

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA POLÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso da Licenciatura

**Infância e Medicalização: explorando a legislação sobre
diagnóstico de transtornos psico-comportamentais.**

Aluno Guilherme Chiappa

Professora orientadora Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

Guilherme Chiappa

**INFÂNCIA E MEDICALIZAÇÃO: explorando a legislação sobre
diagnósticos de
transtornos psico-comportamentais**

Trabalho de conclusão de licenciatura apresentada ao Programa de Graduação em Ciências Sociais do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Licenciado em Ciências Sociais, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Noemi Cucurullo de Caponi.

Florianópolis
2015

Guilherme Chiappa

**INFÂNCIA E MEDICALIZAÇÃO: explorando a legislação sobre
diagnósticos de
transtornos psico-comportamentais**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de
“licenciado” e aprovada em sua forma final pelo Programa de
Graduação de Ciências Sociais.

Florianópolis, 3 de julho de 2015.

Prof., Dr. Jeremy Paul Jean Loup Deturche

Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Sandra Noemi Cucurullo de Caponi,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Marcia da Silva Mazon,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Antônio Alberto Brunetta
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr. João Matheus Acosta Dallmann
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo analisar a medicalização de comportamentos indesejáveis na infância não apenas de uma perspectiva médica, mas também educacional quando ocorre na escola, e jurídica quando essas práticas resultam em leis ou projetos de leis que visam intensificar e promover esse tipo de diagnóstico. Os sinais desses comportamentos indesejados normalmente estão relacionados à dificuldades físicas e intelectuais na adaptação e aceitação do ambiente escolar por parte dos alunos, que geralmente são classificados como desatentos e inquietos. O principal diagnóstico a ser analisado nesse trabalho é o de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. As teses de Michel Foucault sobre o surgimento da medicina social enquanto um processo de disseminação e estruturação da medicina enquanto um saber científico (2012), e os dispositivos disciplinares e de segurança que atuam como mecanismos que produzem resultados práticos na sociedade (2008), ajudam a entender o processo de colonização da vida pelo campo da medicina de forma a produzir saberes que implicam no exercício do poder. Esse poder se estende a vários setores da sociedade, mas tem grande expressão tanto na escola como no poder legislativo. Foi realizada análise documental e entrevistas pré-estruturadas onde o campo foi o Colégio de Aplicação, uma instituição de ensino básico, médio e superior localizada dentro do campus Trindade da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Em relação à legislação, foi realizada uma análise do processo de aprovação do Projeto de Lei nº 13.725 de 2009, que resultou na Lei nº 9.018 de 2012, que institui a política municipal de prevenção e diagnóstico de distúrbios psico-mentais destinada aos escolares, na rede municipal de educação.

Palavras-chave: TDAH; diagnóstico; escola; legislação.

ABSTRACT

This work aims at analyzing the medicalization of undesirable behaviors in childhood, not only in a medical perspective, but also in an educational one, when it occurs in school, and legal, when these practices result in laws or bills aimed at intensifying and promoting this kind of diagnostic. The signs of these undesirable behaviors are normally related to physical and intellectual difficulties in adaptation and acceptance of the students into the school environment, who are generally classified as inattentive and restless. The main diagnostic to be analyzed in this work is the Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The theories by Michel Foucault about the origin of Social Medicine as a disseminating and structuring process of Medicine as a scientific knowledge (2012), and the disciplinary and safety devices that perform as mechanisms producing practical results in society (2008), help to better understand the life colonization process through the Medicine field, in order to create knowledges that imply in the wielding of power. This power extends across several sectors of society, but it has great expression both in school and in Legislative Power. A documentary analysis and structure interviews were carried out, which field was the “Colégio de Aplicação”, an elementary, secondary and higher education institution, located on the Trindade da Universidade Federal de Santa Catarina campus, in Florianópolis. Regarding legislation, an analysis about the process of the approval of the Project of Law nº 13.725, of 2009, was carried out, which resulted in the Law nº 9.018, of 2012, setting municipal politics for preventing the diagnostic of psycho-mental disorders to students, in the municipal education.

Key-words: ADHD; diagnostic; school; legislation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
APRESENTAÇÃO DO TEMA	14
O CONTEXTO DE APARIÇÃO DO PROBLEMA	17
SOBRE O SURGIMENTO DA MEDICINA SOCIAL SEGUNDO MICHEL FOUCAULT	25
DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA E NORMALIZAÇÃO	33
MÉTODO	46
SOBRE A CONCEPÇÃO DE INFÂNCIA.....	56
A PROBLEMÁTICA SOBRE O DIAGNÓSTICO	71
SOBRE EDUCAÇÃO INCLUSIVA	80
DA HISTÓRIA “OFICIAL” A UMA ABORDAGEM CRITICA DO TDAH.....	87
OS ASPECTOS JURÍDICOS DA MEDICALIZAÇÃO	99
ANÁLISE DO CAMPO.....	116
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	123

A MODO DE CONCLUSÃO	132
REFERÊNCIA.....	135

Introdução

Iniciarei minha exposição identificando quais foram as causas que me levaram a me interessar pelas histórias das ciências da saúde. Apesar de cursar originalmente a graduação de Ciências Sociais, sempre tive maior interesse e desenvoltura em tarefas onde o caráter histórico era mais forte. Por sorte descobri ao longo de meu percurso que esses recursos históricos não só seriam extremamente úteis para minha formação como um cientista social, mas também proporcionariam uma espécie de prazer e proximidade com relação ao método de pesquisa. Esse interesse pela história das coisas e das pessoas me levou a estar atento ao que acredito ser aquilo que mais pode nos aproximar de uma “verdade” sobre a realidade; é essa a “construção histórica” da realidade, ou seja, o processo de formação ao longo do tempo das coisas como as conhecemos no presente momento em que nos interessamos por elas. Dessa forma declaro como sendo três os motivos que me levaram a realizar o presente trabalho; o primeiro deles é o método de pesquisa a ser utilizado, no caso a pesquisa histórica. Em segundo lugar o que, até certo ponto é em decorrência do primeiro, foi o contato que eu tive com os trabalhos de Michel Foucault em minha formação acadêmica, com destaque para a sua arqueologia do saber e para o impacto que seus trabalhos

tiveram sobre mim. Por último vem o desespero, desespero por ter que escolher um tema de pesquisa definitivo mesmo quando não me senti preparado, como muitos outros na mesma situação. Também pelo desespero que senti quando, aos 21 anos de idade, me encontrei perdido em um processo de medicalização da minha própria vida, sem saber de onde veio e para onde eu iria. Com isso busco uma justificativa que visibilize minhas intenções, já que a importância e a urgência desse assunto é palpável e real.

Apresentação do tema

O tema que escolhi para nortear essa minha pesquisa é o da medicalização da vida em diversos aspectos, inicialmente sem dar maior ênfase a um ou outro caso específico, mas sim no processo de colonização do social pela ciência médica como um fluxo ideológico presente no processo de naturalização de certos fatos sociais, que acredito que de fato exista. A medicalização da vida pode ser explicada como um processo histórico e gradual pelo qual o conhecimento científico médico age em consonância com forças sociais e políticas estabelecidas que são subordinadas a interesses que, muitas vezes, agem através de lógicas ocultas travestidas em formas que sejam aceitáveis, ou no mínimo justificáveis dentro de um

certo contexto.

O conceito de medicalização pode ser entendido então segundo a concepção de Peter Conrad; médico e sociólogo americano contemporâneo que trabalha com temas relacionados ao processo de colonização da vida pelos saberes médicos. Segundo essa concepção a medicalização da vida se baseia no processo pelo qual problemas não médicos são vistos como problemas médicos, nesse sentido esses acontecimentos ganham uma nova significação e são enquadrados como doenças ou transtornos, e são tratados como tal. Conrad pode ser visto, hoje em dia, como um dos pensadores sobre o assunto durante o século XX; assim como Foucault, Illich e Zola. Contudo, a perspectiva do autor difere, principalmente estudos de Foucault, que referem-se a um processo analisado que ocorreu no fim do século XVII e início do século XIX, pelo fato de que

centram seus debates no correr do século XX, pós-Segunda Guerra, e essa é uma diferenciação importante a ser considerada, quando se trata dos sentidos para o termo medicalização – o contexto no qual ela está sendo pensada (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2014, p. 1861).

Com isso Conrad faz referência ao caráter político da medicina enquanto uma fonte de saber científico-técnico amplamente difundido e aceito. O saber médico pode reduzir os indivíduos sociais e políticos a corpos isolados pelo processo de biologização da vida, onde questões de cunho social e político são encaradas como enfermidades biológicas do corpo ou da mente, a serem tratadas e curadas. Desse modo, foi desenvolvido esse caminho que leva o indivíduo socialmente inquieto e/ou deslocado para o consultório médico. Não há a intenção de afirmar que não existem distúrbios comportamentais ou transtornos da mente; na verdade eles existem e coube também a medicina estudá-los e ajudar a sociedade a lidar com tais situações. O problema que se quer explicar aqui é a forma generalizante com que o discurso reducionista médico, exposto principalmente através do diagnóstico, vem sendo usado cada vez em maior escala em casos onde mais que uma intenção de curar uma doença, tenta-se normatizar um padrão comportamental que é socialmente visto como anormal, independentemente dos fundamentos biológicos ou químicos que servem de justificativa.

O contexto de aparição do problema

O momento em que escolhi o tema de minha pesquisa era de turbulência pessoal; pouco tempo antes eu havia tido contato direto com a patologização do sofrimento e fui um agente ativo no desenrolar do tratamento como consumidor final do remédio. Essa experiência me propiciou a oportunidade de analisar de forma crítica cada etapa pela qual eu passei, desde o surgimento dos sinais, até a consulta médica e o consumo de certas substâncias. Mesmo antes disso eu já tinha um certo conhecimento sobre o assunto, mas extremamente superficial, como qualquer outra pessoa que sabe sobre um problema mas não empenhou esforços para desvelar e analisar criticamente essa questão.

