos regulares e de baixo rendimento que trazem fracasso a esse método de ensinar.

Está clara a forma com que atua a lógica medicalizante, porém o que está difícil compreender é: se a educação deveria ser o que Paulo Freire chama de “educação libertadora”, como é possível que a escola ainda adote essa “educação bancária”, fria e pouco envolvente? Não é a escola o lugar por excelência para que o aluno ao ser educado consiga gerir a própria vida e decidir o que é melhor para si? Educar é possibilitar que o aluno construa sua realidade, ao mesmo tempo em que internamente constrói seu conhecimento. Desta forma, a escola deve contribuir para o alcance da autonomia. Mas o que

de fato significa autonomia? Segundo Gracia (2012, p. 1) “autonomía significa en el griego clásico independencia política, lo cual explica su proximidad a eleuthería, término que significa libertad”. E completa: “*autónomo es quien tiene capacidad para tomar sus propias decisiones[...] y no se halla impedido de hacerlo por factores externos, como la fuerza, la coacción, etc*”. (ídem, p. 2).

Assim, faz-se importante destacar que em *O juízo moral da criança*, um dos livros mais conhecidos de Piaget (1994), ele concorda com Kant ao dizer que há duas tendências morais: heteronomia e autonomia e ainda no aspecto moral a criança passa por uma fase pré-moral, caracterizada como anomia em que o bebê, em uma fase puramente egocêntrica, ainda não internalizou normas e regras. Pois bem, temos então a heteronomia em que os deveres são vistos como externos e impostos coercitivamente e não como obrigações elaboradas pela consciência, ou seja, se é governado por outros; e a autonomia que seria um autogoverno em que há um “uso racional e social das regras” (MENIM, 1996, p.46) e que segundo Piaget, pode ser alcançada dependendo das relações sociais nas quais a criança está imersa. Essas relações sociais descritas por Piaget (1994) são extremamente importantes para a formação da moralidade, sem esquecer de que a escola é um lugar privilegiado para isso, pois é nela que ocorre a interação, os desafios e o apoio recíproco entre os **pares**.

Observações realizadas por (MENIM, 1996, p.61) em uma escola, fizeram com que ela chegasse a conclusões semelhantes àquelas em que o Campo 1 investigado neste trabalho, nos forneceu:

#### **Educação Moral- Observações em uma escola**

Querendo ou não, todas as escolas atuam na formação moral de seus alunos; nem todas o fazem, no entanto, na direção da autonomia.

Aliás, Piaget e vários outros autores têm mostrado que tradicionalmente, a fim de “disciplinar” seus alunos, as escolas têm em muito contribuído para a perpetuação da heteronomia – a moral da obediência ao outro, do dever imposto de fora.

As escolas fortalecem a heteronomia na medida em que:

- mantêm uma relação de coação entre professor e alunos;
- ensinam a moral tal como se esta fosse uma “matéria a parte”;
- proíbem trocas entre os alunos, privilegiando atividades individuais;
- impõem regras com “excesso de significado”.

Normalmente as relações entre o professor e seus alunos são de coação, pois esta impõe regras prontas e pune a desobediência ou premia a obediência de seus alunos. Estes não participam na elaboração das regras e muitas vezes nem sabem sua real função; aprendem somente que devem obedecer para não serem punidos ou serem premiados.

Diante dessa problemática, faz-se urgente repensar e construir outras formas de fazer a escola, de viver a escola, tornando-a um ambiente autônomo. Deveríamos dar a ela, uma importância para além de um depósito humano, para além de um local onde as vozes se emudecem e as autoridades são surdas. É um local “sagrado”, pois é nela que vivemos grande parte de nossa vida.

Para a construção de um ambiente sócio moral na escola Piaget (1996, p. 203), argumenta:

(...) isso depende antes de tudo da atitude do professor. Ele quer ter um papel de autocrata e transformar a classe em monarquia absoluta ou às vezes mesmo numa espécie de teocracia moral? Ele tem poder para tanto. Mas será que ele quer preparar cidadãos ao mesmo tempo livres e capazes de disciplina interior (por oposição à submissão externa e simplesmente conformista)? É preciso então inspirar-se de um ideal democrático já na escola, e não em palavras ou ‘lições’, mas na prática e na vida real da classe.

É essa perspectiva proposta por Piaget, ou seja, a construção de um ambiente sócio moral na escola, que pode assegurar, segundo ele, a edificação de uma educação construtivista. Esta será a discussão a seguir.

### **5.3.1 A educação construtivista: a escola como ambiente sócio moral**

Por ambiente sócio moral, referimo-nos a toda a rede de relações interpessoais em uma sala de aula. Essas relações permeiam todos os aspectos da experiência da criança na escola. O termo *ambiente sócio moral* sugere nossa convicção de que todas as interações entre as crianças e entre elas e seus educadores/ responsáveis têm um impacto sobre a experiência e desenvolvimento social e moral das crianças.  
DeVries e Zan (1998, Introd.)

Na educação construtivista valoriza-se a relação do professor com o aluno, ou seja, é necessário haver um encontro entre as partes para que se estabeleça um ambiente sócio moral capaz de promover o desenvolvimento das crianças. O construtivismo não é uma técnica ou um método, mas sim uma postura que o professor adota e convida os seus alunos a adotarem, logo ao adentrar em uma sala de aula. No construtivismo nada está pronto ou pode ser dado por acabado, pelo contrário, tudo está em constante construção e só se alcança o conhecimento ao unir a potência da razão e da intelectualidade às possibilidades dinâmicas que o meio pode oferecer. Nesse sentido, Leão (1999, p. 197) afirma que:

[...] os pressupostos epistemológicos do construtivismo se fundamentam na ideia de que o pensamento não tem fronteiras: ele se constrói, se destrói, se reconstrói. Um dos pontos principais da visão construtivista de ensino é que a aprendizagem é uma construção da própria criança, em que ela é o centro no processo, e não o professor.

Além disso, para que a escola promova com excelência o desenvolvimento da criança, é necessário buscar um ambiente sócio moral que permita a elas a construção do *self*, ou mais especificamente um *self* separado de outras pessoas, compreendido por DeVries e Zan (1998) como a possibilidade de pensar sobre si mesmo sob o ponto de vista de outros, ou seja, ver a si mesmo como *um* entre outros. Nesse processo, “a criança organiza as atitudes percebidas de outros em relação a ela própria e constrói sua personalidade com características progressivamente estáveis” (p. 53). Assim, DeVries e Zan (1998) completam dizendo que:

Ao ser respeitada pelos adultos [...], a criança organiza progressivamente sentimentos, interesses e valores em um *self* orientado para a cooperação com outros. A possibilidade para uma auto-regulação considerável abre o caminho para a construção de padrões cooperativos de reação social e para uma personalidade estável.

Além do *self* já descrito, Piaget aponta para outro avanço que demonstra o alcance da autonomia, o *self-government*, ou seja, um autogoverno, conceito também presente em Foucault, mas que ele vai chamar de *governo de si*. Os

dois autores concordam que atividades de reciprocidade, condutas altruístas, a cooperação entre outros, são elementos que contribuem para o desenvolvimento dessa maneira de ser.

Já no controle heterônomo - que para nós é a própria intervenção medicalizante - a criança constrói o que DeVries e Zan (1998) chamam de *self* *dúbio*, podendo levar a reações sociais hostis e/ou dependentes, a agir somente sob o controle de outros e ainda pode desenvolver no indivíduo uma dificuldade em construir um raciocínio crítico com convicções pessoais; isso seria a manifestação da heteronomia e do respeito unilateral que parece corresponder à moral dos tabus e das prescrições. Porém, como apontam Parrat e Tryphon (1998, p. 32), a moral da cooperação, ao contrário, é um tipo “civilizado” de solidariedade.

Piaget afirma existirem dois tipos de moral: a moral da coação e a moral da cooperação. A moral da coação, característica do sujeito egocêntrico, tem como base as relações de respeito unilateral e as sanções aplicadas pelos mais velhos aos mais novos, fortalecendo a heteronomia do juízo moral; por outro lado, a moral da cooperação tem como base as relações de respeito mútuo e de reciprocidade, que levam ao estabelecimento do juízo moral autônomo. (Araújo, 1996, p.106).

Assim sendo, podemos afirmar que a cooperação é o caminho pelo qual a ação moral opera. Ela é uma interação social que se dirige a um determinado objetivo entre indivíduos que se consideram como iguais e tratam uns aos outros como tais (DEVRIES e ZAN, 1998, p. 57). Piaget (1994) considera importante que a cooperação seja uma ação moral iniciada pelo adulto, pois um professor cooperativo torna o ambiente construtivo, possibilitando um aumento das competências sociais, emocionais, intelectuais e morais. Ao cooperar com o outro, se estabelece um respeito mútuo, considerando a importância do outro além de mim.

La Taille (1992, p. 20) destaca que as relações de cooperação são aquelas que possibilitam o desenvolvimento da autonomia:

Como o seu nome indica, a cooperação pressupõe a coordenação das operações de dois ou mais sujeitos. Agora, não há mais assimetria, imposição, repetição, crença, etc. Há discussão, troca de ponto de vista, controle mútuo dos

argumentos e das provas. Vê-se que a cooperação é o tipo de relação interindividual que representa o mais alto nível de socialização. E é também o tipo de relação interindividual que promove o desenvolvimento.

Antagonicamente existe a outra moral – da coação - que para este trabalho é um conceito de grande relevância, visto que, em nossa opinião, a medicalização é exercida por meio da coação adulta e, ao ser praticada, impede o desenvolvimento moral, produzindo uma limitação na mente, na personalidade e nos sentimentos das crianças (DEVRIES e ZAN, 1998, p. 59). A coação, considerada por Piaget como unilateral, implica em uma desigualdade do mais velho para o mais novo, daquele que coage para aquele que é coagido, além disso, ela “socializa apenas superficialmente o comportamento e, na verdade, reforça a tendência da criança para depender do controle dos outros” (DEVRIES e ZAN, 1998, p. 55). A dominação, o controle, a obrigação de se fazer algo que não se quer, a falta de compreensão são formas de impor regras sem socializar com a criança o verdadeiro motivo, mantendo-a na heteronomia. Nas escolas construtivistas e/ou democráticas, toda e qualquer decisão que inclua regras ou normas são compartilhadas, tanto na relação professor-aluno e aluno-aluno quanto em assembleias<sup>17</sup>. José Pacheco ao falar sobre a Assembleia na Escola da Ponte comenta:

É por aí que passa a participação das crianças na organização interna da escola. Os miúdos sabem que a Assembleia é uma coisa importante, que os alunos e os professores reúnem-se e discutem juntos os problemas da escola, que aprendemos a respeitar regras e a respeitar-nos uns aos outros e a decidir o que é melhor para todos. (PACHECO, 2001, p. 109)

Quando a decisão necessita ser tomada por um número maior de pessoas, como é o exemplo da sala de aula ou da escola toda, adota-se a assembleia. É um equívoco pensar que essas escolas são isentas de regras, que ser livre é ficar à vontade. As regras são pré-estabelecidas, justificam-se sem ser arbitrárias. Para enfraquecer os maus hábitos, não se prega a coação ou a intimidação, mas sim o diálogo, para que a criança compreenda a orientação do professor e fortaleça sua confiança, sabendo como agir nas

---

<sup>17</sup> As assembleias têm o papel de diálogo e de poder trabalhar e regular as relações de convívio entre as pessoas de uma comunidade democrática. Ver Campo 2 e Campo extra – escola democrática.

diversas situações. O professor age com autoridade e não com autoritarismo! Isso é respeito! Isso é ensinar o aluno a ter respeito mútuo. Acreditamos que este é o caminho para conduzir a criança a uma nova organização dos valores morais.

Seguindo para a finalização do capítulo, consideramos importante uma breve explanação sobre as escolas democráticas e suas principais formas de atuação. Tais escolas se “[...] caracterizam pela proposta de uma prática diferente, em resistência a um sistema em que as avaliações, a competição e o autoritarismo dão a tônica (SINGER, 2010, p. 55).

#### **5.4 As escolas democráticas e uma prática educativa que liberta: em busca de novas possibilidades**

A prática apresenta-se como busca indefinida da liberdade no campo da educação porque recusa o estatuto de verdade da pedagogia que, em nome da supremacia do conhecimento, desenvolve técnicas de aprendizado que visam o treinamento de corpos mais dóceis e eficientes. (SINGER, 2010, p.12)

Consideramos que o campo foi extremamente rico para o desenvolvimento do nosso trabalho, pois sem ele analisaríamos as escolas democráticas somente em nível teórico, o que não nos daria condições de apreender, de compreender a realidade de fato. Além do que temos pesquisado e das escolas que tivemos oportunidade de visitar e pesquisar, encontramos textos que nos trouxeram informações preciosas a respeito de escolas democráticas que se consolidaram ao redor do mundo. Um dos textos seria o de Helena Singer, *República das crianças* (2010), onde conceitos de diversos autores estão presentes, entre eles: a *descolarização* de Ivan Illich; o *poder, a biopolítica e a normatização* de Michel Foucault e os conceitos de *heteronomia, autonomia, coação e cooperação* de Jean Piaget, o que reafirma a proximidade teórica dos autores apontada por nós neste trabalho. Tal texto é parte integrante do grupo LPG (Laboratório de Psicologia Genética – UNICAMP) coordenado pela professora Dr<sup>a</sup> Orly Z. Mantovani

Faz-se importante destacar que as escolas democráticas nem sempre foram aceitas, ou melhor, até hoje são questionadas com olhares desconfiados a respeito da real qualidade, do sucesso dos alunos egressos e de como essas instituições são avaliadas em relação ao “fracasso” e ainda, quais critérios são adotados para a escolha dos conteúdos. Claro que tudo dentro de uma lógica capitalista, que deseja preparar o aluno para os vestibulares e concursos desde a educação infantil.

Na escola democrática, chamada por José Pacheco (Fundador da Escola da Ponte) de escola sem paredes, os alunos criam as regras de convívio e escolhem por meio de projetos, qual assunto desejam trabalhar. Este modelo de escola contém propostas educacionais pautadas no ideal de liberdade e na gestão participativa onde os estudantes definem suas trajetórias de aprendizagem, sem currículos compulsórios (SINGER, 2010).

Embora muitas escolas democráticas sejam reconhecidas mundialmente - hoje são aproximadamente quinhentas escolas democráticas pelo mundo - há duas em especial que inclusive continuam ativas e produtoras. Uma delas é a escola de *Summerhill* e a outra é a *Escola da Ponte*, descritas abaixo por Singer (2010, p. 45 e 47), como:

A escola mais famosa participante desta rede[...], fundada por Alexander Sutherland Neill em 1921 na Alemanha, depois transferida para a Inglaterra, onde funciona até hoje sob direção da filha do fundador Zöe Read-head. Neill escreveu vários livros[...] e inspirou a criação de escolas Summerhill em diversos países, sobretudo nos Estados Unidos[...].

[...]E a outra em Portugal, localizada na Vila das Aves. A *Escola da Ponte* começou a ser democratizada em 1976 por iniciativa de um grupo de educadores liderados por José Pacheco<sup>18</sup>. A escola é pública e [...] a partir de 2005, passou a oferecer a segunda fase do ciclo. A escola [...] permaneceu relativamente isolada até 2002, quando o filósofo da educação brasileira Rubem Alves a visitou e descreveu em livro com o sugestivo nome de *A escola que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir*. Desde então, a escola se tornou um ponto de visita para educadores e pesquisadores brasileiros.

---

<sup>18</sup> José Pacheco hoje vive no Brasil e foi ele quem nos aproximou do contato com a escola democrática pesquisada no campo, que inclusive ele ajudou a fundar. Atualmente ele trabalha com assessoria e palestras sobre formação de professores incentivando o ensino democrático.

Mesmo consolidadas pelo mundo, essas escolas ainda causam estranheza, inclusive por educadores que emanam opiniões pessimistas, com dúvidas e descrédito perguntando-se: como pode isso dar certo? Como pode deixar o aluno tão livre se ele não tem maturidade para decidir nada e se não tem condições de discernir o que é melhor para ele? Bem, sem despir-se do “velho” é impossível acreditar em uma real democratização que contribua para a formação de cidadãos autônomos. Foucault mostra que o corpo dos indivíduos é o alvo do poder normatizador, gerando eficiência por meio do corpo dócil e enfatiza a disciplina materializada no cotidiano escolar. Aqueles cuja educação só é aceita no formato tradicional, operam por meio da coação e da individualização, pautados no preconceito, no professor centralizador, na vigilância, na classificação e na punição, por isso se negam a aderir a uma educação para a liberdade.

Ainda segundo Singer (2010, p. 64), o ensino ideal é:

[...] aquele em que as pessoas vão buscar espontaneamente nos museus, bibliotecas, conferências, cursos públicos, etc. Não se exerce aí nenhuma coação e aprende-se muito, devendo-se por isso mesmo ser estendida às crianças esta mesma liberdade. Basta colocar à sua disposição o conhecimento que lhe pode ser útil, e se de fato o for, a criança se esforçará para adquiri-lo por si mesma.

Quando se decide fazer uma escola para a liberdade, deixando que seus alunos operem conforme seus interesses e sejam o centro do processo educativo, deve-se compreender que a criança precisa ser poupada do disciplinamento, da submissão, da intromissão e deve ser estimulada a desejar, a criar, a sonhar, imaginar, enfim, deve ser encorajada a ser ela mesma, a ser livre. Isso é educar para a autonomia, para o alcance do *self- government*, ou do autogoverno ou até mesmo do governo de si. Isso é ser senhor da própria vida. Enfim, na escola democrática o poder pertence a todos, as regras é que são examinadas e reavaliadas quando necessário e não as condutas individuais.

## **CAPÍTULO 6**

### **ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÕES GERAIS**

“Se depois de tudo eu não souber o que sou e  
para onde quero ir, retornarei ao começo, me  
virarei do avesso e verei qual é o melhor  
caminho a seguir”.

Fabiola Colombani

Após todos os capítulos que foram apresentados, este de cunho descritivo e analítico, tem como objetivo ordenar os dados obtidos, apontando o que foi encontrado no campo e sua relação com a problemática que moveu todo o percurso da tese desde o seu início.

Para ser fiel aos dados colhidos optamos por descrever cada campo e por trazer os eixos principais que sustentaram os pontos abordados na investigação, sempre com a finalidade de respeitar as características reais das observações, das entrevistas, dos relatos escritos e das conversas informais. Esses eixos foram definidos a partir de temas que consideramos relevantes para análise das informações. Já as entrevistas, optamos por apresentá-las parcialmente neste trabalho, considerando que são muitas e seria desnecessário o registro de todas. Desta forma, elas serão relatadas de modo que se tenha uma visualização geral das principais respostas obtidas. A partir de tais dados, será possível termos uma visão mais ampla das questões propostas pelo trabalho, atribuindo significado à fundamentação teórica.

Somente alguns profissionais foram escolhidos para participarem das entrevistas. Foi adotado como critério de escolha o profissional com mais tempo de trabalho no campo.

Já a escolha das crianças e dos pais que foram entrevistados, se deu por terem sido diagnosticados com TDAH pelos especialistas do centro. Porém, apenas a entrevista de uma criança e sua mãe foi escolhida para ser apresentada nesta tese. Consideramos ser a mais completa e assim não correremos o risco de se tornar uma exposição repetitiva. Tais entrevistas possibilitaram que pudéssemos entrar em contato com crianças que fazem uso de psicotrópicos e são submetidos a tratamentos terapêuticos e a partir daí,

conhecer as características apontadas pelos profissionais como falta de atenção e hiperatividade, além de outras.

O Quadro 3, localizado a seguir - de cunho explicativo, tem como objetivo descrever as características principais dos campo 1, 2, e 3 e os pontos que foram observados.

	<b>Campo 1 – Centro Escola de Atendimento Especializado</b>	<b>Campo 2 – Escola Democrática</b>	<b>Campo 3 – Escola Indígena</b>
<b>População alvo</b>	Crianças diagnosticadas com: -Problemas de Aprendizagem; -Transtornos; - Altas Habilidades; -Deficiências; Intelectuais, Motoras e Auditivas.	Crianças e Adolescentes em idade escolar correspondente à Educação Infantil e Ensino Fundamental I e II.	Crianças e Adolescentes da comunidade indígena dos índios Kaingang e Krenak, em idade escolar correspondente à Educação Infantil, Ensino Fundamental I e II e Ensino Médio.
<b>Número de profissionais atuantes</b>	26	22	17
<b>Número de alunos matriculados</b>	Não é fixo, há uma rotatividade	93	45
<b>Pontos Observados</b>	-Organização de Triagem e Atendimento; -Sala de Espera.	- Organização das aulas; - Rotina Escolar; - Metodologia e suas aplicações; - Projetos; - Relações interpessoais; - Hora das refeições; - Quadros explicativos.	- Organização das aulas; - Rotina Escolar; - Metodologia e suas aplicações; - Relações interpessoais; - Relação da aldeia com a comunidade escolar; - Relação da aldeia com a participação dos não indígenas, pesquisadores ou não.

### **Campo 1 – C. E. A. E:**

#### **-A escola e sua história:**

O Centro Escola localizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo, foi fundado em 2009, em uma iniciativa dos órgãos municipais, com o

objetivo de oferecer atendimento especializado aos alunos da rede de ensino, visto que seria inviável uma equipe multidisciplinar em todas as escolas. Os atendimentos ocorrem desde então nas seguintes áreas: psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. O centro está diretamente ligado à Secretaria Municipal de Saúde no qual contam com o apoio da equipe médica composta por: neurologistas, psiquiatras e outras especialidades.

Nos últimos anos, na mudança de gestão municipal, o centro sofreu algumas modificações, passando a ser cadastrada pelo MEC (Ministério da Educação) como escola de atendimento especializado e as crianças que o frequentam possuem dois registros escolares. Segundo a psicopedagoga entrevistada, no primeiro momento o centro realizava poucos atendimentos, restringindo às síndromes leves e aos problemas de aprendizagem, hoje esses atendimentos se estenderam e o público alvo alcança crianças com diagnósticos de transtornos, altas habilidades e algumas deficiências.

#### **- A escola hoje:**

Na Tabela 1, abaixo, é possível identificar o mapa completo de funcionários que estão em atividade no Campo 1.

Tabela 1 – Número de funcionários por especialidade

<b>CARGOS</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>
	Clínica	2
Psicólogo	Psicopedagogia	1
	Educacional	2
Pedagogo	Psicopedagogia	3
Fonoaudiólogo		5
Fisioterapeuta		1
Terapeuta ocupacional		2
Gestores		4
Assistentes Administrativos		5
Recepcionista		2

Foram escolhidas para discutirmos na tese apenas as entrevistas de três participantes no Campo 1. A primeira uma Psicóloga, com especialização em Psicopedagogia, funcionária do município e tem cinco anos de serviço. A segunda, uma mãe, comerciante, trabalha o dia todo em seu bar e queixa-se por não conseguir acompanhar a vida escolar do seu filho e o terceiro, um menino diagnosticado com TDAH que está sendo submetido a tratamentos medicamentosos e psicoterapêuticos por três anos.

O conjunto de estratégias ajudou a definir o caminho metodológico seguido durante a investigação, e teve como objetivo levantar dados que possibilitassem construir uma análise por meio da reflexão do *locus* da pesquisa, que ao realizar o cruzamento dos dados possibilitou, juntamente com o embasamento teórico, caracterizar os vários aspectos que mostram como os sujeitos percebem o problema da medicalização da infância e os transtornos que surgem no cotidiano escolar.

A sala de espera foi um dos lugares observados, na qual pudemos captar algumas características próprias da instituição que inclusive colaboraram no sentido de enriquecer a compreensão e a interpretação dos dados.

#### **- A sala de espera:**

Embora a instituição seja de cunho educativo e esteja sob registro do MEC, ela possui uma distribuição física dentro dos padrões das instituições de saúde, assemelhando-se a um posto de saúde ou a um ambulatório médico. As cadeiras da sala de espera são distribuídas de tal forma que pais e crianças aguardem sentados, em silêncio, o chamado do profissional. Cada criança possui seu horário fixo, pré-agendado e ao chegar é recepcionada pela secretária que pede para aguardar, anotando na agenda a presença da criança. Enquanto aguarda, a criança deve permanecer sentada, visto que não há nenhuma atividade para entretê-la enquanto espera. Já para os pais é oferecido atividades artesanais como caixas de papel jornal, embalagens de garrafas pets, pinturas entre outras.

Alguns murais estão distribuídos na sala com informações básicas sobre cuidados com a criança, distúrbios e alguns transtornos e as exigências de

assiduidade e pontualidade para que não haja prejuízo nos atendimentos. Na sala há várias cadeiras e vários profissionais que atendem ao mesmo tempo, organizando a agenda de cada profissional.

O profissional ao chamar a criança apresenta-se vestido com jaleco branco e informa aos pais a duração do atendimento, que sempre é cerca de 50 minutos. Os pais não podem se ausentar durante o atendimento dos filhos, devendo permanecer em aguardo durante todo o tempo.

Os corredores do centro também possuem uma disposição bem semelhante a uma instituição de saúde. Nas portas há indicação das especialidades e todas as salas são equipadas para os atendimentos.

Em resumo aos dados levantados em observação e entrevista, apresentaremos algumas notas:

- As crianças atendidas chegam por vias da queixa escolar;
- O público alvo são as crianças que chegam encaminhadas apresentam diagnósticos de transtornos, deficiências e altas habilidades;
- Segundo a Psicopedagoga entrevistada a maior parte das crianças atendidas apresentam problemas de aprendizagem;
- O transtorno mais diagnosticado entre os alunos é o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e em segundo lugar o TEA (Transtorno do Espectro Autista);
- A Dislexia, Discalculia, Disgrafia, Disortografia e outros “Dis”, aparecem na queixa escolar como comorbidade do TDAH, porém não há no centro instrumentos específicos para fechar esse tipo de diagnóstico;

A seguir, apresentaremos as entrevistas realizadas no campo 1:

#### **- Entrevistas:**

##### **Entrevista 1:**

##### **Entrevistada 1- Psicóloga:**

***Pergunta 1: Você tem algo a dizer sobre os encaminhamentos que recebe e os diagnósticos realizados nas crianças que chegam até o Centro Escola?***

R: “Eu atendo todos os casos que chegam *pra* mim, mas alguns eu não concordo. Na maioria dos casos eu discordo dos diagnósticos, principalmente das crianças menores de 6 anos, que são muitas. Elas chegam e desenvolvem o trabalho normalmente, apesar do diagnóstico. A maioria já vem usando a Ritalina e nós aqui não podemos tirar, não temos competência *pra* isso. Mas confesso que já fiz alguns testes”. **Quais?** “Já atendi crianças que usavam Ritalina e pedi para a mãe não dar antes de vir só *pra* eu perceber como seria e elas conseguiram trabalhar sem, ou seja, não precisam... Isso gera mais desconfiança do diagnóstico, pois a criança usou para ir a escola, o efeito passou e aqui ela desenvolve tudo?”