Agora, enxergo de outra forma, vejo isso como uma construção histórica impositiva, onde um número imenso de agentes interagem individual e coletivamente, dentro de uma mesma lógica mercadológica e científica que ocupa o espaço tanto da “solução” como o da “criação da necessidade”. Um cenário que vai assumindo a forma de um objeto de pesquisa analítica sociológica, política e histórica. O que se segue é meu relato pessoal, que por mais que me cause certo desconforto em expô-lo dessa forma, sinto uma necessidade urgente de inseri-lo nesta pesquisa.

No mês de junho de 2013, em um domingo, um amigo e eu saímos para almoçar juntos em um restaurante na Lagoa da Conceição, em Florianópolis. Durante a refeição subitamente comecei a ter sensações que nunca havia sentido antes; sentia minhas mãos e pés suando frio, estava totalmente desorientado como se minha cabeça fosse um balão preso apenas por um barbante que balança sem controle ao gosto do vento e que se partiria a qualquer momento. Minha visão ia escurecendo e eu já não conseguia de forma alguma fixar meus olhos em nada por muito tempo sem que corresse o risco, que parecia real, de desmaiar. Simultaneamente, veio a náusea, que me impedia de olhar para o prato ainda cheio de comida, e a incapacidade de engolir qualquer coisa, até mesmo líquidos. Minha pressão estava na casa dos 17 e simplesmente não havia nenhum motivo aparente para isso estar acontecendo, absolutamente nenhum.

Minha primeira reação foi procurar ajuda profissional imediata no Hospital Universitário, acabei indo embora antes de ser atendido, pois o cansaço que aquela situação provocou me esgotou a tal ponto que aqueles sinais sumiram antes de eu ser atendido, me pareceu uma boa opção ir embora descansar. Com o passar do tempo ficou claro que desde aquele dia os sintomas apareceriam cada vez com maior frequência. Além disso, os sintomas se intensificavam e criavam uma espécie de

pânico incontrolável devido ao medo do que poderia acontecer já que eu não sabia do que se tratava nem o que deveria fazer. Essa rotina me levou a buscar novamente ajuda médica; primeiro um médico com quem me consultava com certa frequência por um longo tempo, depois um neurologista indicado por um parente.

Desde o início me recusei a ir a um psiquiatra, pela minha experiência de vida [principalmente como aluno de ciências sociais] sentia extremo desconforto com a ideia de ir a um consultório psiquiátrico e tomar remédios para aliviar meu sofrimento. Mesmo assim o resultado não foi tão diferente, saí das consultas com três receitas para dois compostos diferentes, duas de clonazepan (Rivotril), diferenciados pelos níveis de concentração, e uma de lamotrigina (Lamictal). Segundo os médicos meu problema era que eu sofria de crises de ansiedade e o tratamento farmacológico associado ao psicológico resolveriam meu problema a longo prazo.

Mesmo contrariando todos as minhas concepções pessoais sobre a questão que se apresentava para mim como “medicar o sofrimento” comprei os compostos que me foram receitados e experimentei todos, na sequência em que foram indicados. Por prudência resolvi que escolheria um deles, pois todos haviam sido receitados para serem consumidos a longo prazo, ou seja, eu deveria tomá-los por cerca de três meses.

Escolhi o único que não tinha a tarja preta, tinha uma tarja vermelha. Durante três meses tomei as doses recomendadas uma vez ao dia, sempre atento por um lado ao resultado real do remédio sobre os sinais que vinham me incomodando e se intensificando, e de outro aos resultados da droga como um composto novo e consumido em doses diárias. Digo os efeitos psicológicos e físicos que o tratamento vinha mostrando, no sentido de que havia uma concepção prévia minha de que os malefícios poderiam ser maiores do que os benefícios. Minha maior preocupação era em relação a uma possível dependência química que pudesse se desenvolver a partir do uso contínuo do remédio, sem a certeza de que o médico pudesse ter realmente se preocupado com isso quando me consultei. Na verdade esse se tornou outro paradoxo novo em minha vida, além do rótulo de ansioso que eu havia recebido e com o qual eu mesmo interagia, passei também todo esse tempo maquinando sobre o assunto de um possível risco de vir a sofrer dependência dos fármacos.

Mas por que o TDAH? Ao mesmo tempo que essas coisas foram acontecendo eu estava cumprindo meu estágio docência obrigatório para os alunos de licenciatura, no Colégio de Aplicação, localizado no campus Trindade da UFSC. Tive contato semanal assíduo com aquele ambiente durante um ano letivo, mais especificamente com uma turma de 9º ano, em que

uma colega e eu dividíamos.

Em nossa sala o número de alunos portadores de necessidades especiais eram três; um deles teve diagnóstico de Dislexia, outro era diagnosticado com TDAH, e um terceiro caso, mais grave, teve Paralisia Cerebral; seus movimentos eram limitados e ele ficava em uma cadeira de rodas e não falava, apenas se comunicava por meio de códigos simples de sim e não quando queria [mostrava disposição para tal]. Nessa mesma sala ainda haviam dois acompanhantes desses alunos, também estagiários. Essas pessoas são em geral alunos de diferentes cursos de graduação da UFSC que trabalham como estagiários remunerados, acompanhando alunos que são incluídos no ambiente escolar pelas políticas de inclusão de alunos especiais.

Em nossa sala dois dos três alunos diagnosticados tinha cada um, um acompanhante. Apenas o aluno com TDAH não tinha acompanhante, eu não sabia o motivo [não que a presença dos estagiários tivesse um papel fundamental no desempenho desses alunos], mas a falta de um acompanhante era substituída pela atenção especial que a professora titular dava a ele de forma clara, pelo menos para nós, como observadores daquele ambiente.

Essa era uma sala de aula comum composta por 25 adolescentes que, fora o caso do aluno com paralisia,

aparentemente não se distinguia da minha sala de aula aos 15 anos. Com o decorrer do estágio desenvolvemos laços e fomos conhecendo a turma melhor, assim como a professora titular com que desenvolvemos certa intimidade. O ponto que quero levantar é o seguinte: naquela sala de aula havia três alunos diagnosticados e classificados como “deficientes”, fora esses três, posso contar no mínimo mais quatro ou cinco casos que fugiam a um padrão que eu, mesmo como estudante de sociologia, esperava de pessoas naquela idade. A primeira vista eles apresentavam um padrão comportamental que se mostravam diferente, ou seja fugiam ao dos demais, que ainda não sendo uniforme em sua totalidade, apresentava certa homogeneidade que talvez não consiga descrever de forma tão clara como a que sentia. No que tange aos hábitos que chamavam minha atenção lembro-me de alunos com mudanças repentinas de humor, que contavam inverdades excessivamente e que insistiam nas mesmas, alunos em total silêncio e alunos extremamente carentes, que queriam chamar a atenção a todo custo.

Outros tinham sérios problemas familiares e frequentemente surgiam histórias sobre consumo de álcool e de drogas ilícitas envolvendo esses alunos. Penso eu, assim como de fato afirmava a professora que nos acompanhava, que nesses outros casos que acabo de relatar, era apenas uma questão de

tempo e de acesso aos meios necessários para que daí surgissem mais diagnósticos dos mais variados transtornos e síndromes, hoje em dia visto como comuns nessa fase da vida. A verdade é que alguns dentre eles podiam ser encarados como potencialmente “doentes” dentro dos parâmetros médicos e, se de fato o diagnóstico viesse a se concretizar e o tratamento fosse levado a cabo, eles estariam exatamente na mesma posição de sofrimento em que eu me encontrava e que talvez os alunos com diagnósticos consolidados já conhecessem. A maior diferença entre nós, também a mais significativa, era a diferença de idade, não tanto pelo número de anos mas sim pelas experiências que cada singularidade proporcionou a cada um de nós. Talvez os pais deles não fossem tão compreensivos como os meus, talvez eles não tivessem condições de discernimento entre o tratamento “menos pior”, como eu acredito ter tido, talvez isso seja uma barreira para o resto da vida deles, talvez não aconteça nada.

Assim identifico os dois fatores que, com certeza, me levaram a escolher o tema da medicalização da infância e da adolescência como fonte de estudo para meu trabalho de conclusão, minha experiência com meu diagnóstico, e o contato que tive com esses jovens que talvez estejam tão próximos dessa realidade infeliz que é tão fácil de se concretizar.

Escolhi especificamente o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade porque; 1) é atualmente um dos diagnósticos mais comuns em jovens e adolescentes (MACHADO et al., 2014, p. 56)¹; 2) o consumo das substâncias aprovadas por entidades médico-científicas para o tratamento do TDAH, vem sendo disseminada e cada vez mais aceita como a “solução” pela suposta eficiência imediata que oferece [as substâncias mais usadas para esse tratamento são estimulantes, entre eles os mais usados são o Metilfenidato, com nomes comerciais como Ritalina e Concerta, e a Lisdexanfetamina, vendida sob o nome Venvanse], essas informações podem ser encontradas na página online da ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção; 3) atualmente no Brasil e em Florianópolis existem forças políticas articuladas no intuito de disseminar essa ideologia medicamentosa através de projetos e leis para antecipar cada vez mais esses possíveis diagnósticos, sem um maior aprofundamento na discussão sobre a realidade dessas situações.

Como era de se esperar de um aluno da graduação prestes a se formar, eu já conhecia Michel Foucault, mas nunca

¹ Essa informação foi retirada do trabalho intitulado “Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes”, resultado de um trabalho conjunto entre pesquisadores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e do Hospital de Base de São José do Rio Preto, publicada em 2014. Encontramos os números propriamente ditos na Tabela 1, da página 56.

havia dado a devida atenção que os professores da graduação esperam quando entregam os planos das disciplinas aos alunos. A questão é que eu pouco sabia sobre as relações entre poder e saber que Foucault havia explorado e que me causaram tanto interesse. Dentre todas as vertentes e formas de pensar que interpretei a partir das leituras e reflexões sobre as obra do autor, me chamou muito a atenção a forma com que ele nos mostra como uma “verdade” pode ser criada através de redes de poder presentes em determinado momento histórico e com finalidades muitas vezes específicas. A forma como Foucault tratou as questões referidas a história e a construção social da loucura serviram de inspiração para esse trabalho.

Sobre o surgimento da medicina social segundo Michel Foucault

Para continuarmos a discussão acerca do problema desse texto, parece importante levantar o ponto que diz respeito às considerações de Michel Foucault sobre o surgimento e a potencialização histórica da medicina social na Europa do século XVIII, através de análises reflexivas sobre “Microfísica do Poder”. Em sua obra, o autor remete o surgimento da medicina ocidental moderna a fins do século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica. Ele refuta a ideia de que

por ter sido absorvida pelo sistema pré-capitalista, que ainda dinamizava com o sistema mercantilista em decadência, em uma visão mais ampla a medicina tenha se tornado individualista. O capitalismo teria socializado o “corpo” enquanto força de produção, porém foi apenas na segunda metade do século XIX que isso teria acontecido. De forma simplificada pode-se afirmar que a medicina social passou por três modelos básicos para alcançar o patamar de complexidade e difusão que pode ser encontrado na sociedade hoje. Essas “etapas” diferenciam entre si pelo objetivo inicial que está em questão de cada uma dos três movimentos; são elas a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho e da pobreza. Seriam essas três etapas representadas respectivamente pelo modelo alemão, o modelo francês e por último, pelo modelo inglês de organização e implementação de políticas de saúde coletivas no decorrer desses séculos no mundo europeu/ocidental.

A primeira delas, a medicina de Estado, refere-se ao modelo alemão. Sua origem estaria na predominância da cultura intelectual do *Staatswissenschaft* (Ciência do Estado) no território administrativo do Estado alemão recentemente e tardiamente unificado. Esse modelo de ciência era formado principalmente por um conhecimento elaborado pela busca de saberes técnicos que tinham por objetivo o Estado, associado

ao conjunto dos procedimentos pelos quais sua máquina administrativa extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento. Esse modelo teria surgido na Alemanha devido a uma série de especificidades históricas, como por exemplo a tardia unificação nacional do Estado alemão, relações diplomáticas com seus vizinhos, principalmente potências como a França e a Dinamarca. Não podemos afirmar, contudo, que foi na Alemanha que surgiram os primeiros passos de uma medicina social, na verdade, tanto na França como na Inglaterra já haviam surgido táticas de mapeamento dos quadros de saúde das populações, porém esses eram muito rasos, ou seja, não receberam tanta atenção nem foram tão incisivos como no modelo alemão. Tratava-se basicamente de índices de mortalidade, natalidade e senso populacional, que buscavam um número aproximado que pudesse representar a demográfica, havia interesse político na saúde da população do velho mundo europeu devido ao sistema mercantilista de produção e distribuição de bens.

Na Alemanha contudo, encontra-se uma movimentação política por intervenções efetivas na saúde da população de forma geral, aqui pode-se analisar um conceito interessante que já era perceptível nas feições políticas do período pré-unificado, principalmente com Bismarck. Havia a necessidade eminente de criar um espírito coletivo unificador dos povos alemães

dispersos na região central da Europa; as políticas de saúde públicas tendo como objeto o Estado são puro reflexo disso. O Estado deveria ter sua imagem apreendida como uma unidade, pela sua população que o formava, em todos os seus sentidos. Inclusive através da personificação da organização política como um único corpo no sentido literal, ou seja, o Estado como um corpo humano, biológico no sentido orgânico. Esse corpo institucional estaria suscetível a males que, se possível, deveriam ser eliminados antes que se espalhassem como uma doença propriamente dita. Esse movimento culminou na institucionalização de certas linhas de ação, como a criação da polícia médica, isso fez parte de uma normalização do saber médico extremamente socializado e disperso até então em toda Europa, mas principalmente no modelo alemão.

Em outro momento será o modelo francês de políticas públicas de saúde, associado ao dinâmico processo de urbanização dos grandes centros, a representação da segunda etapa do desenvolvimento da medicina social. As grandes metrópoles urbanas, no fim do século XVIII, principalmente na França, encontravam frequentemente um obstáculo comum quando surge a necessidade de reunir em uma unidade administrativa a dinâmica social. Tratava-se da presença de múltiplas forças heterogêneas atuantes no cenário urbano sob o espectro de um poder unitário: distritos, pequenos ducados

remanescentes e outras formas de dominação, algumas sobreviventes do período medieval outras novas, que mesmo unidos e conurbados em um território compartilhado apresentavam lideranças de respaldo oficial ou não atuantes, eram por exemplo, representações jurídicas, religiosas, econômicas e aristocráticas que disputavam esses fragmentos de poder dentro desses espaços. Isso se mostrava como um problema para os aspirantes da unificação burocrática hegemônica das cidades.

Dentro desse quadro surge a necessidade de sistematizar e unificar todas essas fontes de poder dispersas em um único corpo político, as razões para isso eram principalmente econômicas e políticas. Aqui é importante ater-se a uma inversão no sentido literal das revoltas populares desde então; antes esses levantes surgiam essencialmente no campo, onde as intempéries climáticas e a fome agiam com maior frequência e força, e iam na direção das cidades gerando violências e perdas materiais e humanas. Porém, com o processo de urbanização descontrolado associado a grandes fluxos de migração constantes, as condições de vida da grande maioria da população nesses centros tornaram-se um ambiente propício para acontecimentos como as ditas revoltas. A falta de planejamento e controle urbano criava caos e medo nas cidades “este pânico urbano é característico do cuidado, da inquietude

político-sanitária que se forma a medida que se desenvolve o tecido urbano” (FOUCAULT, 2011. p.155). O problema central da falta de planejamento não deve-se ater apenas ao medo da violência e da fome, é importante levantar considerações que podem ser feitas com pouca reflexão e sem muito esforço. O crescimento populacional e de infraestrutura nesses cenários cresceu de forma desordenada; todo o planejamento que envolve saneamento básico hoje em dia era quase inexistente nessa época. Toda a organização urbana surgia quase que espontaneamente, ou seja, sem um planejamento aprofundado. Locais como cemitérios, mercados e abatedouros funcionavam apenas pela lógica do uso, pouco ou nada sobre as consequências da presença desses estabelecimentos em certos lugares para a saúde das pessoas era discutida com antecedência. Assim, não apenas como um lugar caótico e perigoso, esses centros urbanos eram caracterizados também pela sujeira e pelos constantes surgimentos e alastramentos de doenças resultados desses focos. Uma outra questão que surge é a busca pela especialização do saber médicos sobre as fontes doenças; não mais apenas como tratá-las, mas também para evitá-las, buscando elaborar um saber a respeito do surgimento e da disseminação desses fatores.

Dessa forma pode-se identificar 3 alicerces da medicina urbana no modelo francês 1) análise de regiões de

amontoamento, de confusão e de perigos a saúde no espaço urbano 2) o controle da circulação, não dos indivíduos, mas das coisas e dos elementos, principalmente a água e o ar 3) organização (distribuição e frequência); criando logísticas estratégicas para evitar, por exemplo, a contaminação de fontes de consumo de água por despejo de esgoto. Com isso pode-se extrair do texto o que parece ser o objetivo do autor a essa altura do texto-objeto; para ele a medicalização das grandes cidades seria importante por três motivos principais. O primeiro deles é o fato de que com esse processo a medicina da época entrou em contato com outras ciências extra-médicas, fundamentalmente com a Química. Em seguida ao fato de que essa medicina urbana não se tratava de um conjunto de saberes que lhe dava diretamente dos homens e de seus corpos, mas uma medicina das coisas e dos elementos como a água e o ar, também das condições e qualidade de vida dos indivíduos nesses espaços, por último a noção técnica de salubridade. Portanto, esse processo comprova a preocupação do autor em relação à sua importância, tanto em relação à organização e estruturação de uma medicina propriamente científica, como também em relação ao controle político e científico do meio (FOUCAULT, 2011, p.162-163).

A terceira dimensão da medicina social pode ser sucintamente analisada através do modelo inglês. Apenas

depois do Estado e das cidades, os pobres e os operários foram alvos do processo intenso de medicalização presente na segunda metade do século XVIII. Até então essas camadas populares não representavam risco para a sociedade, eles tinham papéis sociais bem definidos no funcionamento da dinâmica das cidades e faziam parte do cenário urbano. A partir do começo do século XIX, as camadas pobres começam a oferecer risco pelos seguintes motivos; 1) Tiveram papel ativo durante o processo revolucionário na França, tratava-se claramente de um medo político por parte das elites políticas e econômicas; 2) Certas formas de sistematização organizacionais nas cidades, como o serviço postal e a coleta de lixo, por exemplo, que surgiram através do processo de organização da unidade urbana, retirou dessas camadas subalternas seu nicho social, gerando um quadro anômalo que resultava em descontentamento e cada vez mais marginalização dessas camadas; 3) A cólera que se espalhou a partir de 1832 criou medos políticos e sanitários, nesse ponto criou-se a necessidade de segregar os espaços urbanos ocupados por extratos diferentes, principalmente entre pobres e ricos. Com isso a política de saúde entra no cerne da propriedade privada: a moradia. Havia, antes disso, medidas políticas de intervenção que diziam respeito à saúde do Estado e das cidades na Inglaterra, assim como em outros países da Europa, como já foi

mencionado. Contudo “é essencialmente na Lei dos pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, à medida que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre” (FOUCAULT, 2011, p. 166). A medicina social caracteriza-se, nesse ponto, enquanto um assistencialismo que, por um lado ajuda os pobres a se tratarem de males reais e, por outro atende a interesses das camadas mais ricas principalmente no sentido de segregação de espaços físicos entre ricos e pobres. Criou-se em 1875 os chamados *health services*, que tinha por função “1) controle da vacinação 2) organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas 3) Localização de lugares insalubres e eventual distribuição desses focos de insalubridade” (FOUCAULT, 2011, p. 167).

Dispositivos de segurança e normalização

Foucault define o biopoder como o foco de seu estudo nas primeiras lições de “Segurança, território e população” publicado em 2008 pela Martins Fontes, esse estudo é o resultado da transcrição das aulas ministradas por ele no Collège de France de 1977 a 1978. Podemos definir o tema central desse curso como a pergunta pelo modo como “o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie

humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008, p. 3). Para isso, ele assinala como fundamento da pesquisa exposta neste livro, as preposições acerca da natureza do poder como um conjunto de mecanismos e procedimentos que servem exclusivamente para manter o poder; chama esse entendimento de “início de uma teoria de poder”. Sobre as referências e características teóricas e metodológicas o autor afirma acreditar ser de natureza filosófica, relacionando-a diretamente à produção de relações entre saber e poder, já que “a análise dos mecanismos de poder, essa análise tem (...) o papel de mostrar quais são os efeitos de saber que são produzidos em nossa sociedade pelas lutas, os choques, os combates que nela se desenrolam e pelas táticas de poder que são os elementos dessa luta” (FOUCAULT, 2008. pg 5).