***Pergunta 2: Se a criança não usa o medicamento e consegue desenvolver as atividades aqui no Centro normalmente, em sua opinião por que isso ocorre?***

R: “Porque aqui o sistema é outro. Os atendimentos são individualizados e o professor (eu no caso), está à disposição da criança, dando a atenção que ela necessita. Lá na escola a organização é diferente, as salas são lotadas e muitos professores não sabem lidar com isso, falta preparo. Tem muitos casos de crianças mal encaminhadas... Um reforço, um olhar mais cuidadoso, mais recursos na escola... Tudo isso poderia evitar a necessidade de um olhar especialista. Cursei a graduação em Pedagogia por 2 anos e 6 meses e percebi o quanto o curso é deficiente e não prepara o profissional adequadamente. A maioria são cursos a distância e eu me pergunto como que os alunos conseguem sair da graduação aptos para entrarem numa sala de aula?”

***Pergunta 2.1: O que você acha que falta na formação dos professores?***

R: Sei lá (risos), acho que tudo. Eles aprendem muita metodologia de ensino, mas não sabem identificar questões do desenvolvimento da criança e confundem problemas sociais, escolares, com dificuldades individuais, é aí que solicitam o encaminhamento. Seguem um padrão homogeneizador: todos devem fazer tudo da mesma forma, todos devem aprender igual. Já recebi encaminhamentos aqui porque a criança não sabia fazer uma produção de texto. Pode isso? A escola parece que quer se eximir de sua responsabilidade. Não sou eu que tenho que ensinar como fazer uma produção de texto. Confundem também falta de limites, falta de educação com hiperatividade (olhar surpreso!). “Existe um enfraquecimento da escola como um todo”.

***Pergunta 3: Você já acompanhou alguma criança desde o início do tratamento medicamentoso?***

R: “Sim”.

***Pergunta 4: Gostaria de comentar o caso? Como foi a evolução da criança e se houve alguma mudança em seu comportamento?***

R: “Observei o menino desde o início. O menino chegou aqui iniciando um tratamento com neurologista e te digo que os benefícios que vi foram uma certa redução na ansiedade, nada mais. Ele não era hiperativo como constava o diagnóstico, era apenas um pouco desconcentrado, mas muito inteligente. Isso é comum entre as crianças, elas se dispersam se tem muitos estímulos a sua volta. Mas o mais grave foi que ele associou o remédio à sua inteligência e passou a verbalizar que sem o remédio ele fica *burro*. Tivemos que trabalhar isso com ele, mas percebe que o remédio já teve um efeito moral para o menino que tem apenas 9 anos?”.

***Pergunta 5: E os pais, concordam com o encaminhamento ou chegam aqui resistentes?***

R: “Sim, concordam. Na maioria das vezes aceitam a opinião sem questionar. Levam ao médico, trazem aqui, compram o remédio, dão o remédio e não reclamam de nada. Quando a escola recomendam, a maior parte dos pais já buscam por atendimento rapidamente”.

***Pergunta 6: Qual é a sua opinião sobre a forma como são usados os medicamentos conhecidos como “droga da obediência”?***

R: “Algo muito grave. Estamos aqui de ‘mãos atadas’, temos que ‘tratar’ os casos que chegam, mas sabemos que na maioria das vezes não é necessário usar medicamento algum e o pior que são drogas perigosas que fazem muito mal e não sabemos os reais efeitos. Mas fazer o que? Só o médico pode tirar. Enquanto isso vamos recebendo os encaminhamentos e tratando para ajudar em algo”.

**Entrevista 2:**

**Entrevistada 2 – Mãe da criança diagnosticada com TDAH em atendimento no Campo1.**

***Pergunta 1: O seu filho está sendo atendido aqui por qual motivo? Quem o encaminhou para esta escola?***

R: “Tudo começou assim... Na primeira semana de aula ele chorou muito no 1º ano e não queria ir para a escola, teve dificuldades em se adaptar. Fui chamada na escola e a professora disse que achava que ele tinha algum problema, chorava demais. Aí ela encaminhou *pra cá*. Depois acharam que ele tinha problema de fala, não fala tudo e errava algumas palavras, encaminharam também para *fono*. Depois acharam melhor fazer um eletro da cabeça, mas deu normal, mesmo assim o médico receitou um remedinho, disse que ele ficaria menos agitado, mais calmo. Só sei que ele já passou por vários profissionais, eu faço a minha parte, levo mesmo”.

**Pergunta 2: Por quais especialistas ele foi atendido e qual é o remédio que ele está tomando?**

R: “Ele já passou por *Fono* e terapeuta ocupacional e hoje passa com a psicopedagoga aqui, psicóloga e com o neurologista. Ele toma Ritalina”. **Há quanto tempo ele toma Ritalina?** “ Ahhhh! Já tem uns 2 anos e meio, viu?”.

**Pergunta3: Qual é o diagnóstico dado pelos profissionais?**

R: “Ah! O médico disse que ele tem TDAH, mas a psicopedagoga não concorda não, nem a terapeuta ocupacional que atendeu ele”. **Você concorda com o diagnóstico ou tem dúvidas?** “Olha não sei bem por que não entendo disso, mas eu confio porque eu vejo que em comparação com o meu outro filho ele é mais devagar mesmo para aprender e não pode cair uma caneta no chão que ele olha, é muito desconcentrado. E mais, ele fica angustiado e ansioso em dia de prova. Ele só gosta de números, mas não gosta de ler, de história, essas coisas. Eu vejo que ele é prático em tudo e aí fica com dificuldade nas matérias. No começo eu fiquei com medo em dar remédio para ele, mas depois perguntei para a professora e ela disse: pode dar, esse remédio é fraquinho e não causa dependência, meu sobrinho tomou e hoje tá até na faculdade. Aí fiquei mais tranquila”.

**Pergunta 4: A professora já te disse se há outras crianças na sala dele com o mesmo problema?**

R: “Disse sim. Disse que igual ele tem muitos”.

**Pergunta 5: E em sua opinião por que vem acontecendo tantos casos iguais?**

R: “Bom, eu acho, aliás, desconfio que o problema não tá nas crianças, mas nas salas lotadas, muito aluno *pra* pouco professor. As professoras não dão conta não. Como vai dar atenção para todos que não sabem alguma coisa? Mas no caso do meu filho *sei lá*, acho que o problema está nele também. Ele é

muito ansioso. Você vai perguntar coisas para ele? **Sim, se você autorizar ele virá depois.** Então, ele com certeza vai ficar preocupado pensando: o que ela vai perguntar para mim? **E você acha estranho esse tipo de reação ou é o que as pessoas sentem quando vão fazer algo diferente?** Ah! Acho normal, mas no caso dele parece que é pior. Ele é diferente do outro filho, 5 anos mais velho”.

**Pergunta 6: Depois que seu filho começou a tomar a Ritalina, você percebeu algo diferente nele?**

R: “Ah! Sim. Ele fica *paradão*, fala pouco, acho que fica mais calmo. Mas acho que eu poderia ajudar em casa também. **Ah! Sim? Como?** Diminuindo os doces. Eu sou gordinha, ele também e a nutricionista disse que comer muito doce deixa agitado. Então eu tenho que ajudar nisso”.

**Pergunta 7: Como deveria ser o comportamento do seu filho na escola para que ele não necessitasse ser atendido aqui nesta instituição?**

R: “Eu acho que ele deveria ser mais atento, mais responsável. Todo dia que alguém o magoa ele não quer ir mais para a escola, no outro dia dá trabalho para ir. E ele deveria gostar de todas as matérias, não só as que têm número, *né?*”

**Pergunta 8: O que você espera da escola? Em sua opinião, qual seria a principal tarefa da educação escolar?**

R: “Espero que ensine meus filhos, que os respeitem como eles são. Outro dia meu filho mais velho foi ofendido pela professora porque a calça tava larga e a cueca apareceu. Só por isso ela xingou ele. Mas eu não falo nada, não reclamo por que eu preciso da escola. Tenho que trabalhar”.

**Entrevista 3:****Entrevistado 3 – Criança diagnosticada com TDAH em atendimento no Campo1:**

Ao entrevistar a criança diagnosticada com TDAH, inicialmente contei uma história e logo após fiz algumas perguntas que foram adaptadas do trabalho original de Saravali; Guimarães; Melchiori (2013, p. 144).

**O aluno Marcos de 9 anos (mesma idade da criança), não aprende rapidamente as lições dadas em sala de aula e sempre precisa pedir ajuda da professora quando não consegue resolver alguma tarefa. Marcos é um menino falante, gosta de andar na sala durante a aula, mas é participativo e está sempre envolvido nas atividades da escola. A professora diz que Marcos não para quieto, por isso tem dificuldade em entender suas explicações.**

**Perguntas:****1. O que você acha dessa situação?**

R: Que Marcos não entende o que a professora pede, se ela explicasse melhor, com mais calma ele entenderia.

**2. Você conhece alunos assim?**

R: Na minha sala têm vários assim.

**3. O que você acha que acontece com Marcos? Por que ele é assim?**

R: Ele não entende o que a professora fala aí fica sem saber a matéria, só isso.

**4. Quem poderia ajudá-lo? Como?**

R: A professora e os amigos. Acho que ele precisa tomar remédio, toda criança assim toma remédio na minha escola. Mas os amigos que sabem a matéria podem ajudar também. Fazendo as tarefas junto com ele.

**5. O que a professora deve fazer com Marcos?**

R: Poderia dar um reforço fora do horário de aula.

**6. Por que será que ele não consegue entender rapidamente o que a professora diz?**

R: Tem muita criança na sala, isso *atrapalha ele* e a professora fica sem tempo para explicar melhor para quem não sabe.

**7. E você, aprende rápido ou precisa pedir ajuda para a professora?**

R: Não aprendo não. Comigo acontece igual acontece com ele, mas eu tomo remédio. Sabia que eu tomo remédio? **Qual remédio você toma?** Tomo um que chama Ritalina. Tomo duas vezes no dia. O médico disse que tenho que tomar senão vou ficar sem aprender nada.

**8. Como você se sente diante de situações assim?**

R: Eu fico triste e chateado.

**9. Você concorda com a professora quando ela diz que Marcos não aprende porque não para quieto?**

R: Não concordo. Ele não aprende porque ela não explica direito.

**10. O que você acha da sua escola, das aulas e do jeito da professora?**

R: Eu gosto da minha escola, gosto dos meus amigos, mas tem dia que é muito chato, dá vontade de ir embora. Outros dias nem quero ir. Todo dia tomo remédio para ir, se esqueço a professora pergunta se tomei e ela *dá* lá.

A primeira entrevista foi realizada com a psicóloga do centro. Ela trabalha lá há 5 anos e é especialista em psicopedagogia. Sua função basicamente se concentra no atendimento individual e ela trabalha mais com as técnicas da psicopedagogia propriamente dita, do que com a psicologia enquanto análise. Assim, por este motivo, ela foca mais na queixa que acompanha o encaminhamento da criança do que nas questões emocionais. Durante a entrevista ela demonstrou várias vezes um descontentamento em

relação a isso, pois segundo ela o atendimento se restringe a focar em um problema isolado e isso colabora com a construção de um diagnóstico superficial e estigmatizante. “Se a criança não aprende é porque algo por trás dela não está indo bem. Não concordo que ela seja o problema e que tratar isso vá resolver os conflitos ou as dificuldades que ela vem apresentando”.

Já ao analisar a entrevista **2** e **3**, da mãe e do menino, respectivamente, podemos ver que há uma conformidade em relação ao diagnóstico, em que a mãe confia nos profissionais que atendem o menino e com isso não os questiona. Durante a fala do menino ficou claro um descontentamento em relação à sua situação, trazendo algumas vezes a fala de que o sistema e a organização da sala de aula interferem no aprendizado das crianças e a professora não consegue se dedicar aos alunos de tal forma que todos sanem suas dúvidas.

O uso da Ritalina é uma constante na vida do menino já há quase 3 anos, como também o acompanhamento com diversos profissionais, porém a queixa continua a mesma, só acusam melhora no comportamento dele que de agitado passa a ser pacífico e permanece controlado, o que pode tratar-se de uma sonolência, que na verdade aparece na bula da Ritalina (metilfenidato) – laboratório Novartis -, como um dos efeitos colaterais, como segue: “sintomas de Narcolepsia: os sintomas incluem sonolência durante o dia, episódios de sono inapropriados e ocorrência súbita de perda do tônus muscular voluntário”, deixando o menino aparentemente mais calmo.

O que as pessoas pensam ser um quadro de melhora, na verdade é um efeito colateral por conta da ação da droga no SNC (sistema nervoso central).

## **Campo 2 – Escola E.D:**

A princípio havíamos escolhido uma escola democrática na cidade de São Paulo com o nome de D.A. Muito conhecida por sua metodologia e por sua ideologia democrática, e que oferece ensino da Educação Infantil ao Fundamental I e II. Após uma visita, ficou acordado que faríamos a coleta de dados lá, porém, isso não se viabilizou, pois a diretora embora muito prestativa, demonstrou dificuldade em dispor de horários para participar da pesquisa.

Algumas semanas depois, houve uma palestra apresentada pelo professor José Pacheco, fundador da escola da ponte – Porto- Portugal, na qual foram esclarecidas várias dúvidas que eu desejava apontar neste trabalho. Além disso, após o término da palestra, procurei-o para uma conversa informal e pedi-lhe uma indicação de alguma escola que se assemelhasse à Escola da Ponte, tanto em sua metodologia quanto em sua dinâmica e organização. Foi aí que ele sugeriu a escola E.D., localizada na cidade de São José do Rio Preto interior de São Paulo, a qual conhecia por suas inúmeras participações, colaborações e parcerias.

Entrei em contato com a diretora que demonstrou prontamente aceitação em colaborar com a pesquisa. A partir daí muitas visitas ocorreram e serão descritas algumas peculiaridades de sua base documental como também, de forma resumida, as observações realizadas e posteriormente a entrevista com a professora que está há mais tempo na escola.

#### **- A escola e sua história:**

A escola E.D, foi fundada no dia 10 de dezembro de 1998. A Associação Missionária E.D é uma entidade religiosa, porém de comportamento laico, pois não é obrigatório que seus alunos façam parte da religião católica ou participem dos eventos religiosos da escola. A escola é caracterizada como particular, porém, sem mensalidades. Ela se mantém com doações de pessoas físicas e jurídicas, vendas de uma padaria existente na escola que recebe encomendas, bazar da pechincha permanente, eventos culturais, leilões de gados (os animais são doados por fazendeiros da região), vendas de livros em parceria com a fundação Rubem Alves e outros eventos esporádicos que fazem parte da agenda da escola, como: dia da pizza, dia da feijoada, venda de rifas, entre outros. A participação da família é fundamental também para a realização desses eventos.

A escola teve início na cidade de Guaira-SP, porém era nutrida pela igreja e pela comunidade e teve seu espaço ampliado após decidirem por evangelizar jovens marginalizados e acolher aqueles que queriam estudar música e apresentavam algum potencial artístico, profissional e científico ainda não explorado. Muitos jovens, antes marginalizados, após o processo de

formação, descobriram os reais valores da família, do estudo e trabalho. Cresceu, então, a vontade de oferecer aos menos desprovidos economicamente aquilo que acreditavam ser uma boa escola: uma educação com um método pedagógico humanizante e com valores cristãos.

No ano de 2003, iniciou-se um trabalho de reeducação de crianças da rede pública do ensino fundamental, pelo qual recebiam apoio nas tarefas escolares, alimentação, aulas extracurriculares como artes plásticas, música, dança, teatro, inglês, catequese e acompanhamento psicológico.

Pelo resultado satisfatório dessa experiência, nasceu, em 2004, na cidade de Guáira, a Escola E.D, de ensino infantil, contando com trinta e seis crianças de quatro a seis anos de idade providas das comunidades mais carentes. Ali, recebiam gratuitamente e em período integral, aulas curriculares com duas professoras por turma de doze alunos; alimentação programada por nutricionista; atividades lúdicas, de música, teatro, esportes, artesanato, língua estrangeira, meio ambiente, saúde e nutrição.

Porém, houve muita dificuldade em prosseguirem com a escola, perdendo o espaço que possuíam. Após receberem um convite da igreja católica de outra cidade do Interior Paulista, implantaram a escola no ano de 2006 e a escola E.D passou a contar com 24 alunos em seu primeiro momento.

Essa é uma descrição que revela uma história de luta muito semelhante às escolas democráticas mais conhecidas no mundo, como: Yasnaia-Poliana (Rússia), Lar das Crianças (Polônia), Summerhill (Inglaterra) e a já citada Escola da Ponte (Portugal), sendo as duas últimas as únicas que ainda estão em funcionamento.

#### **- A escola hoje:**

#### **-Primeiras impressões:**

Desde o primeiro dia houve uma boa recepção e se mostraram muito abertos e atenciosos diante da minha proposta de trabalho. A primeira impressão que tive da escola foi a de ser um espaço familiar, no qual os funcionários pareciam todos próximos uns dos outros e os alunos integrados, nitidamente uma comunidade escolar. Uma escola pequena, fisicamente

diferente, pois mais parece um salão de igreja. Na entrada, duas salas, onde funciona a secretaria. Mais adiante uma sala de informática e em seguida o grande salão que fica junto com o refeitório. Há somente mais duas outras salas onde ficam os alunos da educação infantil. A escola possui 93 alunos entre educação infantil e ensino fundamental I e II.

Conversei com a diretora durante um tempo e para essa primeira conversa usamos umas das mesinhas dos alunos, onde ela me explicou que nem a diretora tem uma sala e que todos compartilham do mesmo espaço. Só os bebês possuem uma sala com paredes, para descanso, do mais a escola é realmente sem divisórias, sem paredes.

Conversamos sobre a história da escola (descrita anteriormente), a presença da igreja católica e suas implicações na rotina escolar, os projetos que são o diferencial metodológico da escola, rotina e forma de funcionamento, formação dos professores, clientela, número de alunos e participação familiar.

Ao receber um pesquisador na escola ou alguma visita que se interesse pela rotina escolar, a diretora apenas expõe o que toca à gestão, pois a prática e o funcionamento como um todo é apresentado pelos próprios alunos que levam o visitante a conhecerem a escola, seus espaços e suas atividades.

No início, talvez seja esperado uma falta de encantamento, um estranhamento pela dinâmica da instituição, pois é diferente do que nós conhecemos como escola, mas em seguida ao ser acompanhado pelos alunos, a primeira impressão dá lugar a uma boa sensação de que eles são felizes ali.

O que parece assustador aos olhos daqueles que veem a escola como o lugar de preparação para o futuro, logo se deparam com uma escola que segue uma forma mais livre de aprender, mas que se preocupa com a preservação do currículo mínimo e afirmam que vão além do que as outras escolas propõem. Se a criança for transferida para outra escola, não haverá prejuízo algum, visto que eles seguem com cuidado o currículo correspondente para cada idade.

Duas alunas se aproximaram e disseram: “nós te levaremos para conhecer a escola, ok?” Se apresentaram e começaram a expor sobre a escola e seu funcionamento. Permanecemos por volta de 1 hora juntas e as dúvidas que iam surgindo elas explicavam com bastante detalhamento.

**- Pontos significativos sobre a escola E.D:****- Rotina Escolar:**

- Todo dia antes de iniciarem as atividades na escola, ocorre uma missa por volta das 7h30 minutos. A participação é livre, não há imposição e o aluno que não compactua dos ideais da igreja católica fica dispensado. Logo após a missa as crianças tomam o café da manhã e aqueles que não participaram das orações podem chegar nesse momento;

- Há três refeições ao dia: café da manhã, almoço e lanche da tarde;

- No período da manhã são desenvolvidos os projetos e cada grupo se reúne com sua tutora para orientação. A organização do tempo de trabalho é livre e o tempo de descanso, como também ir ao banheiro ou beber água, é algo acordado entre o grupo;

- No período da tarde os alunos são assistidos pelos professores especialistas (Português, Matemática, Geografia, História, Biologia, etc.), para que o aprendizado geral seja garantido. E participam também de outras atividades como: artes, inteligência corporal, educação física, sarau, meio ambiente, oficinas culturais e esportivas, circo e banda;

- Após terminarem suas atividades, eles tomam o lanche da tarde, organizam seu material, limpam o espaço utilizado e vão embora por volta das 17h 30 minutos.

- Sobre a limpeza é válido lembrar que cada aluno é responsável por sua louça e pelo cuidado com sua mesa, cadeira e material utilizado. Para eles estes cuidados representam atitudes de responsabilidade e respeito com o outro;

- Outro diferencial que marca a rotina de uma escola democrática são as assembleias, tudo é decidido por meio delas.

**- A Escola Democrática e suas atividades:****- Projeto Pedagógico:**

- Segundo a apresentação da diretora e professores, o sistema de ensino da escola E.D tem como foco principal a pessoa humana em sua integridade.

Todo processo de ensino-aprendizagem situa-se em um nível que reconhece plenamente a igualdade da dignidade de cada pessoa. Está em primeiro plano, nesse sistema pedagógico, a dimensão humanista e espiritual do saber e das várias disciplinas escolares. Assim, considera-se cada aluno em sua individualidade, levando-se em conta fatores sociais, culturais e a história educativa de cada educando, como também características pessoais de déficit sensorial, motor ou psíquico, ou de superdotação intelectual;

- Não é um trabalho para o individualismo, mas para o encontro de pessoas que conhecendo a si mesmas podem ser melhores para os outros, para a comunidade, para a sociedade enfim, para o mundo;

- A escola E.D vê a educação como conquista crescimento e posse de liberdade. Desta forma, ela opta por uma metodologia que considera a atuação do aluno na construção de seus próprios conhecimentos, pois valoriza suas experiências, seus conhecimentos prévios e a relação professor-aluno e aluno-aluno;

- Tem como objetivo formar pessoas responsáveis, capazes de escolhas morais livres para plantar uma saudável e sólida concepção de vida;

- Embora a organização da escola seja estruturada em anos letivos, sua perspectiva pedagógica – a vida escolar e o currículo – são assumidos e trabalhados em dimensões de tempo mais flexíveis. Prevalendo, assim, uma postura pedagógica e didática em que o ritmo e a singularidade de cada aluno dinamizam toda estrutura escolar;

- Os conteúdos de cada disciplina, propostos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais, não são compreendidos da mesma forma como são comumente aceitos pela tradição escolar. O projeto educacional da Escola E.D demanda uma reflexão sobre a seleção de conteúdos, como também exige uma ressignificação, em que a noção de conteúdo escolar se amplia para além de fatos e conceitos, passando a incluir procedimentos, valores, normas e atitudes. Vale ressaltar que a escola tem autonomia de decisão;

- O ensino não passa por uma aprendizagem mecânica, mas a partir do propósito fundamental da educação, que é fazer com que os alunos construam instrumentos para analisar, por si mesmos, os resultados que obtêm e os processos que colocam em ação para atingir as metas a que se propõem;

- Desta forma, os planejamentos dos conteúdos são inseridos em um sistema de ensino em que visa à realização de projetos desenvolvidos pelos próprios alunos, de acordo com seus interesses.

- A Educação Infantil ocupa o mesmo espaço dos ensinos fundamentais, porém, há duas salas reservadas para os menores. Uma sala é ocupada por livros e brinquedos onde as crianças podem brincar e descansar. E na outra encontra-se um espaço mais silencioso, ocupada somente pelos pequenos que desejam dormir. Não há apostila nem cartilhas. A aprendizagem é lúdica, com atividades artísticas nas quais os alunos desempenham conforme seu interesse. O foco não está na alfabetização, mas na socialização. É uma educação infantil preocupada em deixar brincar, dar liberdade e ao mesmo tempo propor atividades lúdicas que despertem o interesse da criança e que possibilitem o desenvolvimento físico, biológico e moral.

#### **-Forma de Ingresso:**

- É realizada uma triagem dos alunos encaminhados para que se conheça a família da criança. O interesse declarado pelos pais faz com que o nome da criança fique na lista de espera, mas ao conhecer a família, é possível saber se esta participará das ações da escola e se concorda com a forma e funcionamento da mesma;

- Como a escola funciona por doações e realizações de eventos, não é possível saber se haverá vagas no próximo ano com muita antecedência; a família não paga nada para matricular e manter seus filhos na escola, mas precisa colaborar de diversas formas: com a rotina escolar (integral), com as ações realizadas para arrecadar dinheiro e com todas as atividades de organização e disciplina na qual exigem uma participação direta na vida escolar do aluno por parte da família (supervisão das tarefas, cumprimento com os horários e acompanhamento no desempenho e comportamento escolar);

#### **- Equipe Educacional:**

A equipe educacional é constituída de duas classes de professores: Tutores e Especialistas.

-Tutores: 7 – Fundamental I :4 e Fundamental II : 3

-Professoras: 2 – Apenas para a turma de 6 alunos da Educação Infantil

-Especialistas: Todas as disciplinas do currículo básico comum (Português, Matemática, Geografia, História, Física, Química, Biologia, etc.).

### **-Atividades Específicas:**

### **-Projetos de Pesquisa:**

Os docentes, discentes e famílias da Escola M. P. D. acreditam que o trabalho com projetos, desde os primeiros anos de escolaridade, pode proporcionar ao aluno situações nas quais ele seja gradativamente estimulado a desenvolver qualidades próprias de trabalho independente, com iniciativa, organização e planejamento que comumente ficam latentes, ou mesmo suprimidas na escola tradicional.

O trabalho inicia-se com a proposta de um grupo e recebe auxílio do tutor que o orienta, sendo fiel aos interesses e às perspectivas propostas. O aluno deixa de ter uma posição passiva, apenas receptiva, e se abre para novas ideias, para a busca de informações pela sua própria iniciativa, de acordo com sua dinâmica e ainda com a vantagem de fazer a ponte em direção à realidade que os cerca.

Os tutores preocupam-se em motivar os alunos e introduzi-los a uma verdadeira atitude de indagação, com perguntas a respeito de um problema levantado e constatado por eles. Os alunos são orientados a buscar respostas para essas perguntas em várias fontes, articulando com o problema inicial.