Sobre o termo “segurança” Foucault se refere, inicialmente, a polarização entre infração e punição. Em uma tentativa de categorizar a complexidade que pode ser encontrada na relação entre esses dois pontos surgem questões mais subjetivas que se aprofundam em todo o corpo desse sistema de vigilância e punição [inclusive surge, em dado momento, o diagnóstico como um mecanismo de segurança]. Essa categorização é apresentada em três etapas que não são

necessariamente sucessivas, que são expostas da seguinte forma: a primeira delas é baseada no binarismo jurídico entre o permitido e o não permitido, o doente e o saudável, o normal e o anormal. O segundo consiste nos mecanismos disciplinares, baseados na vigilância e na correção do indesejado, aqui aparece o “culpado” como um terceiro agente dentro do sistema, fora uma série de técnicas normativas de caracteres policiais, médicos, psicológicos, etc. a terceira forma aparece como dispositivos de segurança, que vão inserir o acontecimento tratado em uma série de prováveis acontecimentos.

Em certo momento a prevenção é associada ao suplício, característico da Idade Média, por propiciar a propagação coletiva de uma forma de intimidação, no sentido de que algo deve ser evitado. No caso do suplício isso fica claro quando Foucault nos mostra que na Idade Média, aplicava-se penas severas para crimes pequenos, como furto doméstico, não pela sua gravidade, mas pela grande probabilidade de que ele aconteça na realidade daquela época (o suplício servia como uma técnica corretiva, disciplinar. Quais seriam eles dentro da escola? O que substitui o suplício na cena escolar contemporânea? Resposta: Não há necessariamente uma substituição, pode haver mas não é uma regra, se houver um dispositivo disciplinar pode ser que haja um trabalho conjunto

com dispositivos de segurança no intuito de potencializar o resultado efetivo desse processo.)

Em resposta a essa colocação acima, me parece que Foucault afirma que não há uma sobreposição, uma substituição desses mecanismos, como se houvesse uma hierarquia de poderes entre judiciário, disciplinar e de segurança. Assim, pensando sobre a escola, não há um mecanismo de prevenção de TDAH, mas sim uma punição individual do diagnosticado, como se sua condição biológica fosse a resposta para seu fracasso no desempenho escolar, contudo, essa condição também está além de sua capacidade de escolha, não é um crime, é um “defeito biológico” que pode e deve ser corrigido para evitar que ele se torne um adulto “defeituoso”, já que não cumpriu com as expectativas da sociedade. As formas propostas pelo conhecimento científico para resolver esse problema são, geralmente, trabalhos conjuntos entre os saberes médicos e pedagógicos, no sentido de que deve existir um tratamento medicamentoso, associado a um acompanhamento psicológico, em conjunto com uma flexibilização da rotina escolar.

Acho que seria importante identificar algumas intervenções na escola como fazendo parte desses dispositivos, tanto de segurança, como também disciplinar e jurídico. Por

exemplo, a lei nº 9018 de 2012², ao preparar os professores titulares para identificar possíveis transtornos, daria início a um possível processo que, no futuro, estaria associado a mecanismos de segurança cada vez mais adaptados, tornaria ilegal ou seja, passível de punição não identificar esses sinais como sintomas de uma doença e assim não encaminhar para um médico que possivelmente receitaria um medicamento?

Lembremos que Foucault cita a história das técnicas e das tecnologias de poder (entende-se tecnologia como um movimento mais global, porém mais vago, se analisado em relação às técnicas, que devem ser entendidas de forma mais literal e celular) como sendo um ponto importante na discussão acerca da gerência do poder. Ele fala da exclusão dos leprosos, dos portadores da peste e do caso da varíola, as primeiras como formas de exclusão, mas com características bem diferentes, mostrando assim uma transformação das técnicas e tecnologias que envolviam esses processos, mas deixando claro que não há uma sobreposição de uma [técnica e/ou tecnologia] pela outra em função do tempo histórico, como se se trata-se de uma sucessão de estágios (a primeira teria um caráter mais jurídico,

² A lei pode ser encontrada acessando o link <https://www.leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2012/901/9018/lei-ordinaria-n-9018-2012-institui-a-politica-municipal-de-prevencao-e-diagnostico-de-disturbios-psico-mentais-e-da-esquizofrenia-na-rede-municipal-de-ensino-2012-07-24.html>, ou através de uma busca simples no Google.

baseado no binarismo entre o que o leproso era e o que ele não era, o segundo se baseava em um controle rigoroso da vida dos portadores da peste, sendo um sistema de tipo disciplinar). Por fim, Foucault traz o caso da varíola, e nos mostra que

O problema se coloca de maneira bem diferente: não tanto impor uma disciplina, embora a disciplina [seja] chamada em auxílio; o problema fundamental vai ser o de saber quantas pessoas pegaram varíola, com que idade, com quais efeitos, qual a mortalidade, (...) quais os efeitos estatísticos sobre a população em geral, em suma, todo um problema que já não é o da exclusão, como na lepra, que já não é o da quarentena, como na peste, que vai ser o problema das epidemias e das campanhas médicas por meio das quais se tentam jugular os fenômenos, tanto os epidêmicos quanto os endêmicos (FOUCAULT, 2008, p. 14).

E para finalizar essa linha de raciocínio

Aqui também, por sinal, basta ver o conjunto legislativo, as obrigações disciplinares que os mecanismos de segurança modernos incluem, para ver que não há sucessão: lei, depois disciplina, depois segurança. A segurança é uma certa maneira de acrescentar, de fazer funcionar, além dos mecanismos propriamente de

segurança, as velhas estruturas da lei e da disciplina. Na ordem do direito, portanto, na ordem da medicina, (...) vocês estão vendo que encontramos apesar de tudo, uma evolução um tanto ou quanto parecida, transformações mais ou menos do mesmo tipo nas sociedades, digamos, como as nossas, ocidentais (FOUCAULT, 2008, p. 14-15).

Foucault aponta à certa altura de sua exposição sua preocupação em elaborar também, uma história das tecnologias de segurança, com isso levanta outro ponto que surge em forma de questionamento: poderia se dizer que em nossas sociedades a economia geral de poder está tornando-se da ordem da segurança? E ainda, pode-se falar de uma economia geral do poder submetida à lógica das tecnologias de segurança? Para desenvolver essa discussão expõe quatro “características gerais” desses dispositivos de segurança. São eles 1) o controle dos espaços como espaços de segurança, 2) o problema do tratamento aleatório, 3) a forma de normalização que é específica da segurança e que difere da normalização disciplinar, e 4) a correlação entre a técnica de segurança e a população, ao mesmo tempo como objeto e sujeito desses mecanismos de segurança.

Segundo Foucault a soberania se exerce nos limites de

um território definido, a disciplina se exerce sobre os corpos dos indivíduos e, por fim, a segurança exerce sobre o conjunto de uma população. Tanto o exercício da soberania como o da disciplina sugere a existência de uma multiplicidade de realidades que interagem com essas forças na prática. No caso da segunda “a disciplina só existe na medida em que há uma multiplicidade e um fim, ou um objetivo, ou um resultado a obter a partir dessa multiplicidade” (FOUCAULT, 2008, p. 16), as várias formas de disciplina (militar, operária, escolar, etc) são formas de organizar e administrar essa multiplicidade. “A disciplina é um modo de individualização das multiplicidades (...) portanto, afinal, a soberania, a disciplina, como também é claro, a segurança só podem lidar com multiplicidades” (FOUCAULT, 2008, p. 16).

Haveria também divisões espaciais que suprem à necessidades dessas três forças, para ilustrar Foucault usa como exemplo algumas formas pelas quais eram pensadas e planejadas as cidades na França durante o século XVIII. Para isso o expositor se usa de um texto de Alexandre Le Maître, que descreve formas ideais de organização e administração de um suposto Estado soberano, onde a soberania partiria da capital [que se localizaria da parte central do território] e emanaria para a periferia, formada principalmente pelo campo e as pequenas cidades, espaços heterogêneos entre si e em

relação à capital, assegurando a continuidade e a reprodução do sistema de organização social desejado. “Pois bem, tudo isso, essa ideia de eficácia política da soberania está ligada aqui à ideia de uma intensidade das circulações: circulação das ideias, circulação das vontades e da ordem, circulação comercial [no caso das cidades] também” (FOUCAULT, 2008, p. 20).

Foucault trabalha a questão das cidades buscando ilustrar a lógica dos sistemas disciplinares e de segurança, tendo como pano de fundo a soberania sobre um território. Dessa forma, ele se usa da análise do decorrer do tempo histórico sobre a concepção de qual deve ser o modelo ideal de cidade para mostrar que as multiplicidades que surgem das dificuldades e novos paradigmas urbanos são base para a evolução associada ou a erradicação de técnicas e tecnologias dessas duas formas de gestão que nos interessam; a disciplinar e, principalmente, a de segurança. No caso da segunda, representada por formas diferentes de planejamento e estratégias para resolver certos problemas, Foucault afirma que o planejamento dessas “cidades”; as estratégias que envolveram esse processo, são muito importantes por quatro motivos principais. O primeiro deles vem do fato de que não se trata de construir algo em um espaço vazio do nada, como nos esquemas disciplinares, mas sim de trabalhar com algo dado, sendo assim essas estratégias se baseiam em certo número de

dados materiais. Em segundo lugar, fala-se que o sistema de segurança não busca utilizar de estratégias de organização com o intuito de buscar um estado de perfeição, mas sim de trabalhar com os pontos positivos e buscar potencializá-los, buscando sempre o melhor aproveitamento. Como por exemplo, a potencialização da circulação de pessoas e ideias dentro de um certo ambiente, nesse sentido busca também diminuir os riscos e as inconveniências. Em seguida, o autor traz o fato de que devem ser estruturados, dentro desses sistemas de planejamento, os elementos que justificam diferentes utilidades, ou seja, trata-se de características baseadas na polifuncionalidade. E por último a concepção de que se vai trabalhar com o futuro; a “cidade” em sua existência concreta ao longo dos anos, vai se abrir para um futuro incerto, no qual nem todas as possibilidades podem ser previstas ou controladas, portanto o bom planejamento tem que levar em conta a possibilidade das coisas saírem do controle e de fatos acontecerem e novos problemas surgirem (FOUCAULT, 2008, p. 25-26).