Assim, os projetos surgem do próprio interesse do grupo, não havendo imposição por parte dos tutores. A partir daí se estabelecem parcerias para sua execução. Além disso, o aluno tem a liberdade e autonomia de escolher – junto com seus parceiros - dentre o corpo docente da escola, o tutor para sua pesquisa. O seu tutor orienta os passos da pesquisa, assumindo sempre a postura de mediador, facilitador, questionador, auxiliador e depurador. Para esse trabalho de orientação, os professores da escola (tanto tutores quanto orientadores educativos) trabalham em equipe.

À medida que o aluno decide o assunto a ser pesquisado, ele constrói junto com seu tutor o itinerário proposto da pesquisa para uma melhor organização do trabalho. Esse itinerário proposto é feito tendo como base a estimulação das Inteligências Múltiplas – Modelo de projeto – Ver Quadro 4. Para orientação dos projetos, o orientador educativo se baseia em três fases:

- **1ª fase:** o problema é levantado e o orientador ajuda os alunos a esclarecerem o foco do projeto e as questões que serão levantadas;
- **2ª fase:** planejamento das atividades e execução das mesmas. Desenvolvem uma atividade para que os alunos exponham do que se tratará o projeto.
- **3ª fase:** coleta de dados e pesquisa bibliográfica.

O trabalho com projetos tem como objetivo estimular a participação ativa dos alunos, a construção da autonomia e da solidariedade; culminando assim, para a prática interdisciplinar que favorece o trabalho em grupo; porém, se o aluno desejar fazer só, ele poderá durante o ano optar por essa modalidade apenas uma vez. Essa abertura ocorre para que o aluno que tiver um interesse de pesquisa diferente dos demais, também possa ser contemplado.

### **Projetos desenvolvidos em 2013:**

- ❖ Acidentes
- ❖ Animação digital
- ❖ Aves
- ❖ Break dance e robot dance
- ❖ Café
- ❖ Câncer
- ❖ Cartoon Network
- ❖ Cinema
- ❖ Circo
- ❖ Comédia
- ❖ Dirigíveis
- ❖ Disney
- ❖ Formigas

- ❖ Frozen (filme)
- ❖ Funk
- ❖ Hipopótamos
- ❖ Indiana Jones
- ❖ Influência do 4º Poder
- ❖ Irmãos de rua (moradores de rua)
- ❖ Mazzaropi
- ❖ Moda
- ❖ Moda Antiga
- ❖ Nazismo
- ❖ Neocolonialismo
- ❖ Que país é esse? (política brasileira)
- ❖ Rap
- ❖ Romero Brito
- ❖ Sítio do Pica-Pau Amarelo
- ❖ Street dance
- ❖ Sucuri
- ❖ Tarsila do Amaral
- ❖ Tráfico de drogas

**Projetos que estão sendo desenvolvidos em 2014:**

- ❖ AACD
- ❖ Caçadores de Mitos
- ❖ Casamento
- ❖ Danças Clássicas
- ❖ Engenharia Civil
- ❖ Escravidão
- ❖ Estado de Sangue (conflitos entre Israel e Palestina)
- ❖ Estamos sós? (Existência de vida em outros planetas)
- ❖ Fisioterapia
- ❖ Ginecologia/Obstetrícia
- ❖ Guimarães Rosa
- ❖ Inseminação Artificial

- ❖ Irmãos Grimm
- ❖ Louis Pasteur
- ❖ Martin Luther King
- ❖ Milk-shake
- ❖ Os segredos e sentimentos por trás dos Contos de Fadas
- ❖ Pedras Raras
- ❖ Pensamentos, emoções e sentimentos: o cérebro e a psicologia
- ❖ Percy Jackson
- ❖ Polícia
- ❖ Radiação
- ❖ Cachorros
- ❖ Copa do Mundo
- ❖ Maurício de Souza
- ❖ Ramster
- ❖ Reservas Ambientais
- ❖ Robótica
- ❖ Skate
- ❖ Somos quem podemos ser (Smile4Change) Projetos Sociais

Tais projetos (Modelo para conhecimento no Anexo D) apresentam como proposta principal trabalhar as oito inteligências, por isso trata-se de um trabalho amplo, multidisciplinar que deixa a criança em constante atividade (Quadro 4).

**Quadro 4** – Relação das oito inteligências trabalhadas nos projetos:

<i>As inteligências trabalhadas nas atividades escolares/ pesquisas:</i>
1. Inteligência Linguística
2. Inglês
3. História
4. Geografia

5. Matemática Espacial
6. Inteligência Corporal
7. Inter e Intrapessoal
8. Naturalista/Ciências

### - Assembleia:

A Assembleia como forma de organização escolar é uma rotina comumente adotada nas escolas democráticas, poderíamos dizer que é um diferencial, pois possibilita a ação real de uma gestão democrática onde todos os personagens, que constituem a comunidade escolar, começando pelos próprios alunos, votam cada assunto tratado, porém, há sempre a discussão prévia para cada caso, chegando ao consenso estabelecido pelo coletivo.

A Assembleia tem o papel de:

- Possibilitar a manifestação sobre todos os assuntos que os diferentes órgãos da escola entendam submeter à sua consideração;
- Refletir por sua própria iniciativa sobre os problemas da escola e sugerir para eles as soluções mais adequadas;
- Apresentar, apreciar e aprovar propostas que visem melhorar a organização e o funcionamento da escola;
- Aprovar o código de direitos e deveres dos alunos e aprovar o Guia de Responsabilidades - cada aluno possui uma responsabilidade dentro da escola, como arrumar a mesa do refeitório, cuidar do jardim, organizar a biblioteca - e supervisionar o exercício das mesmas.

São os próprios alunos que organizam e dirigem a Assembleia e por meio de eleições são escolhidos os representantes escolares, nomeados como: prefeito, vice e vereadores da escola. Alunos, famílias, professores, funcionários e a comunidade em geral votam de dois em dois anos para aqueles que os representarão na escola e que terão, como primeira tarefa, organizar e dirigir a Assembleia.

**Mural:**

O Mural chamou minha atenção, pois talvez seja a forma mais representativa de apontar um diferencial das escolas democráticas. A Escola da Ponte, que serve de exemplo para a escola E.D, adota desde o seu início o sistema de Mural, o que possibilita um canal de comunicação e uma maior integração entre todos.

**Figura 9- Estou Pesquisando**



**Figura 10 – Preciso de Ajuda:**



**Obs.:** Neste caso o colega que pode ajudar procura quem necessita de ajuda para colaborar.

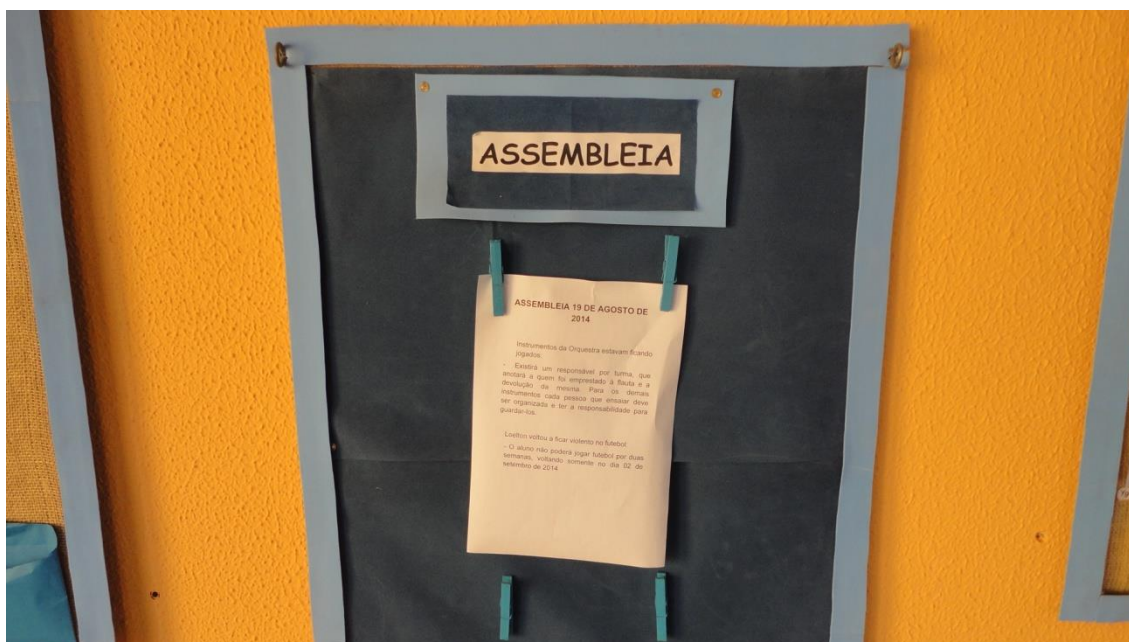
**Figura 11 – Já Aprendi:**



**Obs.:** Uma vez que já aprendeu, o aluno coloca no mural para demonstrar que está apto a ajudar.



**Figura 14: Assembléia**



**Obs.:** Este é o aviso da última assembleia. Os encontros acontecem de forma fixa sempre uma vez ao mês, mas se for necessário é marcada sessão extraordinária.

### **3. Campo Extra – Escola Democrática 2:**

#### **- Resumo das observações no Campo Extra – Escola Estadual D.A.:**

Embora o campo escolhido tenha sido a Escola E.D – Interior de São Paulo, vale lembrar que a princípio iniciamos as investigações na Escola Estadual D.A – situada na capital Paulista. Portanto, gostaríamos de apresentar algumas observações desta que chamaremos aqui de **campo extra**, pois não aparecerá na triangulação, porém, seguiu a mesma proposta das outras observações. Este campo será citado, pois tem ligação direta com a escola E.D. Destarte, temos como intuito fortalecer o relato da escola E.D para que se perceba a coerência e o planejamento que há em correspondência com as duas escolas. Isso reafirma ainda mais o modo como as escolas democráticas organizam seu sistema escolar. Inclusive os murais apresentados da escola E.D, são exatamente iguais aos da Escola Estadual D.A.

**Escola D.A:**

Cartazes no pátio apontam o modo crítico com que os alunos se expressam. É possível encontrar por toda parte murais com assuntos atuais e polêmicos que estimulam a reflexão sobre condutas e convivência tanto na escola como na sociedade como um todo.

Ao me apresentar para a diretora, ela sugeriu que eu fosse conhecer a escola para que após isso pudéssemos conversar a respeito, sanando as primeiras dúvidas. Ao aguardar a chegada do aluno que me acompanharia, pude notar a presença de várias crianças com Síndrome de Down, soube depois que eles desenvolvem um trabalho de inclusão específico conforme a necessidade de cada criança. Sabemos o quanto isso é difícil na escola tradicional, onde a criança com algum tipo de deficiência permanece deslocada de um plano de inclusão em que professores despreparados trabalham apenas como um cuidador.

Fui abordada por um aluno que se apresentou e disse que me levaria para conhecer a escola. Durante o passeio, pude observar várias atividades, pois assim como a Escola da Ponte e a E.D, a D.A também é uma escola sem paredes, que utiliza de espaços abertos para desenvolver suas atividades. Em termos de espaço físico, a arquitetura acompanha os moldes de uma escola estadual comum, porém, os pátios são ocupados para as atividades e as disposições das carteiras são em círculo. Os alunos podem ocupar todos os espaços e o intervalo corresponde a uma escola comum.

Conheci alguns projetos desenvolvidos pelos alunos, tanto nas salas como no espaço externo da escola, como no caso das ocas indígenas construídas por eles para que os alunos vivenciassem um pouco dos costumes indígenas dentro da zona urbana.

Assim como na escola E.D, as crianças desenvolvem suas atividades escolares por meio dos projetos, que focado nos interesses dos alunos, também trabalham as oito inteligências. O menino que estava apresentando a escola comentou o quanto é difícil e concorrido conseguir uma vaga na escola D.A e ele explica o fato por ser uma escola que respeita os interesses dos alunos, mas também, preocupa-se com a formação intelectual e moral destes, capacitando-os para a vida. “Esta é uma escola muito bem conceituada e os

alunos saem daqui e conquistam bons resultados nos vestibulares e na vida profissional”, disse o aluno.

Durante a visita pude observar dois momentos de resoluções de conflitos que considero muito significativos, tanto pela forma com que os tutores mediadores conduziram as discussões, quanto pela postura dos alunos que mesmo pequenos, seguiram uma pauta para sanar o problema que havia surgido. Na primeira situação uma menina havia jogado um rolo de papel higiênico no vaso sanitário e na outra a professora colocou como assunto a ausência dos alunos nas tarefas de casa. No final da assembleia, perguntei à professora se essa era uma prática comum e ela me respondeu que sim, que é a forma com que eles resolvem todas as pendências e situações de conflito na escola.

Ao continuar o “passeio” pela escola com o aluno, fui perguntando-lhe sobre as ocorrências de indisciplina e se ele conhecia casos de crianças que tomavam algum tipo de remédio para ficarem mais tranquilos. Ele me disse que existiam, sim, casos de indisciplina, mas que tudo sempre é resolvido imediatamente e que nunca ouviu falar de crianças que tomam calmante, só remédios para doenças comuns, como gripe e dor de cabeça.

Ao perguntar para a diretora sobre a mesma dúvida ela me disse que já houve crianças que faziam uso de Ritalina com diagnóstico de TDAH e Dislexia, mas que haviam chegado de outra escola com esse laudo. Alunos que sempre estudaram na D.A nunca haviam sido encaminhados, pois eles não concordam com essa postura e os professores nunca adotaram essa prática dos encaminhamentos.

Sobre a prática exercida nessa escola “diferente”, há um relato no site institucional da escola sobre o projeto político pedagógico que relata a concepção de aluno e de educação presente na prática escolar.

Para a elevação dos graus de autonomia de todos os envolvidos neste Projeto: e1) do ponto de vista da autonomia intelectual, outorgando sempre mais ao aluno o domínio sobre os processos e meios de aprendizagem, auxiliando-o a encontrar e desenvolver os meios que lhe possibilitem construir e viver um percurso intelectual próprio; e2) do ponto de vista da autonomia moral, devem ser sempre aprimorados os mecanismos que favoreçam e estimulem, por parte dos alunos, a assunção de mais responsabilidades no sentido do melhor funcionamento da escola e da mais eficaz implantação deste

Projeto, visto que a mesma só se dá frente a um coletivo no qual se inscreve e na medida em que também se assume e respeite as diretrizes e os projetos traçados por este mesmo coletivo.

Se antes cabia ao professor formar-se individualmente para dar conta de uma docência expositiva e solitária, numa relação dual com os alunos, o funcionamento deste Projeto passa a exigir: f1) uma prática compartilhada e solidária, visto que o professor não trabalha mais intramuros, solitariamente e com uma turma específica; f2) uma formação diversificada e múltipla, no sentido de poder acompanhar e incentivar a transversalidade curricular pretendida, sem contudo abrir mão de seu conhecimento mais aprofundado em uma área específica; f3) a mudança de foco na relação com os alunos, visto que a exposição de conteúdos passa a dar lugar ao incentivo constante à pesquisa, à orientação quanto o melhor uso dos Roteiros Temáticos, à solução das dúvidas que nascem dos mais diversos e inesperados lugares; f4) o descentramento do papel do professor como detentor de saber para um papel de colaborador na construção de saber, visto que lhe cabe, neste novo funcionamento, mais orientar que explicar, mais pesquisar que ensinar. Sendo, pois, variadas e profundas as demandas que a implantação deste Projeto dirige aos professores, devem os agentes todos que dão suporte à sua implantação comprometer-se no esforço de propiciar, aos educadores de forma geral, e aos professores especificamente, uma formação continuada de qualidade, voltada à sua prática diária e às suas questões mais prementes.

Uma atitude de respeito para com as diferenças culturais, raciais, de credo e quaisquer outras, de todos e para com todos. A convicção de que cada aluno é único, pode e deve permanentemente construir e exercer sua identidade no seio de um coletivo que não a mitigue ou aplaque. A convicção de que toda a criança é capaz de aprender e desenvolver-se, em ritmo e forma próprios, sendo-lhe dadas as condições para que o faça.

### **Campo 3 – Escola Indígena A.I.I.V:**

Após percorrer alguns quilômetros por estrada de terra, cheguei à escola indígena localizada na área rural de Arco-Íris, município situado no interior de São Paulo. Fui recepcionada pelo cacique da aldeia que já me aguardava, pois havíamos combinado a visita por contato telefônico. A diretora não estava e a aguardei chegar. Enquanto isso foi possível visitar a escola e seus arredores, conhecendo alguns integrantes da tribo que em sua maioria fazem parte da mesma família, todos os índios **Kaingang** ou **Krenak**.

A aldeia é bem organizada e obedece a uma hierarquia política que deixa claro sobre os chefes e os que trabalham próximo a ele. É válido lembrar que para iniciar a visita, foi realizado um pedido oficial para a FUNAI, visto que toda aquela região é protegida e nenhuma outra etnia pode entrar sem autorização. Inclusive no momento em que eu estava lá, um grupo de pesquisadores ligados à FUNAI chegou para uma reunião.

Logo após chegou a diretora da escola e pudemos conversar sobre as questões da pesquisa. Algumas perguntas foram realizadas e é válido trazê-las como caráter de informação.

No **Quadro 5** temos a visão geral sobre o **campo 3 (Escola Indígena A.I.I.V.)**:

Entrevistada	Função	Formação	Tempo de Experiência
01	Vice-Diretora	Pedagogia	8 anos
02	Professora	Pedagogia/Filosofia	8anos
03	Cozinheira	Ensino Fundamental II	5 anos

### **Entrevistada 1 – Vice-Diretora:**

#### ***Pergunta 1: Qual é a população alvo da escola?***

R: “Bom, a escola só atende crianças e adolescentes indígenas, que habitam nesta aldeia. Elas iniciam no Jardim I e vão até o ensino médio que neste ano tempos apenas o 1º, isso por que é esta a demanda que temos. A partir do ano que vem ampliaremos para o 2º e assim por diante. Queremos que nosso povo saia daqui para estudar somente no ensino superior”.

#### ***Pergunta 2: Quais são os maiores problemas enfrentados na escola? Há casos de indisciplina ou problemas de aprendizagem?***

R: “Os maiores problemas enfrentados na escola... (Ficou pensativa)... Não são pelos alunos ou professores, mas sim pela dificuldade que temos em equipar

nossa escola, pela distância e pela falta de valorização que o índio ainda sofre na sociedade. Os brancos não sabem o que de fato fazemos aqui e nos culpam porque queremos uma escola digna, de qualidade que atenda nosso povo. Sempre escuto argumentos do tipo: o índio quer ser índio, mas está cada vez mais se tornando branco, absorvendo os costumes do branco. Ela tomou uma postura firme ao se defender e disse: nós não queremos ser brancos, queremos ser respeitados com nossos hábitos e costumes. Nós adentramos no mundo da tecnologia? Sim, mas isso não nos deixa menos índios. Nós usamos roupas do branco? Sim, pois acostumamos com isso visto que, muitos daqui morreram por andar com poucas vestimentas, considerado para muitos brancos como impróprio ou imoral. Ou seja, o problema que ainda temos é porque é difícil a aceitação da diferença cultural. Qual é a outra pergunta que você fez mesmo?”.

***Pergunta 3: Há casos de indisciplina e problemas de aprendizagem aqui nesta escola?***

R: “Não, não tem. Indisciplina? Eu acompanho muitas reuniões na secretaria de ensino e ouço as queixas dos professores sobre esses problemas e quando ouço os relatos não vejo que isso seja indisciplina ou problema de aprendizagem, não vejo dessa forma. Acho que cada qual se manifesta de um jeito e que a escola é chata mesmo e difícil de segurar a atenção do aluno por muito tempo. Nossos alunos são bem tranquilos, penso que eles dão muito valor aos estudos, por que sabem que vida de índio não é fácil. Temos que provar o tempo todo que sabemos fazer algo além de pescar e dormir na rede (risos)”.

***Pergunta 4: Há casos de crianças que tomam algum medicamento para aprender melhor ou para tratar algum problema neurológico?***

R: “Não, nunca tivemos. Já ouvi falar que existem remédios para isso, mas não sei nem o nome, nunca precisamos. Nossas crianças têm espaço para brincar, gastam energia, não possuem brinquedos eletrônicos e não têm o hábito de

ficar na televisão, ou seja, dormem cedo e acordam cedo, diferente do que ouvimos falar sobre os hábitos das crianças brancas da zona urbana”.

***Pergunta 5: Como é a metodologia adotada aqui na escola indígena?***

R: “Obedecemos bem o currículo básico da escola do branco, necessitamos garantir que nossos alunos saiam preparados para vestibulares e/ou concursos, mas a forma com que nossos professores lecionam acho que é diferente.

***Diferente como?*** “As salas são formadas por grupos pequenos e além dos livros didáticos, eles procuram pensar em como aplicar o que aprendem na natureza, ou seja, eles não ficam restritos ao espaço da sala de aula”.

Dando continuidade, a próxima entrevista ocorreu com a professora L. D. C. A. que leciona há 08 anos nesta escola. Ela e mais dezesseis professores compõem o quadro de educadores da escola. Todos os professores são indígenas e são formados cada qual em sua área específica, atendendo às necessidades do currículo escolar. Dos professores, onze (11) são formados pela Universidade de São Paulo e seis (6) são formados por faculdades particulares da região. Além dos professores a escola conta com mais três (3) funcionários: vice-diretora, servente e merendeira. É válido lembrar que toda a escola assim como a equipe, são fiscalizados pela secretaria estadual de educação, como também pelos órgãos da FUNAI, que tem como objetivo supervisionar se a escola atende as exigências do Estado, porém respeitando a etnia e a dignidade dos que ali vivem.

***Entrevista 2 - Professora:***

***Pergunta 1: O que você sabe sobre o TDAH e os Distúrbios de Aprendizagem?***

R: “Sempre que fazemos algum curso fora, esse assunto aparece e pela reclamação dos professores penso que eles consideram muito que isso exista.

***Pergunta 2: Você não acredita que exista?***

R: “Não. Se existe, por que não existe aqui? Se realmente o TDAH existe por que somente em algumas escolas que aparecem crianças com isso?”

***Pergunta 3: Vocês nunca tiveram nenhuma criança diagnosticada com algum transtorno de aprendizagem ou hiperatividade?***

R: “Não. Sobre as crianças agitadas ou pouco produtivas nós focamos na história de vida e no âmbito familiar. Se a criança apresenta algo diferente que está incomodando alguém, nós focamos em um trabalho em conjunto, pois isso diz respeito a todos: pais, familiares, professores e amigos. Nós fazemos um grupo de trabalho para entendermos o que está acontecendo com o aluno. Nós nos unimos para pensar aquele caso sem desconsiderar o entorno. Isso é muito importante para nós. Cuidar dos nossos alunos é muito importante, todos nascemos aqui e vivemos aqui, qualquer problema vai ficar aqui e vai prejudicar a comunidade toda”.

***Pergunta 4: Como é realizado esse grupo de trabalho para “cuidar” do aluno que você chama de “agitado ou pouco produtivo”?***

R: “Bom, primeiro chamamos o aluno para conversar, para *ouvir ele*. Qual é a sua dificuldade, tristeza, mágoa, enfim, o que está acontecendo com ele, sempre com a intenção de que ele ‘descarregue’ o que está sentindo, que ele se abra para que *a gente possa ajudar*. A partir do que ele falar vamos refletir sobre a questão. Depois vamos chamando aos poucos as pessoas que podem ajudar a resolver tal situação.”

***Pergunta 5: Então nunca houve nenhum diagnóstico de TDAH ou outros Distúrbios escolares aqui?***

R: “Com os nossos alunos, não. O que aconteceu foi que um rapaz de nossa comunidade se envolveu com uma moça branca da cidade e ela engravidou. Anos depois o nosso cacique foi procurado pela casa abrigo, pois o menino havia sido abandonado pela mãe e pela família dela e o que disseram lá é que

o filho era de um rapaz desta aldeia. O rapaz foi chamado pelo cacique e os membros e líderes da comunidade se reuniram. Após a confirmação da paternidade ficou decidido que o menino viria para cá, o cacique *buscou ele* lá na casa abrigo. Ele é do nosso povo e um índio não abandona ninguém do seu povo. Dava dó de ver o menino, tinha medo de gente, parecia um bicho acuado e lá disseram que ele era hiperativo e tinha que tomar remédio. Aqui ele parou de tomar remédio em poucos dias e foi cuidado por todos nós (Deixou claro que criar e educar uma criança é responsabilidade de toda a comunidade!). Hoje é um menino normal, como os outros, brinca, pesca e estuda normalmente. Ninguém percebe nada de diferente dele, só o cabelo que parece do branco mesmo”.

***Pergunta 6: A relação de vocês com os remédios e com as doenças parece ser um pouco diferente do branco. O que você diria sobre isso?***

R: “Para vocês brancos alcançar um remédio e tomar é algo *costumeyro*, para nós é motivo de tristeza. A partir do momento em que o índio chega a precisar de remédio é por que a vida o está abandonando, é a última fase da doença da pessoa, isso nos deixa muito triste. Remédio é veneno e quem toma veneno é porque está se preparando para morrer”.

***Pergunta 7: E como vocês tratam seus males, suas doenças?***

R: “Com plantas. Tudo que você precisa é encontrado na natureza. Primeiro que antes de qualquer coisa, nós trabalhamos com a prevenção. O branco fala que não gostamos de trabalhar, mas não é isso não, trabalhamos duro, sim. É que não ficamos correndo atrás dessas coisas que vocês dão tanta importância. *Pra* nós tem três caminhos: água pura, alimentos saudáveis extraídos da natureza e o mais importante, ficar próximo das pessoas da nossa comunidade: família e amigos. Aqui um protege o outro, um cuida do outro e respeita o outro. Sem respeito a coisa não vai. Mantemos a paz porque para nós a paz é muito importante. Hoje o ser humano está muito ansioso, por isso procura os remédios, não previne e depois busca por soluções rápidas, sem pensar em outras alternativas. Se afasta das suas raízes, age sem pensar nas

consequências, corre o tempo todo atrás de dinheiro e depois perde a saúde e não sabe por que, *né?* Quando se arrepende não consegue mais voltar para a natureza, a vida já o abandonou e aí ele procura veneno (remédio) para acabar de morrer.