Foucault afirma que tanto o sistema disciplinar como o sistema de segurança tratam de forma diferente a normalização, se utilizando do trabalho de Hans Kelsen ele mostra que entre a lei e a norma há uma relação fundamental, e essa relação consiste no fato de que todo sistema legal se relaciona a um

conjunto de normas, seria a lei responsável por “codificar uma norma, efetuar em relação à norma uma codificação, ao passo que o problema que procuro identificar é mostrar como, a partir e abaixo, nas margens e talvez até mesmo na contramão de um sistema da lei se desenvolvem técnicas de normalização” (FOUCAULT, 2008, p. 75). Em uma tentativa de expô-lo claramente como funciona a normalização disciplinar, o autor afirma que o que é fundamental nesse modelo de normalização não é nem o “normal” nem o “anormal”, mas a norma em si. Nesse sentido, o que acontece nas técnicas disciplinares estaria muito mais perto de uma normação do que de uma normalização, justamente por causa da natureza da relação desse sistema com a norma. Para ilustrar como se dá a relação entre os dispositivos de segurança e a normalização, Foucault volta a usar como exemplo o caso da varíola durante o século XVIII na Europa. Em uma conclusão primeira a partir do caso da varíola, ele afirma que houve aí a quebra de um paradigma médico até então:

A partir do momento em que, a propósito da varíola, passa a ser feitas análises quantitativas de sucessos e insucessos, de fracassos e êxitos, quando passam a calcular as diferentes eventualidades de morte ou de

contaminação, então a doença não vai mais aparecer nessa relação maciça da doença reinante com o seu lugar, seu meio, ela vai aparecer como uma distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo ou no espaço. Aparecimento, por conseguinte, dessa noção de caso, que não é o caso individual, mas que é uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença, ou de coletivizar, mas no modo da quantificação, do racional e do identificável, de coletivizar os fenômenos, de entregar no interior de um campo coletivo os fenômenos individuais (FOUCAULT, 2008, pg. 79).

Um segundo ponto levantado por ele, em função de todas as técnicas de análise quantitativa de casos é estabelecer uma margem de risco. Em função disso surge um novo parâmetro que é o de nível de risco que determina a parcela da população que estaria exposta, indicando uma maior ou menor probabilidade de ser infectada, no caso de uma doença como a varíola. Assim haveria diferentes níveis de periculosidade, e isso poderia ser identificado e posto através de uma visão polarizada ente zonas de maior e zonas de menor risco, definindo um lugar e/ou um grupo como sendo potencialmente perigosos:

E por fim, pode-se identificar, de outro modo que não na categoria geral de epidemia, fenômenos de disparada, de aceleração, de multiplicação (...), e isso segundo uma tendência, uma curva que pode vir a não mais se deter (...). Esses fenômenos de disparada que se produzem de uma maneira regular são (...) o que vai se chamar crise. A crise é esse fenômeno de disparada circular que só pode ser controlado por um mecanismo superior, natural e superior, que vai freá-lo, ou por uma intervenção artificial (FOUCAULT, 2008, p.80-81).

Sintetizando as diferenças entre os dois sistemas, o disciplinar e o de segurança temos no segundo um sistema que, segundo o autor, seria o inverso daquilo que podemos observar nos sistemas disciplinares, já que nas disciplinas parte-se de uma norma, em seguida devemos pensar em estratégias de “adestramento”, de condicionamento elaboradas a partir de uma norma. O que permite distinguir o normal e o anormal. Nos sistemas de segurança tem-se uma identificação do que seria normal e do que seria anormal; pressupondo a existência de uma reta que represente o normal vê-se variações que podem ser ilustradas por curvas de variações de anormalidade. Com isso um observador pode trabalhar no sentido de operar essas curvas buscando a reta de normalidade, para isso busca-

se fazer diferentes distribuições funcionarem umas em relação com as outras, tentando trazer as curvas mais desfavoráveis a níveis mais favoráveis, ou seja, níveis de menor variação em relação à reta da norma, assim conclui-se que “o normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório. Logo, eu diria que não se trata mais de uma normação, mas sim no sentido estrito, de uma normalização” (FOUCAULT, 2008, p. 82-83).

Método

O presente trabalho foi elaborado a partir de uma metodologia de análise descritiva e crítica, centrada no estudo da legislação brasileira referida ao TDAH, e o papel assumido pelo Estado sobre a tutela para com os indivíduos que se enquadram na categoria de portadores. Para isso busco também dispor de análises bibliográficas de trabalhos referentes ao tema, tanto aqueles que apresentam uma perspectiva histórica sobre a construção do conceito atual de saúde mental, quanto aqueles referidos ao lugar que ocupam em uma educação inclusiva os transtornos considerados leves pela ótica da psiquiatria. Considero todos pontos extremamente importantes para justificar metodologicamente minha pesquisa.

Outro ponto que diz respeito ao método utilizado é a análise documental que pretendo realizar em função do interesse na estrutura legal que vem sendo montada em Florianópolis através da elaboração e aprovação de projetos de lei; quadro que vem se intensificando desde 2009, e que são claramente colaborativas à tentativa de intensificar e massificar cada vez mais o diagnóstico de TDAH nas escolas da rede pública da cidade, mesmo que, em alguns casos, sem noção de como isso pode ser nocivo a saúde física e mental dessas crianças e jovens. Tenho interesse em especial pela lei ordinária nº 9.018 de 2012, resultado da aprovação do projeto de lei nº 13725 de 2009, criada pelo vereador João Aurélio Valente Júnior, do Partido Progressista, encaminhada para processamento no dia 05 de outubro de 2009. Tive um primeiro contato com esse projeto de lei no Núcleo de Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde [NESFHIS], coordenado pela professora Sandra Caponi, onde tomei conhecimento da existência dessas propostas, de suas elaborações e da iniciativa de colocá-las em prática. Em seguida, com a evolução da pesquisa, senti a necessidade de ter acesso a mais informações referentes a essa lei, com isso fui até a Câmara dos vereadores de Florianópolis e lá consegui impresso todo o processo legal pelo qual a lei passou até ser aprovada. Foi assim que tomei conhecimento também da

existência de outros projetos de lei parecidos, nesses casos essas outras propostas eram também referentes ao processo de medicalização, mas não necessariamente com relação ao TDAH ou com crianças e adolescentes. Essas outras leis também serão apresentadas mais adiante.

Em relação a esse tema, tenho percebido que é muito fácil que aconteça de o pesquisador cair em uma polarização cômoda entre certo e errado; onde de um lado os médicos e a indústria farmacêutica são forças sociais a serviço do mercado e de políticas conservadoras a serem combatidos por nós, pesquisadores críticos, e por outra que o TDAH, assim como uma série de outras categorias médicas referentes a transtornos e síndromes, não existam em nenhuma instância. Não creio que essa postura seja coerente, na verdade esse é o quadro que se desvela em algumas conversas cotidianas onde o assunto é tratado de forma crítica até certo ponto, ultrapassando barreiras fáceis de serem encontradas em outros núcleos sociais [onde o questionamento da realidade é pautado pela mídia e pela incoerência do mercado neoliberal].

Outra fonte de informações que pretendo usar são derivadas das campanhas de conscientização sobre o TDAH que tem acontecido com maior força no Brasil, em especial o material produzido pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Essa organização sem fins lucrativos é responsável

pela disponibilização online³ de um conjunto de quatro documentos em formato de cartilhas sobre o assunto que podem ser encontradas na página da organização. Essas quatro cartilhas são referentes a áreas distintas de conhecimento que envolvem o TDAH, uma delas é referente à perguntas e respostas mais frequentes sobre o assunto, a segunda diz respeito ao direito dos portadores de TDAH (cartilha de doutrinas e jurisprudência), a terceira é sobre inclusão escolar, reforçado pelo subtítulo “inclusão baseada em evidências científicas”, e por último, encontramos a cartilha para profissionais da educação.

Creio que todos os assuntos que fazem parte desse conjunto são também intrínsecos a esse trabalho-objeto, de forma que pretendo abordar tanto a legislação referente ao diagnóstico e à inclusão escolar, como a questão da sala de aula e do diagnóstico em crianças/alunos. Os assuntos são interdisciplinares e pretendo tratá-los dessa forma. Creio que assim terei material suficiente para explorar o quadro apresentado pela comunidade científica em relação ao TDAH, aceito pela maioria da sociedade e do qual derivam as táticas e ações sociais e legais que dizem respeito (indiretamente) a

³ Todos os documentos e informações sobre a ABDA podem ser encontrados em sua página oficial da internet, através do link <http://www.tdah.org.br/>.

massificação do diagnóstico reducionista do transtorno, principalmente em crianças em idade escolar.

Acredito que o estudo documental será necessário para que eu entenda qual é a forma do TDAH, ou seja, de quais pressupostos ele parte, como foi construído historicamente e como e com quais forças ele conversa e se articula dentro de um cenário real, porém imaterial, em outras palavras, na política. Não só a “política dos políticos”, mas também a política da medicina, da indústria farmacêutica, das escolas e dos professores, dos responsável pelos pacientes e dos próprios pacientes, assim como a oposição a essa forma ideológica de pensar que existe e se articula [cada vez mais]. Toda essa movimentação pode ser identificada através da análise contextual desses documentos que não se restringem às leis, mas também ao material intelectual produzido, tanto favorável como contrário. Assim sendo, o trabalho de campo vai ser inserido nessa discussão através da análise ocular e do diálogo que creio que permita que eu tenha contato, agora de forma mais aprofundada, com os resultados palpáveis desse conflito e das ações dessas ideias postas em prática, principalmente nas escolas, foco de grande parte das investidas políticas das forças partidárias do cientificismo médico e da normalização do comportamento social.