***Pergunta 8: Em sua opinião qual seria a principal tarefa da Educação Escolar?***

R: “Formação do ser humano, essa é a principal tarefa. A *gente* não desconsidera o que o aluno aprende em casa, tudo é importante, mas a educação cuida de uma sistematização do conhecimento formal, isso temos na escola, é nossa responsabilidade enquanto educador. As “raízes” complementam o conhecimento da escola e o conhecimento da escola complementa os conhecimentos gerais que são adquiridos na comunidade. Nossos alunos são plantinhas que devem ser regadas. É uma árvore medicinal porque cada um tem o remédio dos seus problemas dentro de si, isso se estiverem conectados com Deus, com a natureza. É uma árvore alimentar, por que alimenta outras pessoas com seus bons gestos e com seus conhecimentos e como uma árvore precisa de renovação constante. Relacionando sobre isso que conversamos sobre remédio é assim: queremos comer sempre um bom tomate, certo? Então devemos fazer o que? Devemos escolher um bom solo, tratar esse solo, regar com boa água e plantar na época certa, sem pular etapas, assim protegemos o pé de tomate das pragas sem precisar usar venenos... Planejamento. Se queremos um bom fruto não podemos usar venenos. O veneno deforma, contamina e estraga o fruto mais do que as pragas. Com a criança é a mesma coisa!

***Pergunta 9: Você acredita que a rotina das crianças indígenas depois da escola ou com a família seja diferente das crianças brancas?***

R: “Acho que sim. Pelo que eu escuto sim. Nós orientamos muito os pais sobre isso e acho que estamos conseguindo bloquear a entrada dos hábitos dos brancos. Temos em nossa rotina aqui os estudos, os passeios em família, os hábitos religiosos, brincar muito na terra, pescar, jogar bola, tomar banho na

lagoa e brincar no campo mesmo. As crianças assistem TV e tem computador, mas junto com seus pais e tem horário para tudo, nunca nos horários das refeições ou tarde da noite, isso é regra! Senão a criança acaba comendo mal, dormindo mal, só pra assistir TV e mexer no computador. Aí com certeza terá problema na escola e nos relacionamentos.

### **Algumas Fotos da Aldeia:**

**Figura 15:**



**Placa da FUNAI localizada na entrada da aldeia**

**Figura 16:**



**Banheiro Masculino**



**Banheiro Feminino**

**Obs.:** A escola é trilingue, pois além do português eles aprendem a língua dos Kaingang e dos Krenak que são as duas etnias da aldeia.

**Figura 17:**



**Entrada da Escola**

**Figura 18:****Pátio da Escola Indígena****Figura 19:****Parque de areia da Escola**

Mesmo que com pouco contato até então, ficou evidente que a lógica medicalizante não chegou naquela comunidade indígena e mesmo que alguns neurologistas afirmem que o TDAH, a Dislexia e outros distúrbios de aprendizagem sejam genéticos, há controvérsias muito claras, pois o que explicaria não haver nenhum caso destes transtornos em escolas onde há outra concepção de infância e forma de conduzir o processo de ensino e aprendizagem?

Há pouca influência cultural do branco na aldeia, embora algumas coisas não sejam originalmente do índio, como as figuras da turma da Mônica estampadas nas portas do banheiro. Porém, observa-se que há uma “barreira de contenção” que impede a “invasão” dos brancos em termos de costumes, hábitos, religião e ideologia.

No campo pudemos confirmar nossa hipótese de que é uma invenção social, pois o que explica encontrarmos casos de encaminhamentos e tratamentos somente em escolas onde o ensino tradicional prevalece e onde o aluno não é respeitado por suas singularidades e por sua história de vida? Se há uma alta incidência de TDAH como foi citado anteriormente na página 98 e se é um transtorno neurobiológico, o que explicaria a presença de tais diagnósticos em algumas escolas e outras não?

#### **Campo 4 – Chile/ Santiago:**

Conhecer um pouco da realidade do Chile, mais especificamente a cidade de Santiago, no que tange ao tema da medicalização, foi extremamente significativo para responder algumas perguntas que pareciam sem resposta. O Chile, embora se assemelhe ao Brasil por pertencer à América do Sul, por fazer parte do terceiro mundo e enfrentar inúmeras desigualdades sociais e econômicas, apresenta características distintas do Brasil, por esse motivo foi visto como uma boa fonte de informação.

O Chile não faz fronteira com o Brasil, o que o deixa mais distante em termos territoriais. É um país marcado por uma longa e sangrenta ditadura militar e que conseguiu mesmo a inúmeros problemas políticos e geográficos alcançar um dos maiores PIB's *per capita* da América do Sul e atualmente é um dos países mais estáveis e prósperos do grupo, com alto poder de compra

e de decisão política. Embora seja um país de temperaturas extremas por ter em seu território o deserto do Atacama (ao norte), que é o mais seco do mundo e um clima Alpino propenso a neve, geleiras e lagos (ao sul) e ainda enfrentar inúmeras tragédias ambientais como vulcões, terremotos e maremotos, o Chile vem prosperando a cada década e tem uma participação importante em organizações internacionais.

Essas características nos fizeram querer conhecer um pouco da realidade educacional de lá para pensarmos sobre como as escolas lidam com seus problemas e de que forma tentam resolver as dificuldades dos alunos. Nossa hipótese de pesquisa em todos os campos é sempre o mesmo, ou seja, os diagnósticos de transtornos de aprendizagem são estratégias de biopoder criados culturalmente para justificar o problema desviando-o do sistema, do aparato social como um todo, transferindo-o para o individual, para o corpo biológico. A forma com que serão interpretadas as singularidades do aluno vai depender da constituição do sistema escolar e da concepção de infância, juventude e até de aluno presente na escola.

No Chile há três sistemas educacionais, cada qual com suas características próprias e com um público específico: **1. Sistema Compartido – Financiamento do Estado e da Família; 2. Particular – Somente a Família; 3. Municipal – Somente o Estado.**

Quadro 6: Escola 1: C. A. S – Sistema Compartido. Financiamento: Estado/Pais

Cargo dos profissionais entrevistados	Tempo de experiência	Nº de alunos	Características Principais da Instituição
Coordenadora Diretora Psicóloga	11 anos 08 anos 05 anos	1190	-Escola Agrícola (naturalista); - Sistema misto; - Há muitos casos de alunos que chegaram com algum tipo de tratamento; porém, a escola não possui a prática de encaminhar para profissionais da saúde; - A psicóloga adota sistema de jogos e utiliza florais quando percebe que algum aluno é mais agitado ou possui alguma dificuldade de relacionamento;

Nesta escola, os profissionais entrevistados relataram que há a exigência de uma participação efetiva dos pais na vida escolar de seus filhos. Como o Estado arca com a metade das mensalidades, os pais devem comparecer periodicamente à escola, criando uma proximidade da família com a comunidade escolar.

São desenvolvidos trabalhos em grupo liderados pela psicóloga, por uma psicopedagoga e a coordenadora da escola. Esses trabalhos são desempenhados a partir de dinâmicas de grupo, prática de yoga, meditação e contos, que conforme relato dos profissionais entrevistados, além de equilibrar o comportamento, tais atividades têm como objetivo trabalhar de forma lúdica as angústias e os conflitos que surgem no cotidiano dos alunos.

Quadro 7: Escola 2: C.L.R.T – Escola Particular:

Cargo dos profissionais entrevistados	Tempo de experiência	Nº de alunos	Características Principais da Instituição
Coordenadora Diretora	07 anos 11 anos	970	-Escola Tradicional Religiosa; - Primeira diretora após 100 anos; - Escola de meninos; - Há muitos casos de alunos que chegaram com algum tipo de tratamento e outros foram encaminhados pela escola a partir dos 6 anos; - Há casos de crianças e adolescentes diagnosticados com dificuldade de atenção e outros problemas de aprendizagem;

Esta escola ainda permanece sob os cuidados da igreja, porém, hoje conta com a colaboração de uma diretora com formação em Pedagogia. A coordenadora manifestou preocupação com o modelo tradicional de ensino, inclusive algo marcante na escola que só aceita meninos. Segundo ela os encaminhamentos e a construção de laudos é uma prática comum na escola.

Quadro 8: Escola 3: E.M.J.S – Escola Municipal

Cargo dos profissionais entrevistados	Tempo de experiência	Nº de alunos	Características Principais da Instituição
Coordenadora Psicóloga Professora	15 anos 6 anos 8 anos	570	-Escola integral pública gratuita; - Público alvo misto: imigrantes e crianças com problemas de aprendizagem; - Escola mista; - Há muitos casos de alunos que usam algum tipo de medicamento para o controle do comportamento e ou problemas de aprendizagem; -A maior dificuldade da escola é com as crianças que não falam o castelhano;

Das três escolas visitadas esta é a que mais apresentou queixas sobre o funcionamento escolar. Com muitos problemas sociais entorno da imigração e até mesmo da dificuldade econômica dos alunos, os profissionais entrevistados demonstraram preocupações acerca dos conflitos diários que envolvem os familiares, como também, a falta de interesse em aprender e problemas de aprendizagem que são agravados com a dificuldade de adaptação ou condições de vida precárias. A maioria das crianças e jovens fugiu de seus países com seus familiares por problemas com a justiça ou situação de guerra e miséria.

Não há casos de indisciplinas graves, pois, segundo os profissionais entrevistados, eles apresentam medo de serem expulsos ou de levantarem alguma suspeita por estarem ilegais no país.

Os responsáveis são chamados de apoderados e não necessariamente são os pais do aluno, mas algum parente próximo ou amigo da família. Um dos profissionais entrevistados acredita que o ideal é encaminhar para profissionais da saúde para que possam dar conta dos problemas do aluno. Já os outros acreditam que o problema não deveria se centrar no aluno, visto que há inúmeros conflitos presentes na vida desses jovens e que se os professores conhecessem a realidade de cada um, nem cogitariam a ideia de encaminhá-los aos serviços de saúde; saberiam que se trata de um problema de ordem social e não biológico. O órgão de saúde responsável que acolhe crianças e jovens encaminhados das escolas recebe o nome de COSAM (*Centro Comunitário de Salud Mental*)

Nesta escola há alunos de vários países, tais como: Haiti, Colômbia, Bolívia, Venezuela, China, Argentina, Estados Unidos, República Dominicana, Peru, entre outros.

Outro fato que me chamou a atenção é que os professores entrevistados não conheciam exemplos de psicotrópicos, ou drogas como a Ritalina e o metilfenidato, ou seja, eles sabem que os alunos usam medicamentos controlados, mas não sabem o que são e quais são. Para a psicóloga isso é um problema, pois eles incentivam o uso sem saber qual é a composição e para que servem os medicamentos.

A psicóloga é colombiana e disse ficar impressionada com o consumo de drogas lícitas por crianças e adolescentes no país. Segundo ela existe um

consumo indiscriminado no Chile que supera muitos países da América Latina, inclusive a Colômbia.

**Figura 20**  
**ESCOLAS (CHILE-SANTIAGO)**

**Foto A**



**Foto B**



**Figura 21**

**Foto C**



**Foto D**



### **Campo 5 – França:**

O desejo de conhecer a realidade educacional francesa surgiu por meio de várias reportagens sobre o tema que envolveu opiniões de professores, como também reportagens e relatos sobre o sistema educacional como um todo. No artigo intitulado e já citado anteriormente: “Por que as crianças francesas não têm déficit de atenção?” de Marilyn Wedge (2013), fica claro a forma com que os pais franceses tratam seus filhos e organizam a dinâmica familiar.

A França é um dos países mais desenvolvidos do mundo e isso dá a ela um caráter organizado, em que se prezam os bons hábitos, a boa comida, as boas relações, o incentivo de acesso à cultura e principalmente a boa educação. O país é um dos membros fundadores da União Europeia e possui a maior área e a segunda maior economia do bloco o que faz dele um país reconhecido e autônomo, possuidor de políticas públicas competentes que não se rendem às vontades alheias de sua nação.

Os pais franceses, embora sejam amorosos e protetores, são rígidos e não esperam que seus filhos sejam educados por terceiros, nem mesmo que dependam dos cuidados da escola e ou dos professores. Entendem que é necessária muita atenção na criação dos filhos e que o comportamento das crianças está relacionado com o ambiente onde vivem. Assim, impõem limites e estão sempre muito próximos da criança.

Neste campo foram entrevistados três profissionais; e, diferentemente dos outros, apresentaremos as informações de forma geral, sem detalhar cada entrevista. O motivo da mudança metodológica se dá por ter sido necessário uma modificação das perguntas, visto que o questionário anterior não condizia com a realidade deste campo. Os entrevistados foram alunos ou são professores da École Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE), que são os antigos Institutos Universitários de Formação de Mestres (IUFM).

**Perguntas:**

1. Alguma conduta em especial é realizada quando surgem conflitos na escola?
2. Há casos de crianças submetidas a tratamentos medicamentosos por apresentarem dificuldades escolares?
3. Estatisticamente falando você conhece a incidência de crianças com hiperatividade e desatenção?
4. Há profissionais da saúde que desempenham algum tipo de papel na escola?

A partir de tais questões, os professores entrevistados relataram o que vem a seguir:

Geralmente as escolas são compostas por alguns profissionais que trabalham dando apoio e aconselhamento. Se algo diferente ocorre na sala de aula ou se o aluno apresenta alguma dificuldade, os professores montam um dossiê para documentar quais manifestações estão surgindo e como a equipe educacional pode colaborar. Esse dossiê é realizado com a participação de professores, gestores, psicólogos enfim, há uma equipe multidisciplinar estruturada anteriormente que atende essa demanda. Nesse dossiê acrescenta-se uma análise sobre o sistema escolar no qual o aluno está inserido e questões sobre o ambiente da criança também são levantadas, tais como: organização familiar, dados de nascimento, desenvolvimento e principalmente a opinião do aluno em relação ao fato, pois é dada a ele a oportunidade de expressar o seu sofrimento.

Na década de 70 e 80 era comum que médicos fossem às escolas para participarem de reuniões com os professores. Esse trabalho era feito ora em grupo e ora individualmente conforme as necessidades. Hoje isso só ocorre quando são chamados a participar de alguma discussão, porém, esses profissionais não vão à escola com o objetivo de atender clinicamente crianças e professores, mas sim de participarem de grupos para colaborar com a reflexão de algum assunto ou conflito que emergiu das relações escolares, sempre com o cuidado de não obterem uma visão parcial do fato, do

estrangeiro que chega e dá o seu “veredito”, os professores dizem não aceitar isso. Jamais surge a atitude de medicar ou tratar qualquer manifestação. Caso a criança apresente algum sintoma durante a permanência na escola, tais como: resfriados, dores de cabeça, hipertensão ou reações que revelem cardiopatia, os pais são imediatamente avisados.

Uma professora de educação infantil que leciona em uma cidade pequena próxima a Paris, disse que lá toda escola tem um médico responsável e que periodicamente ele é chamado para participar do grupo pedagógico. Porém, sua participação limita-se a pensar o sistema com os outros profissionais da escola e a encaminhar somente alunos que estejam manifestando alguma patologia.

Segundo ela, a escola também faz o registro da ocorrência em dossiê e os familiares são chamados até a escola para discutir o assunto, mas ela não se recorda de algum caso no qual tenham decidido por tratar o aluno com drogas para controlar o comportamento ou melhorar a aprendizagem. Para ela, o grupo é cauteloso o suficiente para que não haja diagnósticos sem critério algum e destaca: “Na França há sim casos de crianças que usam Ritalina, essas pesquisas são amplamente divulgadas, porém, há um bloqueio para que isso não ocorra”. Segundo ela, os franceses não têm o hábito de ingerir medicamentos indiscriminadamente e quando isso ocorre, é porque houve uma falha nesse bloqueio. Ou seja, algum médico distante da escola que não participa desse trabalho em conjunto, acaba receitando psicotrópicos aos alunos por pura ignorância e deficiência em sua formação. “Até que se prove o contrário o problema da criança não está na criança, mas sim na família e ou na escola”.

Wedge (2013) contribui argumentando:

Os psiquiatras infantis franceses veem o TDAH como uma condição médica que tem causas psicossociais e situacionais. Em vez de tratar os problemas de concentração e de comportamento com drogas, os médicos franceses preferem avaliar o problema subjacente que está causando o sofrimento da criança; não o cérebro da criança, mas o contexto social da criança. Eles, então, optam por tratar o problema do contexto social subjacente com psicoterapia ou aconselhamento familiar. Esta é uma maneira muito diferente de ver as coisas, comparada à tendência americana de atribuir todos os

sintomas de uma disfunção biológica a um desequilíbrio químico no cérebro da criança.

Os psiquiatras infantis franceses não usam o mesmo sistema de classificação de problemas emocionais infantis utilizado pelos psiquiatras americanos. Eles não usam o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM. De acordo com o sociólogo Manuel Vallee, a Federação Francesa de Psiquiatria desenvolveu um sistema de classificação alternativa, como uma resistência à influência do DSM-3. Esta alternativa foi a CFTMEA (*Classification Française des Troubles Mentaux de L'Enfant et de L'Adolescent*), lançado pela primeira vez em 1983, e atualizado em 1988 e 2000. [...]Na medida em que os médicos franceses são bem sucedidos em encontrar e reparar o que estava errado no contexto social da criança, menos crianças se enquadram no diagnóstico de TDAH. Além disso, a definição de TDAH não é tão ampla quanto no sistema americano, que na minha opinião, tende a “patologizar” muito do que seria um comportamento normal da infância. O DSM não considera causas subjacentes. Dessa forma, leva os médicos a diagnosticarem como TDAH um número muito maior de crianças sintomáticas, e também os incentiva a tratar as crianças com produtos farmacêuticos.

A professora de educação infantil relata: quando a criança apresenta algum problema de aprendizagem sempre pensamos o que a escola deve fazer para adequar seus projetos às necessidades daquela criança. Nós adultos é que temos que nos adequar às crianças e não ao contrário, isso é obvio para mim, visto que eu fui para a faculdade aprender a lecionar e a criança não. “Ela não sabe nada de metodologia de ensino, ou seja, não sabe métodos de como aprender ou de superar suas dificuldades”.

Há também a presença de psicólogos escolares. Estes profissionais trabalham diretamente com a equipe educacional, mas também aconselham pais e alunos. Os psicólogos na França recebem uma formação profunda na área da educação. Os currículos são preparados para que o profissional conheça o que se passa na instituição escola, pois assim ele será capaz de ter uma visão ampla dos diversos campos de atuação da psicologia.

**Figura 22**

**ÉCOLE SUPÉRIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'ÉDUCATION**  
ESPE de l'académie de Versailles – Saint-Germain-en-Laye/França  
<http://www.espe-versailles.fr/>



### **EIXOS TEMÁTICOS GERAIS ANALISADOS NOS CINCO CAMPOS**

Os eixos temáticos são pontos fixos de observação que funcionam como guia. Com isso, queremos dar ao leitor a direção pela qual a pesquisa caminhou, quais foram os elementos principais pesquisados e a essência do tema a ser tratado. Cada campo possui suas peculiaridades, mas de uma forma geral utilizamos estes eixos para nos orientar, sem nenhuma intenção de seguir leis rígidas ou limites inflexíveis. Através do eixo temático, são definidos os parâmetros a serem seguidos na estruturação do tema de pesquisa.

Porém, nem todos os eixos de observação foram utilizados nos cinco campos pesquisados.

**Quadro 9:** Eixos Temáticos

1	Rotina
2	Religiosidade
3	Patologização e Medicalização
4	Relação professor-aluno
5	Metodologia
6	Controle e Disciplinamento
7	Encaminhamentos de Alunos / Diagnóstico

Campos	Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Eixo 4	Eixo 5	Eixo 6	Eixo 7
1			X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X	X	X
4	X	X	X	X	X	X	X
5			X	X	X		X

Campo 1: Centro (C.E.A.E)

Campo 2: Escola Democrática (E.D)

Campo 3: Escola Indígena ( A.I.I.V)

Campo 4: Chile/Santiago

Campo 5: França/Paris

Obs.: O Campo extra não teve esse tipo de análise.

### **1) Rotina:**

A rotina é um fator importante a ser observado no contexto escolar, pois a partir deste eixo é possível perceber as atividades propostas como prática pedagógica e se elas condizem com o interesse dos alunos. A partir dela também é possível analisar a forma com que é construído o plano político pedagógico e se segue um aspecto flexível que respeita as diferenças e singularidades de cada aluno e como concebem a infância e o seu desenvolvimento biopsicossocial.

No ensino tradicional observava-se que a instituição escola adota, desde a educação infantil, uma forma severa de funcionar, com o intuito de manter a

ordem e a produção, exigindo que a criança se mantenha participativa nas atividades diárias, mantendo um funcionamento mecânico que “lubrifica” a engrenagem escolar. O planejamento pedagógico é um exemplo, quando visto na perspectiva de organização padronizada da relação ensino aprendizagem, pois tem como objetivo o alcance de uma produtividade que demanda a excelência de educadores e alunos, muito semelhante ao modelo industrial que exige do operário o cumprimento de várias metas.

Já nas escolas democráticas e na escola indígena que serviram como amostra, percebemos que há um interesse consolidado em respeitar a criança, levando em consideração seus interesses e sua história de vida, com a preocupação de torná-los sujeitos autônomos e críticos, capazes de superarem suas dificuldades sem pressões ou críticas destrutivas que só as colocam em um crivo de normalidade pré-concebido, distanciando-as da possibilidade do alcance do desenvolvimento moral.

Além disso, a rotina é algo com planejamento, mas esse planejamento é realizado conjuntamente com os alunos que expõe seus interesses e podem optar por diversos caminhos a percorrer. Não é livre e sem direção. O planejamento é responsável e não segue de forma alguma uma aprendizagem espontaneísta, como acusam muitos dos amantes e praticantes do ensino tradicional. O professor como mediador do ensino prepara seus alunos para a realidade, para fora dos muros da escola, plantando o dinamismo, a criatividade e a autonomia.

Assim, a escola não cuidará apenas do aprendizado das massas, mas levará consciência política onde quer que estejam - em uma aldeia, em uma escola democrática em grande ou pequeno centro, em uma metrópole ou em uma vila rural. A escola reflete a sociedade real onde ela está inserida e deve cuidar para que o aluno conheça essa realidade, seja por que é necessário sobreviver ou por que é necessário aprender a lutar pelos direitos. Por meio desse pensamento, os alunos descobrem o que podem e o que devem, inclusive os aspectos negativos que tomam a sociedade, para então pensar de forma autônoma em propostas positivas de crescimento e enriquecimento pessoal.

## **2) Religiosidade:**

O eixo religiosidade pôde possibilitar uma compreensão sobre a instituição escola e as leis que a movimentam. A religião exerce poder nas normas da sociedade e por esse motivo é importante observar a sua presença na escola, para verificar se as atitudes no ambiente escolar sofrem influência religiosa. Supomos que a religiosidade na escola é herança de uma educação jesuíta que pretendia “civilizar” uma sociedade que ao ser estruturada, precisava seguir normas e valores condizentes com os ideais da igreja.

Para Costa (1989), a educação jesuíta propunha o controle por meio de preceitos gerados a partir dos interesses da cristandade, exercendo um controle eficiente desde a infância, com o objetivo de tirar dos alunos os comportamentos viciosos, inculcando nestes hábitos de obediência e submissão.

Além disso, as instituições escolares eram fundamentadas “em princípios cristãos de ajuda de amor ao próximo, com o objetivo de obter recompensas e alcançar o céu” (CONSTANTINO, 2000, p.46).

Nos três campos analisados houve a presença de religiosidade na escola democrática e na escola indígena. Porém, adeptos a uma escola laica, os professores e diretores que foram entrevistados, verbalizaram a importância da espiritualidade, mas sem uma obrigatoriedade para todos. Nas duas escolas citadas, há a presença das orações antes do início das aulas, mas os alunos que não desejam participar podem chegar depois. Na escola E.D. eles seguem o pensamento cristão e as orações seguem os dogmas católicos, já na escola indígena há dois seguimentos, os deuses da natureza e os dogmas da igreja evangélica Congregação Cristã, porém, em todo momento fica claro que não há uma imposição em relação à religião. Já no centro de atendimento ligado às escolas ditas tradicionais, não apareceu em nenhum momento o eixo Religiosidade.

### **3) Patologização / Medicalização:**

A patologização e a medicalização são assuntos que movem esta pesquisa e, por esta razão, faz-se necessário que haja um eixo capaz de abrigar dados que mostrem a ocorrência destas questões no cotidiano escolar.

A educação ainda oferece espaço para práticas higienistas, como medicar crianças na escola, cuidar da higiene pessoal e solicitar ajuda de especialistas da área da saúde para auxiliar no desenvolvimento educacional da criança.

Contudo, na triangulação, somente o centro de atendimento, **Campo 1** apresentou uma lógica medicalizante. Inclusive o seu funcionamento é a própria justificativa de que as crianças são patologizadas na escola e dão continuidade com tratamentos que envolvem profissionais da educação e da saúde, havendo o controle do comportamento por meio de novas condutas reconhecidas como novos modelos de aprendizagem ou até mesmo com terapias psicológicas ou medicamentosas.

A presença de rótulos os quais levam diversos nomes de distúrbios, surgidos nas últimas décadas, representa a falta de aceitação na forma com que o aluno aprende ou se comporta. Se a criança é mais dinâmica ou aprende fora dos padrões considerados normais, ela corre o risco de ter seu destino selado e passar a ser usuária de drogas psicotrópicas por toda sua infância.

Por ser o tronco desta tese, este eixo aparecerá em todos os capítulos de forma a trazer uma reflexão acerca das condutas patologizantes e medicalizantes existentes na instituição escolar.

### **4) Relação Professor-Aluno:**

A relação professor-aluno para nós é o que dá sentido a tudo aquilo que é discutido e proposto para a educação. Dessa relação se estabelece toda a dinâmica da sala de aula e os vínculos ali construídos. Quando bem sucedida, a relação entre professor e aluno pode fortalecer o desenvolvimento integral da criança e, ainda, enriquecer a metodologia proposta tornando o ambiente solicitador e frutífero para a aprendizagem. Nesse sentido, as diversas relações

existentes na sala de aula usam de seus tentáculos para alcançar uma dinâmica eficiente, com propostas adequadas aos interesses dos alunos, podendo com isso possibilitar experiências compartilhadas e propiciando o diálogo, o respeito e a cumplicidade que se estendem para fora da escola.

Compreender essa relação pode indicar como o professor lida com os conflitos que surgem no cotidiano escolar, como também, a maneira de conceber a infância, o aluno e suas manifestações comportamentais. Ao privar-se de uma convivência com seu aluno, o professor perde a capacidade de análise e não consegue perceber as verdadeiras necessidades manifestadas por ele. Desta forma, frequentemente ocorre uma generalização e o outro que é único passa a ser tratado de forma homogênea sem o devido respeito e atenção.

No Campo 1, pudemos perceber que muitas das crianças citadas, durante a fala da psicopedagoga, tem como fundo um mal relacionamento com seus professores, por isso foram encaminhadas para avaliação e tratamento.

## **5) Metodologia:**

Este eixo foi escolhido com o intuito de levantar peculiaridades da constituição metodológica de cada campo, dando a real importância para um tema que tem como principal função, nutrir as práticas e as concepções existentes no âmbito escolar.

Quando pais e alunos procuram uma escola particular, geralmente analisam a estrutura física e os recursos oferecidos além do currículo básico. Quando a escola é pública, os pais dificilmente escolhem a escola dos filhos e os matriculam conforme o bairro onde moram, visto que esta é uma das exigências de matrícula. Entretanto, nos dois casos dificilmente os pais buscam por mais informações sobre a metodologia utilizada, como se isso fosse menos importante ou até insignificante diante de toda a complexidade educacional.

Pois bem, se os pais, em sua maioria, não possuem condições instrucionais para questionar o sistema metodológico da escola dos filhos, dificilmente argumentarão contra uma queixa ou até mesmo contra um encaminhamento. Nos três campos analisados, foi possível perceber que o campo que se origina por ter seus alunos patologizados e medicalizados, ou

seja o Campo1 - é justamente o campo que não discute com os pais e com os alunos a melhor forma de ensinar e de acolher a dificuldade das crianças e muitas vezes os pais não conhecem nem os professores de seus filhos e muito menos a real dificuldade enfrentada por eles. Já no **Campo 2 e 3** fica evidente a participação integral dos pais e a forma com que os professores esclarecem os métodos e o planejamento educacional no qual seus filhos estão inseridos, independente de grau de instrução ou conhecimento sobre educação. O que é levado em consideração é o interesse pela vida e pela forma com que as crianças conduzem suas experiências, sejam elas educacionais ou não.

Dos três campos, apenas a escola democrática possui uma metodologia clara, específica e intencional, com menos influência externa. Por que menos? Porque não há como dizer que a escola não se preocupa em preparar seus alunos para o mundo do trabalho, dos concursos e dos vestibulares, os educadores não se mantêm apartados do mundo que está aí posto, mas procuram ao máximo não deixar que tais necessidades da sociedade capitalista influenciem nas escolhas e na dinâmica metodológica da escola. Já a escola indígena recebe influências externas por pertencer ao Estado, mas, por se tratar de uma comunidade diferenciada, eles ainda conseguem preservar e manter seus hábitos e costumes, inclusive em relação à educação dos alunos da aldeia, independente da idade.

## **6) Controle e Disciplinamento:**

Como já foi visto, o controle e o disciplinamento são aparatos próprios das instituições. A escola sempre se apropriou eficientemente disso e hoje essa forma de substanciar o corpo ainda se faz presente. Este eixo nos possibilita localizar, práticas de controle e disciplinamento que se configuram no campo educacional evidenciando os resíduos deixados por uma sociedade higiênica e disciplinar, que até hoje constrói saber e impõe várias formas de poder. Se o corpo é dócil e alvo de poder, por ser maleável e domesticável, como diz Foucault (2008a), na infância isso pode se potencializar ainda mais.

Na prática educacional, há um controle punitivo e ameaçador. Várias vezes o disciplinamento veio pelo controle e a rotina rígida é um exemplo disso. É muito comum que educadores usem de ameaças para tentar disciplinar: “ou

*se comporta ou ficará na sala na hora da educação física”, “Se brigar pelo brinquedo ficará sem, eu guardo hein!”*, “*Hora do sono é hora de dormir, se não dormir não vai brincar*”, “*Se não comer agora esquece, vai ficar com fome mesmo!*”.

## **7) Encaminhamento de alunos / Diagnósticos:**

Este item traz para a tese um assunto que representa o início de tudo. Intencionalmente ele se apresenta por último na apresentação deste capítulo, pois temos aqui uma questão que move a pesquisa e que nos faz refletir sobre os eixos anteriores, pois este em especial, põe em xeque toda a dinâmica escolar. O campo 1 se constitui justamente desses encaminhamentos. Ele existe e se mantém por haver uma demanda da rede escolar.

Crianças que são vistas com dificuldades na aprendizagem e/ou problemas de comportamento são frequentemente encaminhadas ao serviço de saúde. Devido a um grande número de encaminhamentos, a prefeitura firmou um convênio com esse Centro, nomeado aqui como **Campo 1**, para que os atendimentos fiquem concentrados em apenas uma unidade. Como se não bastasse, a prefeitura se utiliza desse feito para anunciar o quanto ela se preocupa com a educação e com a saúde de seus educandos, usando de profissionais capacitados para remediar algo que poderia ser prevenido lá no início, dentro da escola.

De forma alguma estamos afirmando que não existam casos que devam ser encaminhados, patologias de fato, que muitas vezes acometem crianças e jovens. Não seríamos levianos em defender algo assim. Como psicólogos sabemos que há casos em que a criança somatiza ocorrências da vida pessoal e isso acaba refletindo na vida escolar; ou casos em que a criança apresenta patologias neurológicas, tais como convulsões epiléticas ou febris, distúrbios do sono ou até mesmo cefaleia constante, entre outros.

O que defendemos aqui é um sentimento de repulsa contra a ditadura do corpo máquina e contra a banalização das doenças mentais e neurológicas que da forma com que está sendo posta patologiza e culpabiliza todo e qualquer ser humano.

O professor é vítima e não sabe mais como agir, o aluno é vítima e não pode agir. Estão todos condenados à passividade paralisante de quem aceita o que a lógica capitalista impõe, o que as indústrias farmacêuticas declaram como verdade científica e o que profissionais mal formados levam para suas práticas cotidianas; todas as peças de uma maquinaria de poder que foca no corpo os malefícios de uma sociedade que em meio a tantas mazelas foi construída visando o lucro, o domínio do outro e a coação dos corpos que não sabiam que eram livres, porque sempre se sentiram escravizados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Tem que ser selado, registrado, carimbado, avaliado, rotulado se quiser voar! Se quiser voar!”, entoando ao ritmo de Raul Seixas. Lembro-me nitidamente o dia que assisti ao clipe dessa música - “O Carimbador Maluco” -, no *Fantástico* em 1983. Gostei do som e das imagens! Mal sabia eu que o país estava vivendo um de seus momentos políticos e sociais mais críticos e que Raul Seixas não queria somente divertir as crianças, mas fazia uma referência indignada a toda repressão e dominação da ditadura. Pois bem, mais de trinta anos se passaram e as coisas parecem não ter mudado muito. Não estamos mais vivendo sob um regime militar, mas ainda vivemos em uma ditadura que, velada, cumpre o papel de dominar, classificar e punir. É a ditadura do controle, da inteligência que deve desdobrar-se em sucesso, do aprendizado sem dificuldades, do bom comportamento, da boa postura, enfim, do corpo perfeito. É a ditadura das regras e das normas, que chega para as novas gerações, delineado com ares de civilização e progresso e que não tolera de forma alguma falhas e desajustes, transformando em transtorno justamente o que há de mais belo na humanidade - as diferenças. Esse regime ditatorial é o mesmo que deseja “amadurecer à força” crianças e jovens, com o pretexto de prepará-los para o futuro, para um amanhã promissor que necessita de pessoas prósperas. Mas e a escola? Não está livre disso...

Embora a instituição escola devesse ser o reduto da pluralidade humana, um lugar “sagrado” que se busca para “matar a sede” de conhecimento, um lugar de encontro, de novas experiências, de troca e de convívio, não o é na maioria das vezes. A escola tornou-se um lugar de “presa fácil” onde os que destoam da maioria não escapam de passar por um processo de “adestramento civilizatório” (PELBART, 2007, p.62). Inclui-se nesse processo a patologização e a medicalização, conceitos primordiais deste trabalho.

Nesta tese, intitulada *Medicalização escolar e o processo normatizador da coação adulta: a era da palmatória química em uma sociedade hiperativa*, tivemos como intuito trazer uma discussão e reflexões acerca da patologização

e da medicalização da vida que se estende por todas as esferas sociais, porém, foi na escola que se concentrou nosso maior interesse. A palmatória tradicional que era usada como instrumento de violência para corrigir os “desobedientes”, deu lugar à palmatória química que com o mesmo objetivo opera para silenciar o corpo e dominar a alma, não mais com agressões físicas aparentes, mas com uma lógica capitalista que violenta simbolicamente e desconsidera os problemas sociais e políticos.

É importante destacar que o conceito de medicalização muitas vezes é mal entendido. Como fizemos questão de frisar ao longo do texto, medicalização não é o ato de tomar algum medicamento ou o uso abusivo e irracional de remédios, mas sim, como difundiu Ivan Illich na década de 1960, é o processo que transforma problemas eminentemente de origem social e político em doenças e transtornos biológicos. É quando o corpo individual passa a ser culpabilizado por problemas que emanam das relações sociais e do coletivo. É quando a racionalidade econômica vê no corpo o “eczema” que não se origina de uma reação orgânica, mas das mazelas que compõem os problemas de uma sociedade degenerada. Enfim, é quando o saber-poder se configura em aparato examinador e delimita o que é normal e patológico.

Este tema sempre polêmico e provocativo exigiu que saíssemos de uma condição “confortável” e fizéssemos escolhas metodológicas desafiadoras. Se ficássemos satisfeitos em limitar a pesquisa em apenas uma teoria e em um campo, talvez não perdêssemos a veracidade e o teor investigativo, mas a nosso ver, perderíamos a oportunidade de responder algumas perguntas que nos inquietavam: o TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), a Dislexia, bem como os outros “Dis”, são realmente doenças neurológicas?

Se os transtornos e os distúrbios de aprendizagem fossem doenças neurológicas e apresentassem uma incidência alta de 5% a 10%, como mostram alguns especialistas e pesquisadores da área, estaríamos diante de uma epidemia, portanto, independente da escola e do meio que vivem as crianças e os jovens afetados, todos estaríamos sujeitos a desenvolver tais doenças. Porém, na área médica não se mede doenças biológicas por porcentagem e os indicativos são representados de unidade para mil. Enfim, sem nenhuma comprovação categórica de que tais doenças neurológicas existem de fato, se investem milhões em pesquisas de laboratórios médicos,

constroem-se projetos de políticas públicas para identificar e tratar tais transtornos e distúrbios, e encaminhamentos e tratamentos médicos são estimulados pela mídia, muitas vezes com o apoio e corroboração do próprio campo científico.

Acendamos uma luz para o questionamento: se fossem doenças neurológicas o meio ou a cultura não poderia influenciar na hipótese diagnóstica e nem no diagnóstico final. Toda e qualquer doença deve obedecer a um protocolo médico e o diagnóstico não deve ficar a cargo de elucubrações subjetivas. Sendo assim, em qualquer parte do mundo, independente da escola ou cultura, os alunos deveriam apresentar a mesma incidência apontada pelos especialistas. Mantenhamos a luz acesa. Por que então, como apontou Wedge (2013), o TDAH é uma doença neurobiológica nos EUA e na França é uma manifestação de causas psicossociais e situacionais? Essa disparidade nos instigou a ir para dentro de outras realidades. Não escolhemos os campos aleatoriamente, mas fomos procurar responder nossas indagações em diferentes formatos de escola, em diferentes culturas.

Nessa perspectiva, escolhemos realizar a pesquisa adotando como estratégia metodológica a triangulação, que se apresentou por meio de duas facetas: a teórica e a de campo. Na triangulação teórica, procuramos articular autores que a partir de suas ideias davam sustentação ao tema central da pesquisa: a medicalização. Por sua vez, a triangulação de campo pretendeu verificar *in loco* a dinâmica de concepções e práticas pedagógicas sob um prisma no qual possibilitou-nos uma comparação entre as partes para que pudéssemos investigar e compreender de que modo essas instituições lidavam com as dificuldades que se apresentavam no cotidiano escolar. Ao todo foram seis campos, selecionados a partir do plano inicial do projeto de pesquisa, sendo que um, porém, foi considerado por nós como extra, por ter tido menos contato com os entrevistados. Essa escolha se deu sempre com a finalidade de traçar um estudo comparativo e defender a tese de que em escolas que respeitam a infância e adotam uma metodologia democrática - fora dos padrões tradicionais -, a medicalização não ocorre, ou seja, não pode ser atribuídas causas neurobiológicas a uma manifestação que sofre a influência do sistema de ensino e /ou do plano político pedagógico adotado.

E tal hipótese se confirmou, visto que, de todas as escolas pesquisadas somente as que adotam o ensino tradicional veem as diferenças individuais, as reações da infância, a indisciplina e as dificuldades escolares como transtornos neurobiológicos que devem ser tratados e acolhidos por equipes multidisciplinares externas à escola. Tanto a permanência no campo como o estudo da literatura nos possibilitou comprovar que se trata de distúrbios e ou patologias que foram criadas ao longo de décadas, construídas culturalmente. Advindas das condições políticas, econômicas e sociais, se configuraram no Brasil e no mundo, principalmente na sociedade ocidental, tão influenciada pelas leis de produtividade e consumo constituídas fortemente pelo capitalismo. Portanto, confirmamos outra hipótese de que a medicalização, a patologização escolar e os inúmeros rótulos, que surgem pelo desejo de controle e normatização, são provenientes não de doenças orgânicas, mas sim do meio, de um ambiente escolar que não respeita as singularidades do outro, de uma educação que não valoriza a construção da autonomia, de uma escola que se remete a métodos arcaicos e não reconhece as influências e as mudanças sociais.

Já as outras escolas, que se distanciam do ensino tradicional, nem cogitam a ideia de encaminhamentos, e acreditam que as dificuldades que emanam do âmbito escolar devem ser sanadas por meio de estratégias que envolvam a equipe educacional e a família, compreendendo que somos também reflexo do ambiente, da sociedade na qual pertencemos e da cultura que nos influencia, enfim, creem que não se pode reduzir o aluno a um corpo biológico, pois isso seria negar a subjetividade humana.

Pois bem, se no campo almejamos verificar a forma com que as diferentes escolas veem o problema crescente da medicalização, no que concerne a parte teórica, pretendemos também mostrar que vários autores, a princípio antagônicos, podem colaborar para uma visão mais ampla do problema. Assim, Ivan Illich, Michel Foucault, Jean Piaget e alguns autores contemporâneos foram colocados juntos para que cada um pudesse contribuir com as reflexões e indagações que circularam em torno do tema.

No capítulo estratégias metodológicas e procedimentos houve, por meio de uma coerência de método (teoria e campo), um olhar para a mesma direção, possibilitando a constatação de que os elementos que compõem toda

a estrutura educacional, tais como: o plano político pedagógico, a forma com que os educadores desenvolvem sua prática, a relação destes com seus alunos, a concepção de escola, entre outros, determinam diretamente no modo com que a escola lida com a patologização e a medicalização do diferente. Na escola tradicional, pudemos verificar que os educadores estão aprisionados em referenciais higienistas, concebendo ainda no século XXI a educação como órgão fiscalizador que se une ao saber médico para identificar, classificar, tratar e punir os que de alguma forma não se adaptam ao sistema educacional.

Diante disso, partimos para a ideia de que a história e os modos de viver na modernidade estão sustentados por uma tecnologia do poder disciplinar, por um modo biologizante de conceber a vida e que estão sempre em busca de normatizar e homogeneizar o comportamento; uma lógica cruel que se encontra subjacente às atitudes sociais cotidianas. A escola, como lugar que deveria ser de encontro e de respeito pela diversidade, nem sempre (ou nunca?) se abstém de seguir a lógica capitalista; em sua maioria são instituições que pecam por desconsiderar a importância das influências sociais no comportamento humano.

Assim, por não concordarmos com esta visão reducionista, que empobrece a subjetividade humana defendemos que as condutas medicalizantes, que rotulam e deformam a verdadeira origem das manifestações estudantis, podem impedir o desenvolvimento moral do aluno, uma vez que o mantém na heteronomia, sob a coação adulta e o domínio policialesco, próprios das condutas do biopoder e da biopolítica, que normatizam, modelam e punem aqueles que não correspondem aos desejos de uma sociedade de consumo, com foco em apenas, obter soluções imediatistas e superficiais.

Assim, para combatermos essa ideologia biologizante quem vem carregada de um julgamento psicométrico, é importante unirmos condições para tal, porém, para isso é preciso antes de qualquer coisa compreender a maquinaria dos fatos, como também, libertar o pensamento das fórmulas mágicas, que desde sempre serviram para apenas questionar, mas que em nada mudam as práticas de uma sociedade que tende para a atomização e a uniformização das condutas.

E o que fazer diante de tais constatações? A discussão teórica, a compreensão das questões que foram colocadas até então, o diálogo firmado com as pessoas nas quais tivemos contato durante a pesquisa de campo; tudo isso nos possibilita construir uma teia que nos leve a realidade escolar, ao chão do pátio, à sala dos professores, à carteira do aluno enfim, a todos os lugares dentro da escola que clamam por respeito, pois o único diagnóstico que precisa ser feito é o institucional, onde as diversas vozes gritam por socorro e pedem urgência no plano de ação.

Ao desejarmos uma sociedade mais justa com menos desigualdades sociais indiretamente estamos pedindo por uma educação idem, que abastada de sentido possibilite ao aluno um crescimento interior consolidado em ideais de respeito mútuo e cooperação. Para tanto, faz-se urgente à aniquilação de condutas que cultivam comportamentos heterônomos, de submissão e assujeitamento, lembrando-nos que a moralidade se constrói socialmente, ela não é inata. Assim, a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento moral do aluno e o professor é quem ao acompanhar esse desenvolvimento, pode conduzi-lo à autonomia. Para que tais elementos tenham sucesso na rotina escolar, é preciso reconhecer que se trata de um trabalho que só avançará se estiver em conformidade com o coletivo, o aluno deve aprender, com a ajuda do professor, a posicionar-se diante dos valores apresentados e a respeitar as regras que foram construídas coletivamente, evitando com isso regras ambíguas e arbitrárias. Conforme consta em Brasil (1998, p. 80):

Regras ambíguas impedem as pessoas de saber exatamente o que delas se espera, o que lhes é cobrado e quais são os seus direitos. Tendo consciência dessas regras e valores, terá oportunidade maior de assumi-los como seus e de problematizá-los, criando espaço para sua transformação [...] O estudo da realidade e o desvelamento de dúvidas e desejos serão orientadores da reformulação e da elaboração de regras que, iluminadas por princípios que valorizem a construção da autonomia moral e a busca do bem comum, favoreçam a participação de todos nas decisões.

Segundo Canan (2015), se esses cuidados com os acordos não são tomados, impera-se o autoritarismo e este, muitas vezes presente na relação do professor com o aluno representa uma forte demonstração de fragilidade

teórica, pois ao agir por coação reforça-se o egocentrismo no aluno o que impede que ele tenha a tomada de consciência necessária para aceitar as normas que foram acordadas. O egocentrismo produz a anomia, que somente se enfraquecerá por meio de um progressivo investimento por parte do professor que deve produzir um ambiente moral na sala de aula com discussões, trocas de ideias, atitudes de respeito, enfim, ações que possibilitem entre os iguais a cooperação e o respeito.

Na França, pudemos observar o quanto essa preocupação é presente na prática do professor. Até mesmo a escola considerada mais rígida, mais tradicional, segue cunhos democráticos e a base da prática escolar concentra-se em instigar o respeito mútuo, visto que, eles consideram a cooperação a ação mais fecunda de uma educação moral. Por outro lado, na escola tradicional brasileira que também foi por nós pesquisada, tivemos o depoimento da psicóloga que participou da entrevista e que relatou ter sentido necessidade de cursar pedagogia, porém, abandonou o curso dois anos e seis meses depois, por perceber o quão vago era, sentindo-se desestimulada por ter encontrado um curso que apresentava muitas deficiências. E ainda segundo ela, muitos dos casos no qual chegou a atender não passavam de “*problemas de ensinagem*” o que demonstra que muitas das dificuldades apresentadas pelos alunos estão diretamente ligadas à incompetência do professor.

Nas escolas democráticas pesquisadas, todos os professores buscavam uma formação diferenciada e substancial. Entendemos que isso era um pré-requisito para que eles fizessem parte do quadro de profissionais. Não haveria sentido que os professores mantivessem uma formação distante da ideologia da escola democrática, visto que, a partir do momento que se escolhe trabalhar em uma escola assim, deve-se adotar uma postura diferenciada, com ideais distantes do ensino tradicional.

Macedo (1994, p. 61) acredita que a formação de professores em uma proposta diferente da tradicional é possível levando-se em consideração quatro pontos que ele considera fundamentais, são eles:

Primeiro: é importante para o professor tomar consciência do que faz ou pensa a respeito de sua prática pedagógica.  
Segundo: ter uma visão crítica das atividades e procedimentos na sala de aula e dos valores culturais de sua função docente.  
Terceiro: adotar uma postura de pesquisador e não apenas de

transmissor. Quarto: ter um melhor conhecimento dos conteúdos escolares e das características de aprendizagem de seus alunos

A temática estudada nesta tese, portanto, nos fornece elementos ricos para refletir a formação dos professores e as suas práticas pedagógicas a partir de uma nova perspectiva. Mas é preciso incluir outras dimensões, que poderão nos levar para além de uma concepção que é movida pelo desejo ou pela crença de que alunos e professores têm a capacidade de pensar e, por isso, podem tornar-se seres conscientes, críticos e autônomos. Se na escola prevalece a concepção epistemológica, o que significa dizer que somos capazes de uma atividade sensível e intelectual dotada de poder de análise, de síntese e de representação conceitual e teórica das coisas, do mundo e de nós mesmos, o desafio que se apresenta agora é reconhecer que alunos e professores, como sujeitos de conhecimento são movidos por outras dimensões que, se levadas em consideração, podem contribuir positivamente para a construção de um ambiente agradável e respeitoso na sala de aula.

A partir dos dados teóricos e concretos, relatos e observações realizadas, pudemos concluir que a questão dos valores e da formação ética são temas que não perdem a sua atualidade e no que se refere à escola o debate sempre aparece, especialmente pelas mudanças sociais e comportamentais, as inquietações, os conflitos, os momentos de violência, de desrespeito e de indisciplina que nela se manifestam. Não há como negar que a discussão sobre o processo de medicalização vigente na e/ou a partir da escola tem como pano de fundo, mas que precisa colocar em evidência, a questão do Outro. Defendemos que a desconsideração pelas singularidades existenciais de cada um – professores e alunos – é que tem gerado, muitas vezes, situações de confrontos e de afronta aos direitos mais elementares da convivência humana. Portanto, quando estamos a formar professores para enfrentar os desafios de uma sala de aula, é condição fundamental que eles tenham a possibilidade de refletir acerca das ideias que apresentamos neste trabalho.

É observável no cotidiano da escola práticas que exprimem um desejo de instaurar uma política para a infância, que toma como verdadeiros e plausíveis

os parâmetros provenientes de uma visão patologizante da criança e até mesmo dos jovens. Essa postura pretende implantar um processo de homogeneização pretensamente “sadio”, com o objetivo de universalizar e enquadrar os comportamentos infantis.

Entre os muitos desafios está, atualmente, em compreendermos que tipo de relações humanas estamos experimentando e que formas de vida estamos elaborando. Vivemos um ambiente marcado por um processo em que prevalece mecanismos que mais provocam a distância e o distanciamento entre as pessoas, onde a ausência de diálogo é quase completa. Diante dessa situação, que valores ainda podem ser tomados como orientadores nas condutas, crenças e desejos do sujeito atual?

Se assim é, um dos aspectos passíveis de serem estudados no nosso presente trata-se de observar a qualidade nas quais as relações interpessoais e os elos sociais são estabelecidos, pois as relações humanas e as regras de convivência estão muitas vezes marcadas por uma insensibilidade em relação aos direitos do outro. No caso específico da escola, vive-se situações que exprimem conflitos que podem contribuir para o quase desaparecimento de valores que aproximem as pessoas. Em tais situações, as consequências para a convivência no cotidiano escolar ou fora dele se agravam, na medida em que o desrespeito e a indiferença em relação ao outro tomam o lugar da solidariedade, da amizade e dos sentimentos de afeição, simpatia, estima e ternura.

Nesta tese quisemos ir um pouco mais longe. Isto significou incluir a figura do outro, da diferença, do singular e da individualidade, isto é, que leve em conta a realidade plural, heterogênea e passional que se efetiva na escola, pois como nos ensina Hannah Arendt:

a pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem o duplo aspecto de igualdade e diferença. Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus ancestrais... Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferisse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso e da ação para se fazerem entender (ARENDDT, 1983, p. 188).

Ao esperar que o aluno, por exemplo, comporte-se como mero espectador na sala de aula e que contenha suas ações, manifestando-se somente quando convidado, seguindo uma postura obediente e submissa, cria-se um modelo de aluno *normal e disciplinado*, ou seja, isso passa a fazer com que esse molde imposto pela escola, venha classificar os comportamentos do aluno, havendo previamente um padrão considerado normal e outro desviante, o que pode eliminar a possibilidade de reconhecimento da alteridade.

Aquele aluno que não corresponde ao padrão de normalidade exigido pela sociedade, passa a ser olhado com os “olhos” de um sistema que não respeita as características singulares, ficando, este aluno, vulnerável às intervenções. Ao estigmatizá-lo, por não corresponder aos anseios sociais, cria-se a possibilidade de “tratá-lo” para que só então, ele esteja apto a participar de uma vida escolar produtiva.

Porém, assim como a criança é alvo dessas imposições sociais, o professor também o é, pois embora tenhamos apontado em direção às práticas educativas que controlam, disciplinam, patologizam e medicalizam a criança, sabemos que o educador é vítima e produto de um sistema político-social, e que a sua formação profissional muitas vezes é deficiente e, além disso, sentem-se solitários em uma batalha diária que alimenta a exigência de produtividade imposta socialmente, influenciando a conduta das pessoas nos diversos espaços sociais, o que agrava ainda mais a situação. Diante disso, a luta pelo respeito à individualidade e até mesmo contra as práticas medicalizantes, deveriam fazer parte do processo de formação do professor.

É necessário, diante disso, que a sala de aula seja o devir de um espaço privilegiado para se construir uma saída e um lugar onde o professor, por meio de sua prática docente, possa assumir o compromisso de agir no sentido de romper ou no mínimo problematizar esse processo de uniformização das condutas e comportamentos que acontecem via medicalização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDA (2012). **Sobre TDAH – Diagnóstico em Crianças. SNAP IV.** Disponível em: [HTTP://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html](http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html). Acesso em: 15/07/2013.