Sobre o meu trabalho de campo, inicialmente estabeleci

um espaço onde poderia ter contato com crianças e adolescentes sujeitos ao processo de medicalização, escolhi utilizar a escola em que fiz meu estágio docência como o campo de pesquisa que me levaria à possibilidade de ter contato novamente com esses alunos, professores e profissionais de outras áreas que atuam dentro da escola. Essa escola, como já foi dita é o Colégio de Aplicação, uma Instituição Federal de Ensino Fundamental e Médio localizada dentro do campus da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro da Trindade. No trabalho de campo pretendo efetuar entrevistas com os profissionais da área da educação envolvidos nesse percurso que leve o aluno “normal” da sala de aula ao estado de aluno “rotulado” [sujeito ao tratamento medicamentoso e possuidor de um estigma], que se mostra como o maior dano social desse processo desenfreado, além de outros fatores relacionados, como o tipo de tratamento médico e a interpretação e a ação da escola em relação a essa situação. Essas entrevistas serão direcionadas especialmente ao percurso traçado que leva o aluno com um comportamento indesejado [anormal] à uma situação estigmatizada de doente ou portador, devidamente identificado e tratado. Os sujeitos entrevistados serão profissionais que atuam dentro de um setor específico da escola; o NAE (Núcleo de Acessibilidade Educacional), responsável pela organização e aplicação de medidas referentes

à educação especial dentro da escola, tomei conhecimento da existência desse campo em minha experiência de estágio. Uma terceira entrevista será realizada com uma professora da educação regular. Creio que as entrevistas feitas com esses sujeitos serão essenciais a minha pesquisa pois parto do princípio de que a necessidade de se identificar e medicar essas crianças surge majoritariamente dentro do ambiente escolar, principalmente partindo de seus pressupostos ideais de comportamento e produtividade.

Primeiramente minhas entrevistas serão baseadas em quatro perguntas:

- 1) É mais comum os alunos já entrarem na escola com o diagnóstico ou esse geralmente surge de uma demanda que se mostra dentro do ambiente escolar?
- 2) Na escola se observa que existe nos últimos 10 anos um aumento de casos de alunos diagnosticados com TDAH ou transtornos de aprendizagem?
- 3) A escola costuma encaminhar crianças com problemas de comportamento ou aprendizagem para os serviços de saúde? E para psiquiatras?
- 4) Em que situações concretas a escola encaminha aos alunos para o sistema de saúde (médicos, psiquiatras, psicólogos)?

Quanto aos objetivos do estudo, creio que seja prudente torná-los os mais objetivos possíveis, para que dessa forma eu possa explorar a ponto de satisfazer todas as necessidades que se apresentam até agora em meu caminho. Pretendo focar em três pontos que vão se interligar à minha proposta.

1. Em primeiro lugar é necessário dedicar atenção à problematização que envolve a construção do diagnóstico em casos de atendimento psico-comportamental, ou seja, analisar a forma como se define o diagnóstico e os meios disponíveis de reafirmação dessa proposta. Essa leitura do diagnóstico deve partir em uma primeira instância, de minha experiência pessoal com essa questão, tendo sido portador de um diagnóstico que foi tratado quimicamente tive contato direto com esse processo que se aplica sob uma forma pouco variável. Leituras epistemológicas sobre a questão ajudarão a estimular a reflexão sobre o tema que é o ponto de partida prático para o tratamento medicamentoso em pacientes e que serve como base para a elaboração de leis.

A naturalização desse processo mostra-se também fora dos consultórios e das realidades dos consumidores, ela está em quase toda a sociedade. É importante lembrar que a parte que pretendo estudar se aplica a casos onde a fonte do problema reside ao que seria considerado anormal; nesse caso o

comportamento anormal, aquele que foge de um padrão ideal e esperado de ação e reação dos indivíduos aos estímulos sociais. Nesse sentido, pretendo encontrar base para essa análise de caráter mais abrangente, principalmente na elaboração de políticas públicas e projetos de lei que, ao meu ver, serão a expressão mais cabível dessa realidade cultural.

2.Sendo assim, outro objetivo que tenho em vista é o de descrever e mapear focos do surgimento dessas propostas dentro do âmbito legal, ou seja na legislação. Para isso pretendo estudar os documentos que vão se revelar ao longo de minha pesquisa, essas análises devem se basear na leitura crítica dos mesmos e nas conclusões reflexivas em torno dessa experiência. Esses documentos vão surgir das investigações a respeito do material que já tenho.

3.Por fim, é indispensável buscar encontrar sinais da dinamicidade entre a prática e a teoria, tanto metodológica como em contraposições nas fontes da pesquisa. Aqui o objetivo que surge é o relativo ao trabalho de campo realizado pelas entrevistas com profissionais da educação selecionados e as observações realizadas ao entrar em contato com o campo. Como já foi dito, minha experiência como estagiário no Colégio de Aplicação me levou de encontro à descoberta de que ali há um setor especializado de atendimento psicológico aos alunos, é sabido que existe um nível de organização forte

do colégio por parte dos profissionais empregados nesse setor, sabe-se também que há um responsável em uma escala hierárquica. E tudo isso leva a criar uma proposta de plano flexível de escolha entre esses funcionários. As perguntas das entrevistas são pontos-chave para chegar aonde é preciso, porém existem variáveis que podem mudar o roteiro dessas entrevistas. Um dos pontos que julgo ser mais importantes é o de tempo de serviços prestado já que, dessa forma, é possível visualizar um esboço histórico sobre o desenvolvimento dessa proposta nesse caso específico do Colégio de Aplicação. Contudo, creio que de início é necessário encontrar o sujeito com maior disponibilidade de informações a respeito do processo ali realizado como um todo, um sinal mais explícito seria o de buscar o sujeito que se encontra em um cargo de delegar tarefas, o que tradicionalmente supõe alguém em um degrau hierárquico mais alto. Essas entrevistas teriam como finalidade entender como se dá, na prática, a relação que a escola enquanto uma instituição socializante com a questão do diagnóstico de do tratamento de seus alunos em casos onde a “anormalidade” se encontra no comportamento desses indivíduos, que vem para reforçar o questionamento sobre as bases do diagnóstico e as ramificações colonizadoras do saber científico nessas áreas.

Sobre a concepção de infância

O tema principal do meu trabalho é a medicalização da vida, esse interesse surgiu através de um problema pessoal que foi exposto no início deste trabalho e não há mais motivos para retornar a esse assunto. Contudo optei por adotar um complemento diferente ao tema em questão, e escolhi a infância, assim conclui-se que este trabalho está focado na medicalização da infância. Dois pontos me deram base para fazer essa escolha; o primeiro deles é o fato de que durante meu estágio tive contato direto com várias crianças e jovens que se enquadravam nesse esquema de medicalização. Principalmente com relação a “transtornos” como o TDAH, que tem como base médica, ou seja, que tem como características de doença comportamentos indesejáveis para nossa sociedade em determinados ambientes disciplinares, como é o caso da escola. Contudo esses comportamentos ainda são vistos pela grande parte da população [creio eu] como características próprias dessas fases iniciais da vida, mas essa noção parece conviver de forma “pacífica” com esse processo intenso de patologização, com isso quero dizer que me parece que a noção de que crianças podem ser naturalmente agitadas não exclui a possibilidade de buscar-se auxílio médico para suprir determinada demanda. O segundo ponto se resume no

fato de que certos assuntos agressivos, como violência, exploração, sexo ou a própria medicalização, quando são aplicados às crianças, geram naturalmente uma maior comoção, creio que seja resultado da imagem de criança inocente e pura. Assim, a criança vira uma vítima do mundo bárbaro dos adultos.

Sinto isso e de fato creio nessa afirmação, mas durante a elaboração de minha pesquisa, frequentemente surgiu uma demanda por parte dos meus avaliadores, para que eu buscasse explorar a condição da infância como uma fase socialmente construída, como uma noção historicamente desenvolvida que culminou na imagem de uma infância que caracteriza a criança como um ser inocente, puro, inquieto e indefeso. Assim essa pesquisa se mostrou extremamente cabível no sentido de que como um ser social, absorvi essa imagem e esse pré-conceito sobre a infância, e sou influenciado diretamente por isso, o que teve reflexo na elaboração desse trabalho. Para realizar essa pesquisa histórica me utilizei das ideias de Philippe Ariès, um historiador francês que estudou e escreveu, dentre outros temas, sobre a História da infância e da família. Escolhi usar especificamente “História social da infância e da família”.

Durante a leitura do livro se desdobrou na minha frente algo que se assemelhava ao estilo genealógico utilizado por Foucault, isso permitiu que houvesse um diálogo forte entre as

fontes desses dois autores que eu utilizei. A pesquisa de Ariès mostrou-se disposta a buscar uma compreensão sobre a concepção moderna de infância através de análises históricas que partem dos séculos XII e XIII, e passam, com maior ênfase aos séculos XVII, XVIII e XIX. Suas principais fontes são a história da arte e relatos individuais sobre costumes e hábitos próprios das crianças ou de adultos sobre esse assunto. Dentro dessa linha o autor desdobra pontos interessantes, como as roupas das crianças, os cuidados e o desapego em relação à vida durante a infância em certos momentos e também em relação aos brinquedos e brincadeiras que constituíam o cotidiano das crianças. Nas análises dos brinquedos e brincadeiras me deparei com a seguinte observação do autor:

Alguns deles [dos brinquedos] nasceram do espírito de emulação das crianças, que as leva a imitar as atividades dos adultos, reduzindo-as à sua escala: foi o caso do cavalo de pau, numa época em que o cavalo era o principal meio de transporte e de tração. Da mesma forma, as pás que giravam na ponta de uma vareta só podiam ser a imitação feita pelas crianças de uma técnica que, contrariamente à do cavalo, não era antiga: a técnica dos moinhos de vento, introduzida na Idade Média (...) Mas, enquanto os moinhos de vento há muito desapareceram de nossos campos, os cataventos continuam a ser vendidos nas lojas de brinquedos, nos

quiosques dos jardins públicos ou nas feiras. As crianças constituem as sociedades humanas mais conservadoras (ARIÈS, 2011, p. 47)

Algo me chamou muito a atenção aqui, e foi o fato de o autor escrever que as crianças “constituem as sociedades humanas mais conservadoras”. O trecho fala principalmente de uma das ocupações das crianças; brincar, em outros momentos do texto o autor se refere à outras atividades, como entreter os adultos com gracinhas e ser o alvo dos mimos dos seus tutores, pais ou não, quase como se fossem “criaturinhas de estimação”. Tanto o que diz respeito à criança em si, que passa maior parte do tempo brincando, ou no diz respeito ao trato da família e dos adultos em relação à infância, são características que sobreviveram ao tempo, e ainda são comuns mesmo nos dias de hoje. Talvez seja por essa ideia de uma quase “inércia” das formas e das noções da realidade da infância que o autor sustente a ideia da infância como uma sociedade conservadora.