AGUIAR, A.A. **A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência**, Rio de Janeiro : Relume Dura, 2004.

ALIGHIERI, D. **A divina comédia**. Tradução, comentários e notas de Italo Eugenio Mauro; prefácio de Otto Maria Carpeaux. 1ª Ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

ALMEIDA, M.J. **O corpo, a aula, a disciplina, a ciência. Educação & Sociedade n° 21**. São Paulo: Cortez Editora, Maio/Ago. 1985.

ALMEIDA, Jr., A. **O saneamento pela educação**. São Paulo, Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de São Paulo, 1922.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- DSM IV - **Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais**, 4ª edição.

AMORIM LIMA. Disponível em: [amorimlima.org.br/institucional](http://amorimlima.org.br/institucional)) projeto\_político-pedagógico. Acesso em 01 de outubro de 2014.

ANDRADA, E.G. C de **Novos paradigmas na prática do psicólogo escolar**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005.18(2), pp.196-199.

APPLE, M. W. **Educação e Poder. Educação & Sociedade n° 33**. São Paulo: Cortez Editora, Ago. 1989.

AQUINO J.G.A. (org.) **Indisciplina na escola: Alternativas teóricas e Práticas**. São Paulo: Summus, 1996. p. 152.

\_\_\_\_\_. **Indisciplina:** O contraponto das escolas democráticas. São Paulo: Moderna, 2003.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios Farmacêuticos.** Tradução: Waldéa Rabinovitch. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ARAÚJO, U. F. O ambiente escolar e o desenvolvimento do juízo moral infantil. In: MACEDO, L. [org.] **Cinco estudos de educação moral/ Jean Piaget.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. – (Coleção psicologia e educação).

ARENDT, H. **A condição humana.** Rio de Janeiro : Forense-Universitária, 1983.

\_\_\_\_\_. **Homens em tempos Sombrios.** São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família e da Família.** Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1978.

ARRUDA, Marco Antônio. **Levados da Breca.** Ribeirão Preto, 2006.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido:** sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BARROS, F.C.O.M de. **Cadê o brincar? Da Educação Infantil para o Ensino Fundamental.** Dissertação(Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

BARROSO, J. Ordem Disciplinar e organização pedagógica. **Nuances:** estudos sobre educação, ano X, vol.11, nº 11/12. Presidente Prudente, SP.: UNESP, 2004.p. 09-17.

BOARINI, M. L. (org.) **Higiene e Raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil.** Maringá PR: Eduem, 2003.

BOCK, A.M. B; GONÇALVES, M. G.; FURTADO, O. (orgs). **A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. BOCK, A. M. B. [ET AL.] **Psicologia e Educação: cumplicidade ideológica**. In: MEIRA, M. E. M.; ANTUNES, M. A. M. Psicologia escolar: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BRANT, L.C.; CARVALHO, T.R.F. **Methyl phenidate**: medication as a “gadget” of contemporary life. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.16, n.42, p.623-36, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Apresentação dos temas transversais: ética**. Secretaria de Educação Fundamental. 2. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais /Secretaria de Educação Fundamental**. 2. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BUENO, B.O. **Entre a Antropologia e a História: uma perspectiva para a etnografia educacional**. In: perspectivas, Florianópolis, v.25,nº2, 471-501, jul/dez. 2007.

BULA, **Ritalina**. Disponível em: <http://zip.net/bpsNSS>. Acesso em: 07 de Novembro de 2014.

CAFARDO, R; TWASSO, S. 150 municípios paulistas adotam apostilas em escolas públicas. **O Estado de S. Paulo**. São Paulo, 15 de abril 2008. Disponível em: <http://zip.net/blsMKW>. Acesso em: 27 ago. 2008.

CALIMAN, L.V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [3]:879-902, 2013.

CANAN, R.S. **Como é tratada a questão da autonomia na escola?**

Disponível: <http://zip.net/bvsMBQ>. Data de acesso: 01/12/2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas - 7ª Edição – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CARDOSO Jr., H.R.C.; SILVA, T.V. Da história como crítica: notas sobre as relações de Michel Foucault com o pensamento kantiano. In: Lemos, F.C.S [et. al.] **Estudos com Michel Foucault**: transversalizando em Psicologia, história e educação.– 1. Ed. – Curitiba, PR: CRV, 2015.

CARLINI, E.A; NAPPO, S.A; NOGUEIRA, V.; NAYLON, F.G.M. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol.30, nº01, 2003.

CAROLYN, E. (org.). **As cem linguagens da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CARVALHO, A.B. **Educação e liberdade em Max Weber**. Coleção Fronteiras da Educação. Ijuí: Editora Unijuí, 2004.

\_\_\_\_\_. **A Sociologia Weberiana e a Educação**. In: CARVALHO, A.B.; SILVA, W.C.L. (orgs.) **Sociologia e Educação: Leituras e interpretações**. São Paulo: Avercamp, 2006. p. 57-76.

CARVALHO, J. B. Educação, tragédia e amizade política em Aristóteles. **Anais de Filosofia Clássica**, v.4, nº 7, 2010, p.55. ISSN 1982-5323.

CARVALHO, R. E. A escola como espaço inclusivo. In: IV Congresso de Educação de Presidente Prudente 2000, **Revista de Anais**. Presidente Prudente, 2000. p.11-16.

CARVALHO, M. M. C. **Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas.** In: Freitas, M.C(org.) História Social da infância o Brasil. 1ªedição. São Paulo: Cortez, 1997.

CASTELLO, L. A.; MÁRSICO, C. T. **Oculto nas palavras: dicionário etimológico para ensinar e aprender/** Luís A. Castello e Claudia T. Mársico; tradução de Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

CHECHIA, A. K. A e Souza, M. P. R. de **Queixa escolar e atuação profissional: apontamentos para a formação de psicólogos.** In: MEIRA, M.E.M. e ANTUNES, M.A.M. (orgs.) Psicologia Escolar: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. pp. 105-137.

CID 10 – **Classificação Internacional de Doenças, Organização Mundial de Saúde (1993).**

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS M. A. A. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação).** São Paulo: FDE, 1994.p.25 – 31. (Série Ideias, 23).

\_\_\_\_\_. **Ajudando a Desmistificar o Fracasso Escolar.** (Série Ideias, 6) São Paulo: FDE, 1992.p.24 – 28.

\_\_\_\_\_.**Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização.** São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_.Fracasso Escolar uma questão médica? **Caderno Cedes** nº15. São Paulo: Cortez,1985.

COLOMBANI, F.; ARAGÃO, R.M.; SHIMIZU, A.M. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: a medicalização e a coação no desenvolvimento moral. **Nuances:** estudos sobre educação, Presidente Prudente , v. 25, n. 1, p. 193-210, jan./abr. 2014.

CONSTANTINO, E. P. **Meninos institucionalizados: a construção de um caminho.** São Paulo: Arte & Ciência, 2000.

\_\_\_\_\_; CARUSO, I. A. (orgs.) **Educação e Saúde: realidade e utopias.** São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

\_\_\_\_\_. **Um olhar da Psicologia sobre a Educação.** São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

\_\_\_\_\_. **Percursos da Pesquisa Qualitativa em Psicologia.** São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar,** 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

CROCHÍCK, J.L.;CROCHÍCK, N. **A desatenção atenta e a hiperatividade sem ação.** In: **Medicalização de crianças e adolescentes:** conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos/ organizadores Conselho Regional de psicologia de são Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

D'ANTOLA, A. (org.) **Disciplina na Escola: Autoridade x Autoritarismo.** São Paulo: E.P.U,1989.

DAW, J. **The ritalin debate:** monitor on Psycology. Washington. Vol. 32,n°06,2001.p. 64

DEMO, P. **Política Social, educação e cidadania.** Campinas, S.P: Papirus, 1994. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

DeVries, R.; Zan B. **A ética na educação infantil:** o ambiente sócio-moral na escola; tradução Fátima Murad. – Porto Alegre: Artmed, 1998.

DÍAZ, E. **A filosofia de Michel Foucault**. Tradução de Cesar Candiottto. – 1. ed. – São Paulo: Editora Unesp, 2012

DORMELLES, L. V. **Infâncias que nos escapam: da criança na rua à criança cyber**. Petrópolis : Vozes, 2005.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. **Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa**. In: MEIRA, M. E.M; FACCI, M. G. D. (orgs.). **Psicologia Histórico-Cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FERRARI, M. Michel Foucault – Um crítico da instituição escolar. **Revista Nova Escola**. Edição Especial 10/2008. São Paulo.

FERREIRA, A. G. Higiene e controlo médico da infância e da escola. **Caderno Cedes**, v.23, nº 54, p. 9-24, abril 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. 10. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. v. 3.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982**. Trad. Andréa Daher; Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

\_\_\_\_\_. O que é a crítica? (Crítica e Aufklärung). In: BIROLI, F. ALVAREZ, M.C. (org.). **Cadernos da FFC** [Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP]. Tradução de Antônio C. Galdino. Marília: UNESP Marília Publicações, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**, 35ª edição. Petrópolis: Vozes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território, População.** Curso no *Collège de France* (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** 2ª. Edição, rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

\_\_\_\_\_. **Gênese e estrutura da Antropologia em Kant.** Tradução de Márcio Alves Fonseca e Salma Tannus Muchail. 1. Ed. São Paulo: Loyola, 2011.

FONSECA, S. C. **Infância de disciplina:** instituto disciplinar do Tatuapé em São Paulo (1890-1927), 1ª edição. Curitiba: Aos quatro ventos, 2007.

FOUREZ, G. **A construção das ciências:** introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Editora da Unesp, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001. 158 p.

GADELHA, S. **Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões a partir de Michel Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GARRIDO, J.; MOYSÉS, M. A. A. **Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar.** In: Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos/ organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989, p.20.

GENTILI, P. (Org.). **Pedagogia da exclusão: o neoliberalismo e a crise da escola pública**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GONDRA, J. G. (org.). **História, Infância e Escolarização**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2002.

\_\_\_\_\_. Homo higienicus: educação, higiene e a reinvenção do homem **Caderno Cedes**, v.23, n° 54, p.25-38, abril 2003.

\_\_\_\_\_. GARCIA, I. A arte de endurecer “miolos moles e cérebros brandos”: a racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. **SciELO**. Mai./Jun./Jul./Ago. n° 26, 2004. Disponível em <http://zip.net/bfsNb1>

\_\_\_\_\_. Kohan, W. Foucault 80 anos. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GOUVÊA, G.; BITTENCOURT, C.; MARAFON, G.; MONTEIRO, H. R. **Pesquisas em Educação**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

GHIRALDELLI, P. Jr. (org.). **Infância, Educação e Neoliberalismo**; São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Infância, Escola e modernidade**. São Paulo: Cortez; Curitiba: Editora da Universidade Federal do Paraná, 1997.

GOLDSTEIN, San; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Campinas : Papyrus, 1998.

GRACIA, D. **La construcción de la autonomía moral – Parte I**. Ver. Hosp. Ital. B. Aires. Vol. 32, n°1, (páginas 1-11), Marzo 2012.

GUADENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da

desmedicalização. **Revista Interface** – Comunicação Saúde e Educação. V.16,nº40, p.21-34, jan/mar.2012.

GUALTIERI, R.C.E. e LUGLI, R.G. **A escola e o fracasso escolar**. Coleção educação & saúde; v. 6. São Paulo: Cortez, 2012.

GUARIDO, R. **A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação**. In: **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos/ organizadores** Conselho Regional de psicologia de são Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

IDUM, **Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos**. Disponível em: <<http://www.idum.org.br/>>. Acesso em: 10 de Junho de 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975.

\_\_\_\_\_. **Sociedade sem escolas**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1985. (Coleção educação e tempo presente ; 10)

IRIART, C.; RIOS, L.I; **La(re) creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infância**. In: *Novas Capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional...*/ Cecília Azevedo Lima Collares, Maria Aparecida Affonso Moysés, Mônica Cintrão França Ribeiro (organizadoras). – 1ª Ed. – Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

KANT, I. **Textos Seletos**. Petrópolis: Vozes, 1974.

\_\_\_\_\_. **Sobre a Pedagogia.** Tradução de Francisco Cock Fontanella. 2ª Ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1999.

KAMII, C.; DEVRIES, R. **Piaget para a educação pré-escolar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KISHIMOTO, T. M. **A Pré-Escola em São Paulo (1877-1940).** São Paulo: Loyola, 1988.

KUHLMANN, M. Jr. **Infância e Educação Infantil:** uma abordagem histórica, 2ª edição. Porto Alegre R. S.: Mediação, 2001.

KUPFER, M. C. M. “O que toca à /a Psicologia Escolar” In: SOUZA, M.P.R. de e MACHADO, A. M. M (orgs.) **Psicologia Escolar: em busca de novos rumos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. pp. 51-61.

LA TAILLE, Y. et.al. **Piaget, Vygotsky e Wallon:** teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus Editorial, 1992.

LAGASNERIE, G. **A última lição de Michel Foucault.** Tradução: André Telles. São Paulo: Três Estrelas, 2013.

LEÃO, D. M. M. **Paradigmas Contemporâneos de Educação:** Escola Tradicional e Escola Construtivista. Cad. Pesquisa. n.107, p. 187-206, julho/1999.

LEBRUN, G. O conceito de Paixão. In: CARDOSO, S.(Org.) **Os sentidos da paixão.** São Paulo : Cia. das Letras, 1987.

LEMOS, F.C.S.; NASCIMENTO, M.L.; RODRIGUES R.D. A patologização dos comportamentos como prática medicalizante: contribuições de Michel Foucault. In: Lemos, F.C.S.[et. al.] **Estudos com Michel Foucault:** transversalizando em Psicologia, história e educação – 1. Ed. – Curitiba, PR: CRV, 2015.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. **A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica.** **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 60, nº 01, 2008.

LIMA, M.L.C. A genealogia foucaultiana como horizonte metodológico: uma pesquisa em psicologia social. In: Lemos, F.C.S **Estudos com Michel Foucault: transversalizando em Psicologia, história e educação** – 1. Ed. – Curitiba, PR: CRV, 2015.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em <http://zip.net/bwsMV5>.

LYON, G. R, SHAYWITZ, S. E., & SHAYWITZ, B.A (2003). **Defining dyslexia comorbidity, teachers' knowledge of language and reading.** *Annals of Dyslexia*, 53, 1-14. 2003. Disponível em: [www.interdys.org](http://www.interdys.org) e [www.dislexia.org.br](http://www.dislexia.org.br). Acesso em: 12/12/2010.

MACEDO, L. **Ensaio Construtivistas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MACHADO, R. **Foucault, a filosofia e a literatura**, 2ª edição. Rio de Janeiro: R.J.: Jorge Zahar Editor, 2000.

MANTOUX, P. A. **A revolução industrial do século XVIII.** São Paulo: Edunesp / Hucitec, 1989. (Edição original de 1928).

MARQUES, V. R. B. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico.** Campinas: Editora da UNICAMP, 1994.

MARTINS, V. Policiais e populares: educadores, educandos e a higiene social. **Caderno Cedes**, v.23, nº 54, p. 79-90, abril 2003.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** 2ª edição. São Paulo: Pioneira, 2001.

MEIRA, M. E.M; FACCI, M. G. D. (orgs.). **Psicologia Histórico-Cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_. (org.). MELILO, M. E.; ANTUNES, M. A. M. **Psicologia Escolar: teorias críticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MELLO, Suely Amaral. Algumas contribuições da escola de Vygotsky para a compreensão dos problemas de indisciplina na escola. In: GARCIA, Wilson Galhego; GUEDES, Alvaro Martim (Org.). **Núcleos de Ensino.** São Paulo: UNESP, 2003. p. 70-78.

MENDES, E. G., Radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação.** vol. 11, nº33 Set/Dez, 2006.

MENIM, M.S.S. Desenvolvimento Moral. In: MACEDO, L. [org.] **Cinco estudos de educação moral/ Jean Piaget.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. – (Coleção psicologia e educação).

MESOMO, A.C. Educação e Infância: Ensaio sobre poder e controle. **Nuances: estudos sobre educação,** ano X, vol.11, nº 11/12. Presidente Prudente : UNESP, 2004.p. 99-113.

MÉSZAROS, I. **A Educação para além do Capital.** Trad. Isa Tavares. São Paulo: Bomtempo, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 2000

\_\_\_\_\_. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, R. J.: Vozes, 1994.

MOYSÉS, M. A. A e COLLARES, C. A. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, v.8.n.1.São Paulo, 1997, p. 63-89.

\_\_\_\_\_. Dislexia existe? Questionamentos a partir de estudos científicos. **Cadernos Temáticos** nº 8. Dislexia: subsídios para políticas públicas/ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2010.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L Medicalização: o obscurantismo reinventado. In: COLLARES, C.A.L; MOYSÉS, M.A.A e RIBEIRO, M.C.F. (orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de letras, 2013.

MONTEIRO, H. R. Medicalização da Vida Escolar. In: GOUVÊA, G.; BITTENCOURT, C.; MARAFON, G.; MONTEIRO, H. R. **Pesquisas em Educação**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.p.p. 68-78.

MOTA, C. E. S. Indústria Cultural e o sistema apostilado: a lógica do capitalismo. **Caderno Cedes** , nº 54, ago.2001.

NOGUEIRA, R.P. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare, 2003.

NOVASKI, Augusto João Crema. Sala de aula: uma aprendizagem do humano. In: MORAES, R. (org). **Sala de aula: que espaço é esse?** Campinas: Papyrus, 1995, pp. 11-15.

ORTEGA, F. et. a.l. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., v.14, n. 34, p. 499-512, 2010.

PACHECO, J. **Escola dos sonhos existe há 25 anos em Portugal.** In: ALVES, R. A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir. Campinas, S.P: Papyrus, 2001.

PARRAT, S.; TRYPHON A. **Sobre a pedagogia /Jean Piaget;** tradução de Claudia Berliner – São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

PATTO, M. H. S. **A família pobre e a escola pública: anotações sobre um desencontro** In: \_\_\_\_\_. (org.) Introdução à Psicologia Escolar. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. pp.281-296.

\_\_\_\_\_. **A produção do fracasso escolar.** São Paulo: T.A.Queiroz, 1991.

\_\_\_\_\_. Para uma crítica da razão psicométrica. In: PATTO, M, H, S. **Mutações do Cativoiro:** escritos de psicologia e política. São Paulo: Hacker Editore/ Edusp, 2000, pp.65-83.

PELBART, P.P. Biopolítica. **Sala Preta,** nº7, p. 57-65, 2007.

PERROT, M. **Os excluídos da história.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

PIAGET, J. **O juízo moral da criança.** Trad. Elzon Lenardon. 3ª ed., São Paulo: Summus, 1994.

\_\_\_\_\_. Os procedimentos da educação moral. Tradução: Maria Suzana de Stefano Menim. In: MACEDO, L. [org.] **Cinco estudos de educação moral/ Jean Piaget.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. – (Coleção psicologia e educação).

\_\_\_\_\_. **Biologia e conhecimento:** ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. Petrópolis: Vozes, 1996.

POSTMAN, N. **O Desaparecimento da Infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

PROUDHON, P.-J. **A propriedade é um roubo**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2001.

REY, F. G. **La investigación cualitativa en Psicología: rumbos e desafios**. São Paulo: EDUC, 1999

RIBEIRO, R.M e PIRES, E.D.P.B. Fundamentos da epistemologia genética e sua crítica à psicologia e educação tradicionais. **Anais EDUCERE** (páginas 29940-29954), PUC/PR: Curitiba, 2015.

RITALIN from Death: banco de dados. Disponível em: <<http://www.methylphenidate.net/>>. Acesso em: 20 de Abr. 2009.

ROCHA, H. H. P. Educação escolar e higienização da infância. **Caderno Cedes**, v.23, n° 54, p.39-56, abril 2003.

ROCKWELL, E. EZPELETA, J. **Pesquisa Participante**. São Paulo: Cortez, 1986, p. 77-93.

SARAVALI, E. G. ; GUIMARAES, T. ; GUIMARAES, K. P. ; MELCHIORI, A. P. . Crenças envolvendo o não aprender: um estudo evolutivo sobre a construção do conhecimento social. **Educação em Revista** (UFMG. Impresso) , v. 29, p. 143-176, 2013.

SARUP, M. **Marxismo e Educação**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicologia USP**, vol.12, n° 2, p. 29-47, 2001.

SAVIANI, D. Perspectiva marxista do problema subjetividade – intersubjetividade. In: Duarte, N. (org.) **Crítica do fetichismo da individualidade**. Campinas, Autores Associados, 2004, p. 21/52.

SAYÃO, R. Profusão de Estímulos. **Jornal Folha de São Paulo**. Disponível em: <http://zip.net/bcsNjy>. Acesso em: 15/02/2014.

SCHWARZ, A. A ascensão da pílula da boa-nota. The New York Times. In: Texto selecionado para **Folha de São Paulo**, p. 2, 25 de junho de 2012.

SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>. Acesso em: 25 de Out. de 2009.

SINGER, H. **República de crianças**: sobre experiências escolares de resistência. Campinas,S.P: Mercado de Letras, 2010.

SOUZA, M. P. R. de “**A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo**” In: SOUZA, M. P. R. de e MACHADO, A. M. M. (orgs.) **Psicologia Escolar**: em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1977.p.p 17-33.

\_\_\_\_\_.Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos/ organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. 2ª reimpr. da 1ª Ed. de 2010. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SOUSA, F. P. **Histórias Inacabadas: Um ensaio de Psicologia Política**.Maringá : Editora da UEM,1994.

SOUZA, A. N.; Pitanguy, J. **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro, Editora: UFRJ, 2006.

TANAMACHI, E.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. **Psicologia e educação: desafios teóricos-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

TERNES, J. Foucault, a escola, a imprudência do ensinar in: GONDRA, J.; KOHAN, W. (Orgs.) **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

WEDGE, M. **Por que as crianças francesas não têm Déficit de Atenção?**  
Disponível em: <http://zip.net/bbsM73>. Data de acesso: 16/05/2013.

# APÊNDICE

## APÊNDICE

### MODELOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NOS CAMPOS

Os questionários a seguir são os modelos originais, apresentados ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP – Marília; porém tais instrumentos sofreram pequenas modificações ao longo das aplicações, ao constatarmos que deveríamos refazer algumas questões e acrescentar outras durante o processo de entrevista.

#### A- MODELOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NO CAMPO 1

##### PROFISSIONAL DA INSTITUIÇÃO – ADAPTADO PARA PEDAGOGO/ PSICOPEDAGOGO/ PSICÓLOGO:

**Questão 1:** O que você sabe sobre o TDAH? Tal transtorno está em alta nos últimos tempos. Em sua opinião qual é o motivo deste fenômeno?

**Questão 2:** Você conhece alguma criança aqui diagnosticada com TDAH?

**Questão 3:** Você já encaminhou alguma criança para o especialista ou recomendou que os pais o fizessem, por suspeitar de algum tipo de problema de aprendizagem ou desatenção?

**Questão 4:** Você acompanha alguma crianças que faz algum tipo de tratamento além do que é feito aqui, como: (neurológico, psicológico, psicopedagógico, etc.)? Se sim, tal acompanhamento iniciou-se fundamentada em qual queixa ou manifestação? Das crianças que são acompanhadas, que você conhece, há alguma que faz uso de medicamentos? Se sim, você sabe dizer qual?

**Questão 5:** O que você pensa sobre tais medicamentos que são utilizados para manter a atenção e controlar o comportamento da criança?

**Questão 6:** Uma criança que é encaminhada, diagnosticada e não é tratada poderia ter em sua opinião prejuízos em sua vida? Se sim, quais?

**Questão 7:** Em sua opinião qual seria a principal tarefa da Educação Escolar?

**Questão 8:** Você concorda com o professor que encaminha seus alunos para um atendimento profissional fora da escola?

## **B- MODELOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NO CAMPO 1**

### **ADAPTADO PARA PAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO COM ALGUM TIPO DE DIAGNÓSTICO:**

**Questão 1:** Por que o seu filho(a) é atendido nesta instituição? Fale o que fez com que ele fosse encaminhado ao CAM.

**Questão 2:** Você concorda com o diagnóstico ou com o motivo que o trouxe aqui? Se sim, concordou de imediato ou teve que refletir sobre para aderir à opinião do profissional?

**Questão 3:** Você conhece outras crianças que obtiveram o mesmo diagnóstico que o seu filho(a)?

**Questão 4:** Em sua opinião, tal tratamento influenciará a vida do seu filho(a)? Se sim, de que forma?

**Questão 5:** O que você espera da escola? Em sua opinião, qual seria a principal tarefa da Educação Escolar?

**Questão 6:** Há alguém da família que apresenta comportamento semelhante ao seu filho(a)?

**Questão 7:** Quais foram as diferenças que você percebeu em seu(sua) filho(a) após o início do tratamento? Há algo que lhe preocupa?

**Questão 8:** Como deveria ser em sua opinião, o comportamento do seu filho na escola para que ele não necessitasse freqüentar esta instituição?

**Questão 9: (Caso a criança tome medicamentos) –**

Você considera que há algo que poderia ser feito em casa ou na escola para evitar que seu (sua) filho (a) usasse medicamentos para melhorar seu desempenho na escola ou ter que fazer acompanhamento neste centro?

### **C- MODELOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NO CAMPO 1**

#### **ADAPTADO PARA CRIANÇAS ATENDIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO COM ALGUM TIPO DE DIAGNÓSTICO:**

**Obs.:**Somos da opinião de que nos outros campos não é necessário entrevistar as crianças, visto não passam pelo processo de medicalização. Apenas registrar as conversas informais no Diário de Campo.

O objetivo da utilização deste procedimento metodológico será verificar como os sujeitos interpretam tal situação, como vêem as possibilidades de ação docente e o papel da escola na história proposta. Convém ressaltar que esse instrumento foi testado e utilizado por Guimarães (2007), porém, fizemos algumas modificações para esta tese.

Contar a história para a criança:

***O aluno Marcos de... (mesma idade da criança), não aprende rapidamente as lições dadas em sala de aula e sempre precisa pedir a ajuda da professora quando não consegue resolver alguma tarefa. Marcos é um menino falante, gosta de andar na sala durante a aula, mas é participativo e está sempre envolvido nas atividades da escola. A professora diz que***

***Marcos não para quieto, por isso tem dificuldade em entender suas explicações.***

1. O que você acha dessa situação?
2. Você conhece alunos assim?
3. O que você acha que acontece com Marcos? Por que ele é assim?
4. Quem poderia ajudá-lo? Como?
5. O que a professora deve fazer com Marcos?
6. Por que será que ele não consegue entender rapidamente o que a professora diz?
7. E você, aprende rápido ou precisa pedir ajuda para a professora?
8. Como você se sente diante de situações assim?
9. Você concorda com a professora quando ela diz que Marcos não aprende por que não para quieto?
10. O que você acha da sua escola, das aulas e do jeito da professora?

## **D- MODELOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NO CAMPO 2, 3 e 4**

### **QUESTIONÁRIO APLICADO NO PROFESSOR:**

**Questão 1:** O que você sabe sobre o TDAH? Tal transtorno está em alta nos últimos tempos. Em sua opinião qual é o motivo deste fenômeno?

**Questão 2:** Você conhece alguma criança matriculada nesta escola diagnosticada com TDAH?

**Questão 3:** Você já encaminhou alguma criança para algum especialista ou recomendou que os pais fizessem, por suspeitar algum tipo de problema de aprendizagem ou desatenção?

**Questão 4:** Há casos em sua sala de aula de crianças que fazem algum tipo de tratamento (neurológico, psicológico, psicopedagógico, etc.)? Se não, parar a pergunta e ir para a questão 9 e depois voltar para a 5. Se sim, tal acompanhamento iniciou-se fundamentada em qual queixa ou manifestação? Das crianças que são acompanhadas, que você conhece, há alguma que faz uso de medicamentos? Se sim, você sabe dizer qual?

**Questão 5:** O que você pensa sobre tais medicamentos que são utilizados para manter a atenção e controlar o comportamento da criança?

**Questão 6:** Uma criança que é encaminhada, diagnosticada e não é tratada poderia ter em sua opinião prejuízos em sua vida? Se sim, quais?

**Questão 7:** Em sua opinião qual seria a principal tarefa da Educação Escolar?

**Questão :** Você concorda com o professor que encaminha seus alunos para um atendimento profissional fora da escola?

**Questão 9: (Caso não haja crianças encaminhadas para especialistas) -** Em sua escola não há casos de crianças encaminhadas ou medicadas por

conta de problemas de aprendizagem e ou indisciplina, correto? Se sim, em sua opinião, o que você acha que existe de diferente nesta escola ao ponto disso não precisar de tais encaminhamentos e tratamentos?

# ANEXOS

# Anexo A

## BULA DO METILFENIDATO (RITALINA®)



### RITALINA® LA

cloridrato de metilfenidato

### APRESENTAÇÕES

Ritalina® LA 10, 20, 30 ou 40 mg – embalagens contendo 30 cápsulas.

### VIA ORAL

#### USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 6 ANOS

### COMPOSIÇÃO

Cada cápsula de Ritalina® LA contém 10, 20, 30 ou 40 mg de cloridrato de metilfenidato.

Excipientes:

- cápsula de 10 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido férrico preto, óxido férrico vermelho, óxido férrico amarelo.
- cápsula de 20 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina e dióxido de titânio.
- cápsula de 30 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio e óxido férrico amarelo.
- cápsula de 40 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido férrico amarelo, óxido férrico preto e óxido férrico vermelho.

### INFORMAÇÕES AO PACIENTE

#### 1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?

**Ritalina® LA é utilizada para o tratamento do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.**

O Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou Transtorno hipercinético é um distúrbio de comportamento em crianças, adolescentes e adultos. Cerca de 3% das crianças sofrem deste transtorno, o que as torna incapazes de ficarem paradas e/ou se concentrar em tarefas por um determinado período de tempo. As crianças com esse transtorno podem ter dificuldades para aprender e fazer tarefas escolares. Elas podem frequentemente se tornar difícil de lidar, tanto na escola quanto em casa. Adultos com TDAH frequentemente têm dificuldade de se concentrar. Costumam se sentir inquietos, impacientes, desatentos e ficam entediados com facilidade. Podem ter dificuldades em organizar sua vida pessoal e trabalho.

Se o paciente é uma criança ou se você for um adolescente, o médico prescreveu Ritalina® LA como parte de um programa de tratamento de TDAH, o qual incluirá também usualmente terapia psicológica, educacional e social. Se você tem alguma dúvida sobre como funciona a Ritalina® LA ou porque este medicamento foi receitado para você, pergunte ao seu médico.

#### 2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?

Ritalina® LA tem como substância ativa o cloridrato de metilfenidato. Este medicamento é um estimulante do sistema nervoso central.

A Ritalina® LA age melhorando as atividades de certas partes do cérebro que são pouco ativas. A Ritalina® LA melhora a atenção e a concentração, além de reduzir comportamento impulsivo.

Uma cápsula de Ritalina® LA fornece uma liberação inicial da substância ativa e uma segunda liberação aproximadamente 4 horas depois.

#### 3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

Não tome Ritalina® LA se você:

- é alérgico (hipersensível) ao metilfenidato ou a qualquer outro componente de Ritalina® LA listado no início desta bula. Se você achar que pode ser alérgico, peça orientação ao seu médico;
- sofre de ansiedade, tensão ou agitação;
- tem algum problema da tireoide;
- tem problemas cardíacos, como ataque cardíaco, batimento cardíaco irregular, dor no peito (angina), insuficiência cardíaca, doença cardíaca ou se nasceu com problema do coração;
- tem pressão sanguínea muito alta (hipertensão) ou estreitamento dos vasos sanguíneos (doença arterial oclusiva que pode causar dor nos braços e pernas);



- estiver tomando um medicamento chamado “inibidor da monoamino oxidase” (IMAO), utilizado no tratamento da depressão ou tiver tomado IMAO nas últimas duas semanas (vide “Ingestão concomitante com outras substâncias”);
- tem pressão ocular aumentada (glaucoma);
- tem um tumor da glândula adrenal chamado feocromocitoma;
- tem fala e movimentos corpóreos incontroláveis (síndrome de Tourette) ou se qualquer outro membro da família for portador desta síndrome.

Se você acha que algum dos casos acima aplica-se a você, informe ao seu médico sem tomar Ritalina® LA.

#### 4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

A Ritalina® LA só poderá ser prescrita por um médico.

Siga todas as instruções do seu médico cuidadosamente, mesmo que sejam diferentes da informação geral contida nesta bula.

Ritalina® LA deve ser utilizada com cuidado se você:

- tem histórico de abuso de álcool ou droga;
- tem desmaios (epilepsia, convulsões, crises epiléticas);
- tem pressão sanguínea alta (hipertensão);
- tem qualquer anormalidade cardíaca (por exemplo, anormalidade cardíaca estrutural);
- tem qualquer outro problema cardíaco corrente ou passado;
- tenha ou teve qualquer distúrbio nos vasos sanguíneos cerebrais, por exemplo enfraquecimento da parede dos vasos sanguíneos (aneurisma), acidente vascular cerebral, inflamação dos vasos sanguíneos (vasculites);
- tem distúrbios mentais agudos que causam pensamentos e percepções anormais (psicose), ou excitação anormal, atividade aumentada e desinibida (mania aguda) – seu médico dirá se você apresenta estas doenças;
- tem sintomas psicóticos como ver ou sentir coisas que não estão presentes (alucinações);
- tem comportamento agressivo;
- tem pensamentos ou comportamentos suicidas;
- tem tiques motores ou se qualquer outro membro da família tenha tiques. Os sinais de tiques são difíceis de controlar, ocorre repetida contração em todas as partes do corpo ou repetição de sons e palavras.

Caso qualquer uma destas condições se aplicar a você, informe ao seu médico. O médico decidirá se você pode começar ou continuar a tomar Ritalina® LA.

Algumas crianças tomando Ritalina® LA por um período longo podem ter um crescimento mais lento que o normal, mas elas geralmente o recuperam quando o tratamento é interrompido.

Não há evidências que pacientes com TDAH fiquem viciados em Ritalina® LA, ou que eles tendam a abusar de drogas durante a vida. A Ritalina® LA, como todos os medicamentos que contêm estimulantes do sistema nervoso central, será prescrita a você apenas sob supervisão médica próxima e após diagnóstico adequado.

#### Monitoramento durante o tratamento com Ritalina® LA

Para verificar se o uso de Ritalina® LA está associado a qualquer efeito indesejado, o médico irá verificar periodicamente as condições de saúde do paciente (por exemplo, pressão sanguínea, frequência cardíaca) e também vai acompanhar o crescimento de crianças que tomam a Ritalina® LA. Os testes de sangue serão realizados para monitorar a quantidade de células sanguíneas (glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas) caso o paciente tome a Ritalina® LA por um longo período.

#### Se você for ser submetido a uma cirurgia

Se você for submetido a uma operação, informe ao médico que você está em tratamento com Ritalina® LA. Você não deve tomar Ritalina® LA no dia de sua operação, se um determinado tipo de anestésico for usado. Isso ocorre porque há possibilidade de aumento súbito da pressão arterial durante a operação.

#### Teste para drogas

A Ritalina® LA pode dar resultado falso positivo em testes para o uso de drogas. Isto inclui testes utilizados no esporte.

**Este medicamento pode causar doping.**

**Usar Ritalina® LA com alimento e bebida**



Não ingira bebidas alcoólicas enquanto estiver tomando Ritalina<sup>®</sup> LA. O álcool pode piorar as reações adversas de Ritalina<sup>®</sup> LA. Lembre-se que alguns alimentos e medicamentos contêm álcool. Você pode tomar as cápsulas de Ritalina<sup>®</sup> LA com ou sem alimentos.

#### **Crianças e adolescentes**

Ritalina<sup>®</sup> LA não é recomendada para crianças com menos de 6 anos de idade.

#### **Dirigir e operar máquinas**

Ritalina<sup>®</sup> LA pode causar tonturas, sonolência, visão embaçada, alucinações ou outras reações adversas do sistema nervoso central, que podem afetar a concentração. Se você sentir estes sintomas, não deve dirigir veículos ou operar máquinas, ou envolver-se em qualquer outra atividade em que precisa estar atento.

**Atenção diabéticos: contém açúcar.**

#### **Gravidez e lactação:**

##### **- Gravidez**

Informe ao seu médico se você está grávida ou achar que pode estar grávida.

A Ritalina<sup>®</sup> LA não deve ser usada durante a gravidez, a não ser que seja especificamente prescrita pelo seu médico.

**Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.**

##### **- Amamentação**

Informe ao seu médico se você está amamentando. Não amamente durante o tratamento com Ritalina<sup>®</sup> LA. A substância ativa da Ritalina<sup>®</sup> LA pode passar para o leite humano.

#### **Ingestão concomitante com outras substâncias**

Informe ao seu médico ou farmacêutico se você está tomando ou tomou recentemente algum outro medicamento, incluindo fitoterápicos ou medicamentos isentos de prescrição.

Não tome Ritalina<sup>®</sup> LA se estiver tomando:

- um medicamento chamado “inibidor da monoamino oxidase” (IMAO, utilizado no tratamento da depressão) ou tiver tomado IMAO nas últimas duas semanas. Tomar um IMAO e Ritalina<sup>®</sup> LA pode causar um aumento súbito da pressão sanguínea (vide “Quando não devo usar este medicamento” e “O que devo saber antes de usar este medicamento”).

É importante avisar ao médico ou farmacêutico se você estiver tomando algum dos seguintes medicamentos, uma vez que pode ser necessário alterar a dose ou em alguns casos parar um dos medicamentos:

- que aumentam a pressão sanguínea;
- antidepressivos tricíclicos (utilizados no tratamento da depressão);
- agonistas alfa-2 como a clonidina (utilizada no tratamento da pressão alta);
- anticoagulantes orais (usados na prevenção de coágulos no sangue);
- alguns anticonvulsivantes (usados no tratamento de crises convulsivas);
- fenilbutazona (usado para tratar dor ou febre);
- medicamentos que influenciam no sistema dopaminérgico (usados para o tratamento da Doença de Parkinson ou psicoses).

**Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento.**

**Não use medicamento sem o conhecimento do seu médico. Pode ser perigoso para a sua saúde.**

#### **5. ONDE, COMO E POR QUANTO TEMPO POSSO GUARDAR ESTE MEDICAMENTO?**

O produto deve ser conservado em temperatura ambiente (entre 15 e 30 °C). Proteger da umidade.

**Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.**

**Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.**

Características físicas:

Ritalina<sup>®</sup> LA 10 mg: cápsula gelatinosa dura, tampa marrom opaca e corpo branco.

Ritalina<sup>®</sup> LA 20 mg: cápsula gelatinosa dura, branca opaca.

Ritalina<sup>®</sup> LA 30 mg: cápsula gelatinosa dura, amarela opaca.



Ritalina® LA 40 mg: cápsula gelatinosa dura, marrom opaca.

**Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso ele esteja no prazo de validade e você observe alguma mudança no aspecto, consulte o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo.**

**Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.**

#### **6. COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?**

O médico irá decidir a dose mais adequada de acordo com a necessidade individual do paciente e da resposta. Siga cuidadosamente as instruções do seu médico. Não exceda a dose recomendada.

#### **Quando e como tomar Ritalina® LA**

Tome Ritalina® LA uma vez ao dia pela manhã, com ou sem alimento. Engula as cápsulas inteiras com água. Não triture, mastigue ou divida.

Se você é incapaz de engolir a cápsula Ritalina® LA, você pode espalhar o conteúdo em uma pequena quantidade de alimento, da seguinte forma:

- abra cuidadosamente a cápsula e espalhe as partes sobre uma pequena quantidade de alimentos leves (por exemplo, suco de maçã).
- a comida não deve ser quente, porque isso poderia afetar as propriedades especiais do conteúdo.
- coma imediatamente toda a mistura de medicamento/alimento.
- não guarde a mistura de medicamento/alimento para uso futuro.

Uma cápsula de Ritalina® LA fornece uma liberação inicial da substância ativa e uma segunda liberação em aproximadamente 4 horas após. É por isso que a Ritalina® LA pode ser tomado pela manhã, em casa, sem a necessidade de outra dose ao meio-dia.

As cápsulas de Ritalina® LA tomadas uma vez por dia são comparáveis aos comprimidos de Ritalina® tomados duas vezes ao dia. O médico irá aconselhá-lo a tomar a cápsula de Ritalina® LA especialmente se você tomava anteriormente o comprimido de Ritalina®.

Em alguns pacientes a Ritalina® LA pode causar insônia. Para evitar dificuldade em adormecer, a última dose de Ritalina® LA deve ser tomada antes das 18 horas, a menos que o seu médico tenha recomendado diferente.

#### **Quanto tomar**

Não altere a dose sem falar com o seu médico.

Se você tem a impressão de que o efeito da Ritalina® LA é muito forte ou muito fraco, fale com o seu médico.

#### **Crianças**

O médico irá dizer-lhe quantas cápsulas de Ritalina® LA dar para a criança. O médico irá iniciar o tratamento com uma dose baixa e aumentá-la gradualmente, conforme necessário.

A dose diária máxima recomendada é de 60 mg.

#### **Adultos**

A dose usual é de 20 a 30 mg, mas alguns pacientes precisam de uma dose maior.

A dose diária máxima recomendada é de 80 mg para o tratamento de TDAH.

#### **Por quanto tempo tomar**

Utilize este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico.

Não o use mais, com mais frequência e por mais tempo do que o recomendado pelo seu médico. Se usado de forma inadequada, este medicamento pode causar dependência.

O tratamento para TDAH varia na duração de paciente para paciente. Ele pode ser interrompido durante ou depois da puberdade.

O médico pode descontinuar a Ritalina® LA periodicamente para ver se ela ainda é necessária.

#### **Para abrir o frasco, siga as seguintes instruções:**

- 1) Pressione a tampa para baixo, apoiando o frasco em uma base (ex.: mesa, pia, etc);
- 2) Mantendo a tampa pressionada, gire-a no sentido indicado. Se ouvir um estalo é sinal que a tampa não está devidamente pressionada;
- 3) Após o uso, feche bem o frasco.

**Se você parar de tomar a Ritalina® LA**

Não pare de tomar Ritalina® sem falar com o seu médico. Pode ser necessário reduzir a dose diária gradativamente antes de parar completamente. Você vai precisar de supervisão médica após interromper o tratamento.

**Siga a orientação de seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico.**

**Este medicamento não deve ser aberto ou mastigado.**

**7. O QUE DEVO FAZER QUANDO EU ME ESQUECER DE USAR ESTE MEDICAMENTO?**

Se uma dose de Ritalina® LA for esquecida, você deve tomá-la assim que possível. As doses remanescentes deste dia devem ser tomadas nos intervalos espaçados regularmente. Não tome doses dobradas de Ritalina® LA para compensar a dose esquecida. Caso você tenha dúvidas em relação a isso, converse com o médico.

**Em caso de dúvidas, procure orientação do farmacêutico ou de seu médico, ou cirurgião-dentista.**

**8. QUAIS OS MALES QUE ESTE MEDICAMENTO PODE ME CAUSAR?**

Assim como outros medicamentos, a Ritalina® LA pode causar alguns efeitos indesejáveis, embora nem todas as pessoas os apresentem. Estes efeitos são, normalmente, leves a moderados e, geralmente, transitórios.

**Algumas reações adversas podem ser sérias:**

Informe seu médico imediatamente se você apresentar:

- inchaço dos lábios ou língua, ou dificuldade de respirar (sinais de reação alérgica grave);
- febre alta repentina, pressão arterial muito elevada e convulsões graves (Síndrome Neuroléptica Maligna);
- dor de cabeça grave ou confusão, fraqueza ou paralisia dos membros ou face, dificuldade de falar (sinais de distúrbio dos vasos sanguíneos cerebrais);
- batimento cardíaco acelerado, dor no peito, movimentos bruscos e incontroláveis (sinal de discinesia);
- equimose (sinal de púrpura trombocitopênica);
- espasmos musculares ou tiques;
- garganta inflamada e febre ou resfriado (sinais de baixa contagem de células brancas do sangue);
- movimentos contorcidos incontroláveis do membro, face e/ou tronco (movimentos coreatetoides);
- ver ou sentir coisas que não existem na realidade (alucinações);
- desmaios (convulsões, epilepsia ou crises epiléticas);
- bolhas na pele ou coceiras (sinal de dermatite esfoliativa);
- manchas vermelhas sobre a pele (sinal de eritema multiforme).

**Algumas reações adversas são muito comuns (ocorre em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):**

- dor de garganta e coriza;
- diminuição do apetite;
- nervosismo;
- dificuldade em adormecer;
- náusea, boca seca.

**Algumas reações adversas são comuns (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):**

- angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação;
- dor de cabeça, tonturas, sonolência;
- movimentos involuntários do corpo (sinais de tremor);
- alterações na pressão arterial (geralmente aumento), ritmo cardíaco anormal, palpitações;
- tosse;
- vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal; indigestão; dor de dente;
- alteração cutânea, alteração cutânea associada a coceira (urticária), febre, perda de cabelo;
- transpiração excessiva;
- dor nas articulações;
- diminuição do peso;
- sentir-se nervoso.

**Algumas reações adversas são raras (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos pacientes que utilizam este medicamento):**

- desaceleração do crescimento (peso e altura) durante o uso prolongado em crianças;
- visão turva.

**Algumas reações adversas são muito raras (ocorre em menos de 0,01% dos pacientes que utilizam este medicamento):**

- baixa contagem de glóbulos vermelhos (anemia), baixa contagem de plaquetas (trombocitopenia);
- atividade anormal, humor deprimido;
- fala e movimentos corporais descontrolados (síndrome de Tourette);
- função hepática anormal, incluindo coma hepático;
- câimbras musculares.

**Outras reações adversas que ocorreram com outros medicamentos contendo a mesma substância ativa de Ritalina® LA:**

- Distúrbios do sangue: diminuição do número de células do sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas);
- Distúrbios do sistema imunológico: inchaço das orelhas (um sintoma de reação alérgica);
- Distúrbios psiquiátricos: irritação, agressividade, alterações de humor, comportamento e pensamentos anormais, raiva, pensamentos ou tentativas de suicídio (incluindo suicídio), atenção excessiva ao ambiente, sentimento excepcionalmente animado, atividade aumentada e desinibida (mania), sentimento desorientado, alterações no desejo sexual, falta de sentimento ou emoção, fazer as coisas repetidamente, obsessão por alguma coisa, confusão, vício;
- Distúrbios do sistema nervoso: fraqueza muscular temporária, perda da sensibilidade da pele ou outras funções do corpo devido a uma falta temporária de suprimento sanguíneo no cérebro (deficit neurológico isquêmico reversível), enxaqueca;
- Distúrbios oculares: visão dupla, pupilas dilatadas, dificuldade para enxergar;
- Distúrbios cardíacos: parada de batimento cardíaco, ataque cardíaco;
- Distúrbios vasculares: dormência dos dedos, formigamento e mudança de cor (do branco ao azul, depois vermelho) no frio (“fenômeno de Raynaud”);
- Distúrbios respiratórios: garganta inflamada, falta de ar;
- Distúrbios gastrointestinais: diarreia, constipação;
- Distúrbios da pele: inchaço da face e da garganta, vermelhidão da pele, grandes manchas vermelhas na pele que aparecem algumas horas após tomar o medicamento;
- Distúrbios musculoesqueléticos: dores musculares, espasmos musculares;
- Distúrbios renais e urinários: sangue na urina;
- Distúrbios do sistema reprodutor e da mama: inchaço das mamas em homens;
- Distúrbios gerais: dor no peito, cansaço, morte súbita;
- Laboratorial: sons anormais do coração.

Se um desses efeitos ocorrerem, o médico deve ser avisado.

Se você perceber alguma outra reação adversa não mencionada nesta bula, por favor informe ao seu médico ou farmacêutico.

**Informe ao seu médico, cirurgião-dentista ou farmacêutico o aparecimento de reações indesejáveis pelo uso do medicamento. Informe também a empresa através do seu serviço de atendimento.**

#### **9. O QUE FAZER SE ALGUÉM USAR UMA QUANTIDADE MAIOR DO QUE A INDICADA DESTES MEDICAMENTO?**

Se muitas cápsulas de Ritalina® LA forem acidentalmente tomadas, vá imediatamente ao médico ou à emergência do hospital mais próximo. Informe ao médico em que momento foram tomadas as cápsulas. Você pode necessitar de assistência médica.

Os sintomas de superdose são vômitos, agitação, dor de cabeça, tremores, espasmos musculares, batimento cardíaco irregular, rubor, febre, sudorese, dilatação das pupilas, dificuldade em respirar, confusão e convulsões.

**Em caso de uso de grande quantidade deste medicamento, procure rapidamente socorro médico e leve a embalagem ou bula do medicamento, se possível. Ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.**

#### **DIZERES LEGAIS**

MS – 1.0068.0080

Farm. Resp.: Flávia Regina Pegorer – CRF-SP 18.150

**Importado por:**

Novartis Biociências S.A.  
Av. Prof. Vicente Rao, 90  
São Paulo - SP  
CNPJ: 56.994.502/0001-30  
Indústria Brasileira

**Fabricado por:** Recro Gainesville, LLC - Gainesville - EUA

**Embalado por:** Packaging Coordinators Inc. - Philadelphia - EUA

® = Marca registrada de Novartis AG, Basileia, Suíça.

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

**ATENÇÃO: PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA.**



BPL 07.01.14  
2013-PSB/GLC-0662-s  
VP5

**Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 25/06/2015.**

# **ANEXO B**

PL- 7081/2010

Dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica.

O Congresso Nacional decreta:

**Art. 1º** O Poder Público deve manter programa de diagnóstico e tratamento de estudantes da educação básica com dislexia e Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

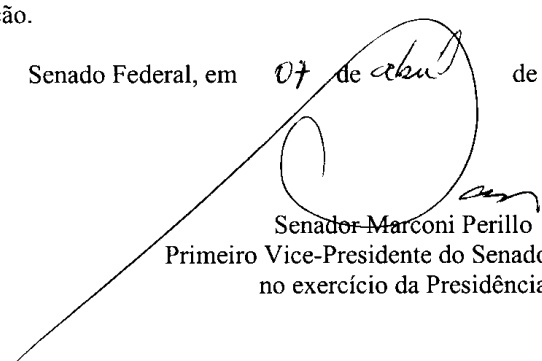
**Art. 2º** O diagnóstico e o tratamento de que trata o art. 1º devem ocorrer por meio de equipe multidisciplinar, da qual participarão, entre outros, educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos.

**Art. 3º** As escolas de educação básica devem assegurar às crianças e aos adolescentes com dislexia e TDAH o acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem.

**Art. 4º** Os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica cursos sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do TDAH, de forma a facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar de que trata o art. 2º.

**Art. 5º** Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente ao de sua publicação.

Senado Federal, em 07 de outubro de 2010.

  
Senador Marconi Perillo  
Primeiro Vice-Presidente do Senado Federal,  
no exercício da Presidência

# ANEXO C

### SNAP-IV

Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a). Marque um (X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos.				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				

SNAP-IV(versão em português validada por Mattos,P et al, 2005)

Fonte: [www.tdah.org.br](http://www.tdah.org.br)

#### **AVALIAÇÃO**

1) se existem pelo menos 6 itens marcados como "BASTANTE" ou "DEMAIS" de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado em uma criança ou adolescente.

2) se existem pelo menos 6 itens marcados como "BASTANTE" ou "DEMAIS" de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado em uma criança ou adolescente.

Obs.1: Itens de 1 a 9 – características de desatenção. Itens de 10 a 18 referem-se à hiperatividade e impulsividade. Se forem assinalados ao menos 6 boxes vermelhos ou azuis, há suspeita de TDAH.

Obs.2: O diagnóstico de TDAH é feito com base nos **sintomas clínicos** relatados pelo indivíduo ou pelos pais e interpretado por um especialista. O Eletroencefalograma, o Mapeamento Cerebral, a Tomografia Computadorizada, a Ressonância Magnética e o Potencial Evocado não podem fornecer este diagnóstico.

# **ANEXO D**

## MODELO DE PROJETO DESENVOLVIDO NA ESCOLA DEMOCRÁTICA

**Aluno: Rafaela, Carina e Maria Eduarda**

**Itinerário Proposto: Doenças Cardiovasculares**

### O que queremos saber

- Quais são os tipos de doenças cardiovasculares?
- O que fazer para prevenir?
- O que provoca essas doenças?
- Quais são os sintomas?
- Como um "coração ferido" pode causar uma doença cardiovascular?