Inicialmente apreende-se do texto uma vontade de enxergar a infância como um período natural da vida, nesse sentido conclui-se que haviam três etapas principais, uma juventude que compreenderia desde os primeiros anos do indivíduo até um período próximo à plenitude do corpo, que

seria basicamente a vida adulta e por fim a velhice. Em especial a “juventude” seria subdividida, segundo representações plásticas da Idade Moderna, em outras três etapas que abrangem toda essa fase, a idade dos brinquedos, a idade da escola e por último a idade do namoro e dos esportes. Durante a primeira etapa todos brincavam com brinquedos designados de acordo como gênero. Na seguinte há diferenciação é mais acentuada já que na idade da escola meninos aparecem com livros e estojos, e as meninas aprender a fiar. Na idade dos esportes e namoros os jovens aparecem em festas e flertando entre rodas de jovens. Aqui temos o fim dessa “juventude” da vida. Na vida “adulta” temos os homens preparados para a guerra, armados, e por último a idade dos homens velhos e sedentários; cansados, barbudos e dedicados às leis e à ciência. Com isso compreende-se que as idades da vida não correspondiam apenas a etapas biológicas, mas a funções sociais; sabemos que havia homens da lei muito jovens, mas consoante a imagem popular, o estudo era uma ocupação dos velhos, por exemplo. (ARIÈS, 2011, p. 9)

O autor nos mostra mais adiante que durante o século XVII houve um movimento que estava no sentido de caracterizar cada vez mais essa juventude tão abrangente e que, assim como a “primeira” infância desse esquema seria no século XIX, a última começou a tornar-se mais complexa e

singularizada. Esse processo culminou na ênfase que se deu à juventude separada da “juventude” infantil, à idade dos namoros e dos esportes, que começava a ser mais valorizada que as outras etapas da vida, o que não acontecera ainda com a primeira infância durante o século XVII. Ou seja, “tem-se a impressão, portanto, de que, a cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a “juventude” é a idade privilegiada do século XVII, a “infância”, do século XIX, e a “adolescência”, do século XX” (ARIÈS, 2011. pg 16).

Voltemos a atenção agora novamente para a infância. O autor nos mostra, através de análises de representações plásticas que de início, a arte medieval não usava o artifício da representação de crianças ou a imagens relacionadas à infância. Segundo o autor havia relutância em aceitar a morfologia infantil na arte, com exceção dos gregos (porém essa foi uma fase esquecida junto com o mundo helênico), voltando mais uma vez às representações de adultos em tamanho reduzido, “homenzinhos”. Ou seja, a descrição que faz referência à estética das representações indica que havia relutância em adotar a proporção real dos corpos das crianças, esses “homenzinhos” seriam como a imagem de um adulto em suas proporções reais em escala reduzida em relação aos outros elementos da obra. Essa forma de representação nos indica algo,

talvez isso fosse impulsionado pelas condições da realidade da vida dos indivíduos durante o período que chamamos de infância o que indicaria que não havia espaço nesses tempos para a noção de infância.

Um dos fatores seria a própria condição existencial dos indivíduos na infância, o que estaria diretamente relacionado às condições de saúde das populações da Europa durante a Idade Média e a Idade Moderna. Foucault nos mostrou anteriormente que os dispositivos jurídicos, disciplinares e de segurança desenvolveram uma dinâmica consistente junto aos saberes médicos, resultando nos três grandes sistemas tradicionais europeus que surgiram durante esse período que foram iconicamente aplicados em grandes crises relacionadas à lepra, peste negra e varíola. Em “O nascimento da medicina social” vemos que o desenvolvimento de uma medicina coletiva e abrangente desenvolve-se nesse mesmo território; essas políticas públicas que caracterizam fases de desenvolvimento dos principais Estados modernos desse período. Portanto, as condições de saúde das pessoas e dos ambientes tornavam-se objeto de atenção do Estado que buscou modificar o modo de vida e, conseqüentemente, o modo de pensar das pessoas no intuito de cumprir seus objetivos, que tiveram reflexo direto por exemplo na expectativa de vida das pessoas, ou em um maior controle sobre dados representativos de natalidade e

mortalidade, inclusive de mortalidade infantil.

Nos dias de hoje temos várias formas de idealizar a qualidade de vida, uma delas é a representação do número relativo à mortalidade infantil. Creio que seja por dois motivos, em primeiro lugar porque as crianças são seres que ainda não conhecem a realidade do social, isso pode ser dito da seguinte forma: quando chegamos ao mundo não sabemos nada dele, até os nossos cinco sentidos quando são postos em prática fora do útero, são novidade para nós. Sobreviver sem o auxílio de outros já iniciados é uma tarefa extremamente difícil, tanto para nós como para qualquer outro animal, portanto o alto índice de mortalidade infantil pode indicar falta de cuidados com as gerações futuras, seja através das condições biológicas ou algo que diga respeito à uma estrutura familiar desejada.

Em segundo lugar creio que uma visão reducionista do ponto de vista biológico pode nos ajudar. Além da sociedade, a realidade do corpo é uma condição empírica, como já foi dito os nossos sentidos naturais são postos em prática em condições nas quais viveremos até o fim da vida, ou seja, o mundo fora dos corpos de nossas mães. Isso implica no fato de que os corpos das crianças, quanto mais novas forem, são mais suscetíveis às doenças e contaminações das quais o ambiente dispõe. Assim um maior coeficiente de mortalidade infantil implica na inexistência de cuidados básicos com a saúde, com

moradia, com saneamento básico, etc. Fora casos de grandes epidemias. Imaginemos agora esses conhecimentos relacionados à infância aplicados às condições de vida da Idade Média, seria desesperador imaginar fazer um parto em tais condições, na prática isso implicaria em grandes riscos em dar a luz a um recém-nascido, criá-lo de forma saudável. Podemos concluir então que o período que chamamos de infância era, nesse período histórico, uma fase com grande risco de morte. Esse desapego com a infância foi segundo minhas conclusões, fundamentalmente pela realidade demográfica da Europa descrito por Ariès e Foucault.

Falaremos agora sobre a infância em relação ao alicerce da saúde. As principais características da realidade da infância atualmente conversam diretamente com dois pontos; o trabalho, a saúde e a educação. Vamos pensar na infância em relação à saúde, mais especificamente a sua saúde. Devemos notar que a fase da infância é caracterizada por condições biológicas específicas como já foi dito; a de um corpo em processo de desenvolvimento, há muita preocupação em relação ao desenvolvimento biológico das crianças, tanto de sua forma física como também sua saúde mental. Essa preocupação interage com um sistema de acompanhamento e monitoramento contínuo dos corpos desses indivíduos. Esse acompanhamento se inicia antes mesmo do nascimento;

durante a gravidez as famílias são orientadas a buscar um acompanhamento médico, esse profissional é responsável pela manutenção da saúde da mãe e, conseqüentemente da criança. Outra função é a de identificar doenças ou deformações as quais essa criança e/ou essa mãe estão vulneráveis, esse acompanhamento é realizado principalmente através de exames. Talvez o pré-natal seja a maior ilustração do que quero dizer, é o procedimento que acompanha tanto mãe como feto durante toda a duração da gravidez até o momento do parto.

Após o nascimento o indivíduo, agora desassociado fisicamente da mãe, é submetido a uma nova bateria de exames, como o teste do pezinho que é usado para diagnosticar doenças congênitas como hipotireoidismo, que pode levar a graus de demência extrema e outras disfunções múltiplas. Começa também a receber doses de várias vacinas para prevenir doenças, esse processo vai acompanhar toda a infância e às vezes se estende, mas é nesse período que vemos um fluxo maior. Essas vacinas formam um conjunto de dispositivos de segurança que pretendem evitar riscos às crianças, seres mais vulneráveis biologicamente. Essa lógica liga-se diretamente à questão demográfica da população infantil, como Philippe Ariès deixa claro em seus estudos. Essa questão demográfica diz respeito ao combate da mortalidade infantil. Isso quer dizer que antigamente as crianças formavam uma população

extremamente suscetível a morrer devido à doenças; durante certo período histórico essa vulnerabilidade foi um fator importante na imagem que se tinha então da infância. Toda essa lógica de risco, de prevenção e de vulnerabilidade produzem um efeito direto que é naturalizado por grande parte da população, além disso o saber científico e médico se renova a cada instante e produz um tipo de conhecimento que, atualmente, tende a não só criar novos distúrbios, confundidos com doenças, para a infância, mas também vem antecipando a necessidade de se criar um diagnóstico a respeito de algo que pode vir a se manifestar mais adiante, como é o caso claro dos distúrbios comportamentais e seus tratamentos medicamentosos com drogas fortes, usadas muitas vezes de forma displicente, objeto central dessa pesquisa.

Gostaria de levantar um ponto que diz respeito tanto ao corpo como a mente das crianças e que é preocupação cada vez mais explícita dos profissionais da saúde, mas também dos profissionais da educação; é a questão do comportamento infantil. Uma criança que está sempre parada, pálida, quieta e apática pode ser considerada pela maioria das pessoas como um indivíduo que sofre de algum tipo de doença ou sofrimento, sua atitude não condiz com aquilo que se espera que uma criança normal faça, ou seja, que seja curiosa, extrovertida, sem preocupação e com disposição para brincar e correr.