(Coração ferido no sentido de decepcionado, triste, amargurado... emoções negativas diversas)

### O que sabemos

- Que doenças no coração podem matar
- Que atividade física ajuda o coração

### Por que queremos saber

- Para entender melhor as causas dessas doenças

### **INTELIGÊNCIA LINGUÍSTICA**

- Faça um **narrativa ficcional em prosa** sobre seu tema.
- Faça uma **narrativa fantástica e de humor** sobre seu tema.
- Faça uma história em quadrinhos sobre seu tema.
- Faça um **conto de fadas e uma paródia** desse conto sobre seu tema.
- Faça uma **entrevista** com quem tenha tido o coração transplantado ou aguarda o transplante. Mande-a por e-mail para a professora Dani
- Faça uma **carta** pedindo ao ministério da Saúde uma atenção maior com as doenças cardiovasculares e sua prevenção.
- Faça uma **fábula** que contenha seu tema.
- Observe o uso dos **adjetivos** em seu texto. Como eles são flexionados? Dê pelo menos 5 exemplos.
- Observe o uso dos **substantivos e dos artigos** em seu texto. Como eles são flexionados? Dê pelo menos 5 exemplos de cada classe gramatical.
- Observe a ortografia das palavras e seu texto. Há palavras terminadas com o **sufixo** –ês, esa? Explique o uso desse sufixo.
- Retire do texto cinco **advérbios** e classifique-os.
- Observe no texto o uso de **locuções verbais**, adverbiais, adjetivas. Explique o que é cada uma das locuções e dê 3 exemplos de cada uma.
- Observe o uso dos **pronomes** nos textos. Retire dele cinco exemplos de cada um dos tipos de pronomes existentes (pronomes pessoais do caso reto, do caso oblíquo átono e tônico, pronomes possessivos, pronomes interrogativos, pronomes demonstrativos, pronomes indefinidos).

- Observe a palavra “**a**”. Ela pode ser pronome, artigo ou preposição. Retire do texto frases em que o “**a**” tenha cada uma dessas funções citadas acima.
- Diferencie **frase, oração e período**. Retire do texto um exemplo de cada um.
- Observe o uso das **conjunções** no texto. Retire do texto algumas conjunções e explique seu sentido.
- Observe o uso das **preposições** no texto. Retire do texto algumas preposições e explique seu uso e seu sentido.
- Observe o uso das palavras “**mais, más e mas**”. Explique a diferença de sentido de cada uma e dê um exemplo de cada uma retirado de frases do seu texto.
- Retire do seu texto dez frases e classifique-as sintaticamente, separando o **sujeito do predicado**.
- Observe a **concordância verbal e nominal** nas frases do texto. Retire cinco frases e explique o uso da concordância verbal e nominal nelas.
- Observe nos textos o uso das palavras “**meio, anexo, incluso, mesmo, próprio, só**”. Explique como deve ser feita a concordância dessas palavras.
- Caracterize os **tipos de sujeito**, retirando dez frases do seu texto para fazer esse exercício.
- Retire do **texto dez exemplos de verbos irregulares e dez exemplos de verbos regulares**.
- Observe o uso dos **verbos no texto**. Explique o emprego dos tempos do modo indicativo e do modo subjuntivo, retirando do texto exemplos de cada um dos modos.
- Observe as formas dos **verbos ser/estar no presente do subjuntivo**. Retire do texto exemplos desses verbos nessa forma.

#### INGLÊS

- Pesquise o que são e destaque em um texto do projeto os **possessive adjectives**.
- Faça o mesmo com os **pronomes demonstrativos em inglês**, explicando quais são eles e sua utilização nas formas de plural e singular?
- Pesquise sobre as **formas interrogativas do verbo to be** e como fazemos perguntas com esse verbo. Transcreva as perguntas pessoais da entrevista utilizando esse verbo.

#### HISTÓRIA

- Pesquise a história das doenças cardiovasculares e sua taxa de mortalidade
- Pesquise outras doenças com alta mortalidade ao longo da história e se haviam classes sociais que eram mais atingidas com essas doenças.

#### GEOGRAFIA/ MATEMÁTICA E ESPACIAL

- Segundo dados do Ministério da Saúde as doenças cardiovasculares matam 17 milhões de pessoas por ano no mundo. Só no Brasil, são 300mil mortes. Qual é a razão entre o número de brasileiros mortos e o total de pessoas que morrem de doenças cardiovasculares no mundo?
- Dados indicam quatro fatores de risco para doenças cardiovasculares: estresse (25,60%), Hipertensão arterial (21,10%), seguido dos antecedentes familiares de doenças crônicas (18,90%) e obesidade (14,40%). Sabendo que para essa pesquisa foram entrevistadas 1500 pessoas, determine a quantidade de pessoas que apresentam outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Faça o tratamento dessas informações.
- Nossas emoções, seja ela qual for, vai sempre trazer uma mudança em nosso comportamento e vai alterar a função cardíaca, sendo que esta alteração pode ser desencadeada por raiva, ansiedade, medo, alegria, satisfação, etc., fazendo com que nosso organismo prepare-se para relaxar, defender, lutar ou fugir,

modificando nosso ritmo cardíaco. Assim, utilizando figuras geométricas, construa um coração em pedaços (um tangran de coração).

- Elaborar os gráficos e tabelas da pesquisa de campo.
- Elaborar um coração com sucata que explique seu funcionamento para as outras crianças.

#### **INTELIGÊNCIA CORPORAL**

- Criar um teatro sobre como prevenir as doenças cardiovasculares – apresentar no Sarau, Domingo da Vida e fora da escola.

#### **INTER E INTRAPESSOAL**

- Fazer árvore genealógica e destacar pessoas em nossa família que têm doenças cardiovasculares. Dentro disso pesquisar as doenças cardiovasculares causadas por hereditariedade.
- Pesquise por que as emoções são tradicionalmente associadas ao coração
- Promover o "Dia do Coração" que mobilize as famílias e a comunidade, realizando exames por meio de parcerias com outras instituições, com intuito de prevenir doenças cardiovasculares.
- Conhecer lugares relacionados a doenças cardiovasculares (Famerp)

#### **NATURALISTA/ CIÊNCIAS**

- Pesquisar o funcionamento do coração, sua importância para o corpo (fisiologia), sua anatomia.
- Ajudar a escola na prevenção das doenças cardiovasculares observando, analisando e transformando o cardápio da escola, se for necessário.
- Ao término do projeto, elaborar um livro sobre prevenção e distribuir para os alunos, funcionários, professores, famílias etc .
- Pesquise sobre os corações bioartificiais

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ALUNO(A)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TUTOR

# ANEXO E

Diário Oficial Cidade de São Paulo

# Diário Oficial

Cidade de São Paulo

Nº 109 - DOM de 12/06/14 - p.19

SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

PORTARIA Nº 986/2014–SMS.G

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei; Considerando que o Município de São Paulo regula a prescrição e dispensa de metilfenidato pela Portaria Nº 1.940/2007 – SMS.G e

Considerando a necessidade periódica de a administração rever seus documentos técnicos por meio das Áreas Técnicas pertinentes, no caso a Área Técnica de Assistência Farmacêutica e a Área Técnica de Saúde Mental;

**RESOLVE:**

Art. 1º Instituir o Protocolo de Uso de Metilfenidato conforme os anexos A e B desta Portaria, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Art. 2º Revoga-se a Portaria Nº 1.940/2007 – SMS.G.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigência na data de sua publicação.

**ANEXO:**

**PROTOCOLO DE USO DE METILFENIDATO**

**1. INTRODUÇÃO**

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um distúrbio comum no neurodesenvolvimento, com prevalência mundial estimada de 0,85% a 10% na infância e juventude, e de 0,5% a 4,4% na idade adulta. Esta ampla extensão é improvável que represente diferenças verdadeiras na prevalência estimada nas populações, e é explicada, em grande parte, por diferenças de métodos de avaliação. Isso está associado com uma grande variedade de deficiência de funções e desfechos negativos, que resultam em significativa carga financeira para as famílias e toda a sociedade.<sup>1</sup> Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição - Texto Revisto - DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision), o TDAH tem padrão de persistência de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com sintomas que se manifestam antes dos 7 anos (no DSM-5, de 2013, a idade considerada é antes dos 12 anos, mas não se adota neste documento) e que provocam dano ao desenvolvimento infantil e à função social, acadêmica ou de ocupação manifesto em pelo menos dois contextos diferentes, por exemplo, em casa, na escola ou em situações sociais.<sup>2</sup>

No entanto, muitos problemas escolares e alguns sintomas como desatenção e hiperatividade são tratados como TDAH. Deve-se considerar ainda que há controvérsias quanto ao diagnóstico e aos enfoques terapêuticos. O diagnóstico e tratamento desses casos exigem consideração de múltiplos fatores que podem levar crianças à manifestação de sintomas, tanto no processo de avaliação quanto nas estratégias de intervenção, que visam a integração dos aspectos sociais, escolares, emocionais e outros.

A prioridade do tratamento farmacológico leva frequentemente ao enfraquecimento das abordagens psicossociais necessárias tanto para o diagnóstico quanto a terapêutica.

O diagnóstico de TDAH, bem como o de dislexia e transtornos afins, têm sido considerados controversos por muitos estudiosos. Os problemas relacionados à escolaridade necessitam ser muito bem fundamentados, uma vez que podem estar associados ao tratamento psicotrópico com metilfenidato, que além de produzir vários efeitos adversos, causa também efeitos subjetivos de consequências difíceis de mensurar sobre a autoestima da criança, pois relaciona-se a ela a principal causa de seus problemas de aprendizado escolar.

Deve-se sempre lembrar que problemas escolares são encontrados em qualquer criança ansiosa com sua escolarização, em contextos familiares complexos sob o aspecto psicossocial ou simplesmente quando há falta de estímulos pedagógicos na escola, relação professor-aluno inadequada, problemas de relação com os colegas, etc. Assim, sob o aspecto clínico torna-se complexa a distinção de casos de TDAH de parte dos problemas de escolaridade decorrentes de modelos pedagógicos inadequados ao contexto social das crianças, de questões familiares cada vez mais complexas e do contexto sociocultural em que há competição, produção de estigmas e exclusão.

Conforme o DSM-IV-TR e o DSM-5, a etiologia específica do TDAH é desconhecida, não havendo avaliação diagnóstica

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Centro de Documentação  
[cld@saude.sp.gov.br](mailto:cld@saude.sp.gov.br)

única. O TDAH é duas a três vezes mais comum em meninos do que em meninas. Isso se atribui à heterogeneidade de critérios diagnósticos, aos diferentes métodos de amostra em coleta de dados e à escolha do informante<sup>2</sup>.

Em síntese, pode-se suspeitar que uma criança tenha TDAH, mas um diagnóstico que leve à decisão de prescrição farmacológica requer avaliação abrangente, realizada por equipe multiprofissional, considerando<sup>3</sup>:

- Espectro de sintomas de desatenção, impulsão e hiperatividade
- História do desenvolvimento
- Habilidades de aprendizado e cognitivas
- Saúde mental e física
- Meio social e familiar
- Contexto cultural

O diagnóstico está baseado em apreciação clínica e aplicação do DSM-IV-TR ou critérios da CID-10. Eles são preenchidos se os sintomas:

- Começaram antes dos 7 anos de idade;
- São excessivos para o grau de desenvolvimento da criança;
- Persistem por pelo menos seis meses;
- Manifestam-se em mais de um lugar, e são incapacitantes, e
- Não têm relação com outro distúrbio mental, tal como um distúrbio de ansiedade

Assim, o processo que conduz ao diagnóstico de TDAH não pode estar restrito ao cômputo de critérios do DSM-IV-TR, do DSM-5 e/ou da CID-10 que podem ter alguma utilidade para apontar a necessidade de se fazer avaliação abrangente acima referida e/ou no âmbito das pesquisas. Desse modo, o questionário denominado SNAP-IV4, construído a partir dos sintomas referidos no DSM-IV-TR, da Associação Americana de Psiquiatria, e traduzido para a língua portuguesa não deve ser utilizado como orientação diagnóstica, pois já recebeu críticas consistentes.<sup>5</sup>

O envolvimento dos pais e consulta com aqueles envolvidos no cuidado da criança, como professores, é indispensável para facultar enfoque consistente e permanente para o tratamento.

Se estratégias psicossociais falham, o tratamento farmacológico está indicado<sup>3</sup>.

Recomenda-se quanto à identificação e referência para os distintos cuidados no serviço de saúde e na escola<sup>6</sup>:

No cuidado primário

- Determinar a gravidade de sintomas e transtorno sugestivo de TDAH e como eles afetam crianças ou jovens e seus pais em diferentes situações e lugares.
- Quando o transtorno for de pelo menos gravidade moderada, e atribuível ao TDAH, e se ocorre em múltiplas situações e circunstâncias (por exemplo, repercussão adversa no desenvolvimento, na vida familiar, nas amizades e na educação), considerar espera vigilante por até 10 semanas.

Ademais,

- Acolher os pais e a criança e estabelecer um Projeto Terapêutico Singular; as intervenções devem ser compartilhadas entre família, criança e escola.
- Se os problemas estiverem associados a transtorno grave (correspondente a um diagnóstico de transtorno hiperativo com déficit que se apresente em múltiplas situações ou circunstâncias), o CAPS Infantil fará o gerenciamento do caso no território, compondo o cuidado integral com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e deverá ainda se responsabilizar pela prescrição do fármaco.

Na escola

A escola, ao identificar comportamentos que estejam prejudicando as relações sociais e o aprendizado, deve elaborar e adotar estratégias de intervenção no âmbito educacional com o propósito de ajudar criança com sintomas sugestivos de TDAH de modo a atenuá-los. Se necessário, fazer o encaminhamento da criança para os equipamentos da rede de saúde. Caso o paciente inicie um tratamento, cabe aos profissionais de saúde estabelecerem ações conjuntas com a escola.

## 2. INDICAÇÕES DE METILFENIDATO

O metilfenidato está selecionado para crianças e jovens (7 a 18 anos e 11 meses) com sintomas de hiperatividade e/ou déficit de atenção, diagnosticados como TDAH.

O tratamento farmacológico deve ser considerado somente depois de levantamento detalhado da história da criança ou jovem e avaliação por equipe multidisciplinar em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil ou serviços com vínculo com o SUS, combinado com intervenções terapêuticas de natureza psicossocial e de educação.

A decisão de prescrever metilfenidato deve depender da determinação da gravidade dos sintomas, de sua adequação à idade da criança e de outras possibilidades de trabalho psicoterapêutico e pediátrico (orientação familiar e de professores)<sup>2</sup>. Embora exista prova consistente de que fármacos estimulantes (incluindo metilfenidato) reduzam os sintomas de TDAH, melhorem a cognição e problemas de aprendizado e também o ajustamento social e da família, não há prova nítida de benefícios a longo prazo (além de três anos).<sup>3,7</sup>

## 3. DIRETRIZES DE PRESCRIÇÃO E DISPENSA DE METILFENIDATO

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
 Centro de Documentação  
[cid@saude.sp.gov.br](mailto:cid@saude.sp.gov.br)

#### A – Avaliação inicial

##### Critérios para o tratamento

? Crianças de 7 a 18 anos e 11 meses, residentes no município de São Paulo, com cadastro em Unidades de Saúde da SMS-SP ou instituições com vínculo com o SUS do município de São Paulo.

Ao prescrever metilfenidato para uma criança/adolescente com TDAH, o médico deve considerar<sup>8</sup>:

- 1) Dados de avaliação física, incluindo, como mínimo, frequência do pulso, pressão arterial, peso e altura; registrar mudanças de peso e altura por meio de curva de crescimento; se houver qualquer sintoma anormal, achados ou antecedentes em relação a afecções cardiovasculares, uma investigação adequada e referência devem ser providenciadas.
- 2) Problemas psicossociais associados ou subjacentes, problemas educacionais, perfil cognitivo e/ou afecções de comorbidade.
- 3) Benefícios, em potência, desse tratamento de curto prazo.
- 4) Possibilidade de adesão.
- 5) Danos em potência, alergias, eventos adversos e contraindicações, incluindo desvio do tratamento farmacológico para uso inadequado e abuso.
- 6) Duração do tratamento e sinais para interromper o tratamento.
- 7) Esquema para seguimento clínico e revisão.

Situações que excluem a prescrição de metilfenidato<sup>2</sup>:

- 1) Problema exclusivo de aprendizado (Deficiência de escolaridade decorrente de má adaptação escolar, projeto pedagógico sem singularidade, relação professor-aluno inadequada, propostas de reforço de atividades que expõem a criança/adolescente a conflito diante dos colegas, gerando discriminação e maus tratos entre pares).
- 2) Ansiedade (a existência de ansiedade é sugestiva de sobrecarga emocional que pode ser decorrência de conflitos intrapsíquicos, forte tensão na dinâmica familiar, entre outros).
- 3) Depressão e/ou antecedente familiar de depressão grave.
- 4) Hipertensão arterial sistêmica.
- 5) Doença cardiovascular.
- 6) Transtorno afetivo bipolar ou outros transtornos psiquiátricos primários.
- 7) Transtorno mental orgânico.
- 8) Psicose e/ou antecedente familiar de psicose.
- 9) Alterações da tireóide.
- 10) Glaucoma e/ou antecedente familiar de glaucoma.
- 11) Dependência de álcool e substâncias psicoativas, ou sintomas secundários a fatores ambientais.
- 12) Crianças e adolescentes em uso de fármacos que interagem com metilfenidato.
- 13) Ausência de benefício depois de três meses de tratamento.

#### B - Acompanhamento

A equipe multiprofissional deve preencher comunicados regulares, a cada seis meses, por meio de formulários padrão sobre a farmacoterapia, avaliação física, psicossocial e educacional (Anexos A e B).

#### C – Dose e duração do tratamento

A apresentação disponível de metilfenidato na SMS-SP é a de metilfenidato 10 mg comprimido (sulcado), de liberação rápida.

Deve ser prescrito nas seguintes posologias<sup>9</sup>:

Crianças de 7-18 anos e 11 meses: 0,3 mg/kg/dose ou 2,5 a 5 mg/dose via oral por uma ou duas vezes ao dia, aumentando em incrementos de 0,1 mg/kg/dose ou 5-10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2 mg/kg/dia ou 60 mg/dia.

Durante o tratamento observar as seguintes recomendações<sup>10</sup>:

- Avaliação de comorbidades e quadros clínicos: a coleta detalhada da história e o exame do estado mental podem ajudar a identificar transtornos comórbidos, inclusive o abuso de substâncias.
- Avaliação periódica para determinar se é indicada redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o paciente se mantenha sem sintomas durante pelo menos 1 ano. As tentativas devem ocorrer em período de férias para evitar complicações nas atividades escolares.

Quanto ao uso de metilfenidato observar<sup>11</sup>:

##### Precauções

Acompanhar distúrbios psiquiátricos e registrar o crescimento a cada seis meses; medir a pressão arterial e a frequência do pulso no início do tratamento e a cada seis meses; ansiedade ou agitação; tiques ou uma história familiar de síndrome de Tourette; epilepsia (suspender o tratamento em caso de aumento de frequência de convulsões); evitar interrupção brusca do tratamento.

##### Contraindicações

Depressão grave, ideação suicida; anorexia nervosa; dependência por álcool ou drogas; psicose, transtorno bipolar sem controle; hipertireoidismo; doença cardiovascular (incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, hipertensão grave e arritmias), anormalidades cardíacas de estrutura; feocromocitoma.

#### Gravidez e lactação

A informação disponível é limitada; o tratamento na gravidez deve ser evitado a menos que os benefícios em potência ultrapassem os riscos.

#### Reações adversas

Dor abdominal, náusea, vômito, diarreia, dispepsia, boca seca, anorexia, redução do ganho de peso; taquicardia, palpitação, arritmias, alterações na pressão sanguínea; tiques (muito raramente síndrome de Tourette), insônia, nervosismo, astenia, depressão, irritabilidade, agressão, cefaleia, sonolência, tontura, distúrbio do movimento; febre, artralgia; exantema, prurido, alopecia; restrição do crescimento; menos comumente obstipação, sonhos anormais, confusão mental, ideação suicida, polaciúria, hematúria, câibras; epistaxe; raramente sudorese e distúrbios visuais; muito raramente disfunção hepática, arterite cerebral, psicose, convulsões, síndrome neuroléptica maligna, tolerância e dependência, distúrbios sanguíneos incluindo leucopenia e trombocitopenia, dermatite esfoliativa e eritema multiforme.

#### Interações farmacológicas

As principais são:

Álcool – efeitos de metilfenidato possivelmente são reforçados pelo álcool.

Anestésicos gerais – risco aumentado de hipertensão quando metilfenidato é dado com anestésicos gerais líquidos voláteis.

Antidepressivos - metilfenidato possivelmente inibe o metabolismo de inibidores seletivos de recaptção de serotonina e de tricíclicos; risco de crise hipertensiva quando metilfenidato é empregado junto de inibidores da monoaminoxidase (MAO).

Anticoagulantes – metilfenidato possivelmente reforça o efeito anticoagulante de cumarínicos.

Antiepilépticos – metilfenidato aumenta a concentração plasmática de fenitoína; metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de primidona.

Antipsicóticos – metilfenidato possivelmente aumenta os eventos adversos da risperidona.

Barbitúricos – metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de fenobarbital.

Clonidina – sérios eventos adversos foram notificados com o uso concomitante de metilfenidato e clonidina (causalidade não estabelecida).

#### 4. FLUXO DE DISPENSA

A dispensa do medicamento está condicionada ao preenchimento de formulário de acompanhamento do caso clínico. Para os pacientes acompanhados nos serviços próprios da SMS, CAPS Infantil, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ficar arquivado em prontuário e, após a prescrição, o usuário deve se dirigir às farmácias de referência para dispensação de metilfenidato de sua região.

Para os pacientes acompanhados pelas instituições com vínculo com o SUS no município de São Paulo, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ser encaminhado para o profissional responsável pela avaliação dos documentos, definido por cada Coordenadoria Regional de Saúde. A dispensa do medicamento, pelas farmácias de referência para dispensação de metilfenidato da região, está vinculada à autorização recebida do profissional responsável pela avaliação. A autorização será concedida por um período máximo de 6 meses. Após este período, há necessidade de nova autorização.

Observação: O metilfenidato está incluído na Portaria 344/98 e RDC nº 22 de 15/02/2001- Lista A3 (substâncias psicotrópicas), sendo prescrito em receituário especial (talonário do tipo A, amarelo). A quantidade prescrita deve ser para 30 dias.

#### Referências

1. Seixas M, Weiss M, Müller U. Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol*. 2012;26(6):753-765.
2. Secretaria Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Departamento de Saúde. Protocolo de uso metilfenidato. Revisão 28/06/2013.
3. Tonge B. Principles for managing attention deficit hyperactivity disorder. *Australian Prescriber*. 2013. October; 36(5):162-165 Disponível em: <http://www.australianprescriber.com/magazine/36/5/article/1453.pdf>
4. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Sobre TDAH – Diagnóstico em crianças. SNAP-IV. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/snap-iv.pdf>
5. Moysés MAA, Collares CAL. Medicalização: o obscurantismo reinventado. In Collares CAL, Moysés MAA, Ribeiro MCF (orgs.). Campinas, SP: Mercado de Letras; 2013 p.41-64.
6. Atkinson M, Hollis C. NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010;95:24-27. Disponível em: [http://www.iss.it/binary/adhd/cont/NICE\\_guideline\\_ADHD\\_2010.pdf](http://www.iss.it/binary/adhd/cont/NICE_guideline_ADHD_2010.pdf)

7. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al; MTA Cooperative Group. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:484-500. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063150/pdf/nihms-271449.pdf>
8. National Health and Medical Research Council. Clinical practice points on the diagnosis, assessment and management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Commonwealth of Australia; 2012. Disponível em: [www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/mh26](http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/mh26)
9. BMJ Best Practice (acessado em 17/02/2014). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças. Opções de tratamento. Última atualização: Abr 19, 2013. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/142/treatment.html>
10. BMJ Best Practice (acessado em 17/02/2014). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças. Monitoramento. Última atualização: Abr 19, 2013. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/142/follow-up.html>
11. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Royal College of Paediatrics and Child Health, Neonatal and Paediatric Pharmacists Group. BNF for children. 2010-2011. London: Pharmaceutical Press. p.242,885.

# Anexo F

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

### Parecer do Projeto nº. 0912/2014

1. Título do Projeto: (RE) PENSANDO A MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR NUMA SOCIEDADE HIPERATIVA: PRÁTICAS E RECURSOS PSICOPEDAGÓGICOS
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Autor(a): Raul Martins
Autor(a): Fabiola Colombani
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília
4. Apresentação ao CEP: 03/02/2014
5. Apresentar relatório em: Semestralmente durante a realização da pesquisa.

Objetivo geral: Analisar criticamente o processo de patologização e medicalização da infância e suas conseqüências, considerando o argumento de alguns profissionais e pesquisadores de que distúrbios como o TDAH e a Dislexia surgem apenas por questões biológicas e hereditárias. Objetivos específicos: • Investigar a opinião dos professores sobre os distúrbios de aprendizagem (TDAH e Dislexia) e suas incidências; • Investigar sobre o caráter hereditário do TDAH e da Dislexia, questionando tal posicionamento com base nas realidades escolares; • Conhecer, analisar e comparar três diferentes instituições escolares com o intuito de verificar como se dá o plano político-pedagógico de cada um desses lugares e como concebem a infância nas mais diferentes realidades; • Refletir sobre as implicações da medicalização e da coação adulta no desenvolvimento moral da criança.

A presente pesquisa tem por objetivo analisar criticamente o processo de patologização e medicalização da infância levando em consideração o argumento de que distúrbios como o TDAH e a Dislexia surgem apenas por questões biológicas e hereditárias. Pretende-se assim, investigar a opinião dos professores em relação a tais distúrbios, como também, criar uma triangulação comparativa entre três escolas: indígena, democrática e um centro que atende crianças encaminhadas pela rede municipal. Há a hipótese de que ambientes solicitadores e escolas que não seguem o padrão tradicional reconhecem que tais distúrbios em sua maioria não são hereditários e emergem do contexto escolar. Esta pesquisa caracterizada como qualitativa, terá os seguintes procedimentos metodológicos: observação participante, entrevistas semi-estruturadas e diário de campo e será analisada principalmente à luz das teorias de Foucault e Piaget.

O projeto está de acordo com as exigências éticas e científicas fundamentais resguardadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo aos itens referentes às implicações da ética em pesquisas que envolvem seres humanos, recomendo a aprovação do mesmo pelo CEP.

O CEP da FFC da UNESP após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 466/2012 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa resolve aprovar o projeto de pesquisa supracitado.

Homologado na reunião do CEP da FFC da Unesp em 21/03/2014.

Simone Aparecida Capellini  
*Presidente do CEP*

José Carlos Miguel  
*Diretor da FFC*