Contudo, do outro lado vemos que nos dias de hoje a infância vem sendo vigiada por pessoas que combatem um suposto excesso. Esse excesso basicamente quer dizer excesso de comportamentos que se espera que uma criança tenha, em outras palavras, esse é o excesso de curiosidade, excesso de despreocupação, impaciência e inquietude física e mental e falta de concentração para aquilo que se espera que a criança faça. Nesse ponto deve-se dar destaque para o que se espera que uma criança faça principalmente dentro da escola, ambiente marcado pela disciplina e pela cobrança.

Novamente vemos também uma predisposição por parte de certo segmento da população das crianças para saírem da norma. Por um lado encontramos o discurso médico baseado principalmente na predisposição genética dos indivíduos a herdarem de seus pais tanto doenças físicas como distúrbios mentais, esse é o discurso da hereditariedade. Nessa linha, crianças que tem pais que sofrem de certos males tem maior chances de desenvolverem os mesmos problemas, isso pode ser realmente diagnosticado e provado em certos casos, contudo essa mentalidade foi amplificada e imposta a todos os casos, inclusive o de males que não são comprovados cientificamente, mas que caíram no gosto da sociedade e que se popularizaram principalmente pelo suposto benefício de seus tratamentos e, principalmente pela disseminação de informações muitas vezes

manipuladas intencionalmente, no intuito de coagir as várias camadas das populações a aceitarem como verdade. Então podemos concluir que por um lado a culpa é dos genes. Por outro lado temos, o discurso social que vê em certas condições de existência um campo florescente para o desenvolvimento de doenças e distúrbios. Aqui podemos encaixar o exemplo da exploração infantil de forma mais icônica.

Não por coincidência, vemos mais uma vez a realidade das camadas mais pobres e marginalizadas da sociedade como fruto de uma distorção desses corpos e mentes em desenvolvimento que ainda virão a ser. Os mais pobres são supostamente, os mais suscetíveis tanto biologicamente como psicologicamente, segundo essa concepção o mundo em que esses indivíduos nascem e crescem desprovido de saneamento básico, cuidados com a higiene, falta de informação e ainda por cima um atendimento à saúde deficiente (por um motivo ou por outro) fazem com que seus corpos fiquem doentes, a probabilidade de se encontrarem focos de doenças em áreas precárias torna as populações que vivem ali em populações de risco. Aqui a urbanização e a vigilância médica tem papel fundamental na imposição de um saber através de diferentes tipos de poder, como nos Foucault. São os mais pobres que também são considerados como os mais suscetíveis a não frequentar a escola regularmente ou receberem uma educação

de má qualidade, de se envolverem com o crime, de se submeterem a vida de trabalhador mais cedo, de viverem experiências traumáticas, etc. Uma última questão que gostaria de tocar diz respeito à condição da criança portadora de deficiência, esse é um ponto importante pois levanta uma questão interessantíssima que é a da educação inclusiva.

Mais uma vez vou buscar a base que para mim caracteriza a infância, é ele formado pela saúde e pela educação escolar, vimos que o trabalho mostra sua importância em oposição à infância, o conceito de saúde para nós é inerente a todo ser vivo, assim ele caracteriza a infância de uma forma específica. A educação, da qual pouco falamos diretamente sobre ela ainda surge no sentido de que uma criança deve frequentar uma escola (a educação de casa, que mesmo que frequentemente dissociada não pode o ser da educação recebida nas escolas); uma criança que não frequenta uma escola regularmente ou simplesmente não frequente terá sérios problemas aos olhos da sociedade, e de fato esses indivíduos vão encontrar muitas barreiras em sua vida devido a esse fator isolado ou combinado com outros.

Mas por que? Porque a escola é, tradicionalmente, a instituição socializadora mais ampla e mais definitiva com a qual o indivíduo ocidental terá contato em toda a sua vida. Na escola ele terá oportunidade e instrução para tornar-se um

membro completo e definitivo da sociedade, o não cumprimento dessa normativa implica em um estigma, ou seja, a escola é um passo obrigatório no cumprimento do período da infância, pois quando se tornar adulto, e tiver seu corpo em pleno desenvolvimento, pronto e preparado para o mundo do trabalho, terá tido acesso aos mesmos valores e conhecimentos básicos das outras pessoas, dessa forma lhe dirão que isso é igualdade de oportunidades, o que está diretamente ligado à falácia da meritocracia como uma força de equilíbrio das sociedades que sustentam o mercado neoliberal.

Devemos nos atentar também a esses “valores e conhecimentos” dos quais todos os que frequentam as escolas tem ou terão acesso. Uma das características primordiais do formato de escola moderno é a democratização do acesso ao ensino. No Brasil por lei, todas as crianças e todos os adolescentes tem direito à educação, como mostra o Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa democratização pode ser encarada de uma outra forma, como sendo um mecanismo de propagação e maior alcance de um conjunto de saberes e valores selecionados e disseminados para a manutenção da sociedade, creio que de fato o é, contudo isso pode ser encarado de uma forma positiva ou uma forma negativa. A questão é que esse processo é um processo de homogeneização dos indivíduos, nesse sentido há um modelo de indivíduo a ser

alcançando, um tipo ideal de aluno que não existe na realidade, mas que é cargo da escola e de seus profissionais que exercitem essas crianças no intuito de que eles cheguem o mais perto possível disso.

A problemática sobre o diagnóstico

Começarei minha explicação ampliando a visão sobre a patologização dos comportamentos que envolvem a questão do TDAH. As diferenças entre as pessoas existem, contudo essas diferenças muitas vezes são tratadas como desigualdades, o que implica em uma forma de tratamento desigual entre pessoas diferentes. Dentro do campo médico essas “diferenças” devem ser entendidas como anormalidades, ou seja, algo que está fora do normal. Essa condição voltada para a anormalidade engloba um grande número de sub-condições que tem diferentes nomes dentro do campo médico, como “deficiência”, “doença” e “transtorno”. Se buscarmos entender essas categorias a partir do conceito de “saudável” como o correspondente à categoria de normal, vemos níveis diferentes de gravidade, como por exemplo uma pessoa que tem uma deficiência física estaria supostamente em um grau mais crítico do que outra pessoa que está gripada. Talvez um dos fatores mais influentes dentro dessa questão sejam as diferentes dificuldades pelas quais essas

peessoas passarão a partir de sua condição no mundo das pessoas “normais”.

Além da questão da condição real de existência, existe o problema do diagnóstico, que é uma ferramenta produtora de diferenças desiguais. Pretendo tratar a questão do diagnóstico como algo problemático. Isso porque creio que em certos casos ele é falho, principalmente quando esses diagnósticos são fontes de classificações para transtornos comportamentais como depressão, ansiedade e o próprio TDAH. Pior ainda do que o que diz respeito às classificações patológicas e a interação com o classificado (ou seja, a forma com que o indivíduo vai vivenciar essa condição taxativa), é o tratamento resultante desses diagnósticos; geralmente direcionado a medicamentos agressivos e que causam sérios efeitos colaterais a longo prazo. Assim analisarei a problemática em torno do diagnóstico em dois momentos: um primeiro que trata da relação entre a classificação patológica do diagnóstico e o indivíduo que recebe essa classificação, esse status. E em um segundo momento a discussão acerca da inconsistência do diagnóstico de transtornos comportamentais. Tomei como base para essa discussão o texto “Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade Infantil” de Fabíola Stolf Brzozowski, Jerzy André Brzozowski, Sandra Caponi.

O artigo trata basicamente da teoria do efeito de arco de Ian Hacking; um processo pelo qual a classificação de um indivíduo como portador de uma doença ou de um transtorno interage diretamente com a condição existencial do indivíduo, ou seja, a forma com que ele se vê e como os outros o veem. Inicialmente encontramos dois quadros de classificação dos objetos de análise como um todo, o tipo indiferente e o tipo interativo. Os tipos indiferentes não interagem com a classificação que recebem, por exemplo quando se classificam objetos semelhantes como melhores ou piores, os objetos não desenvolvem interação alguma com essas classificações; são atribuições que dados a objetos inanimados ou a conceitos teóricos. Os tipos interativos reagem com as classificações que lhe são atribuídas, esse é o caso de se classificar indivíduos sociais que interagem diretamente com certas classificações, como por exemplo a classificação de pessoas entre grupos de “feios” e “bonitos”, ou como “doentes” e “saudáveis”. Assim os autores afirmam que

O diagnóstico é o ponto central de divergência entre os tipos naturais e os tipos humanos, e é onde se dá a bifurcação entre indiferença e interação. Do ponto de vista prático que foi mencionado acima, realizar um diagnóstico significa rotular,

impor uma marca (...) Nesse sentido, o diagnóstico é um bilhete de entrada para um procedimento padronizado e, especialmente, institucionalizado (BRZOZOWISKI, BROZOZOWISKI, CAPONI, 2010, p. 893)

Assim deve-se entender que o efeito de arco proposto por Hacking, e analisado pelos autores, diz respeito às classificações interativas, mais especificamente no campo da saúde. De forma a tornar as coisas mais objetivas imaginemos o seguinte: uma pessoa vai a um médico com sinais que dizem respeito a um comportamento tido como anormal, e sai de lá com um diagnóstico de depressão, ou de TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) ou de TDAH. Essa classificação pode de fato ter um efeito sobre essa pessoa, e quais seriam esses possíveis efeitos? O indivíduo pode por um lado não só aceitar essa condição, mas abraçá-la no sentido de viver a condição da doença segundo esses preceitos científicos identificados no diagnóstico do médico e aceitos pelo senso comum, identificando aqueles sinais e outros que podem vir a aparecer como efeitos de uma doença, proveniente de um estado biológico que o levou a estar na condição de alguém doente. Por outro lado o diagnóstico do médico pode levar o indivíduo

a não aceitar essa condição, refutando não só a condição de doente mas excluindo qualquer ferramenta da medicina que poderia, de fato ajudar pessoas em casos extremos ou de necessidade imediata. Contudo, ainda sim isso é relativo. Assim o paciente desenvolve laços de interação com essa classificação partindo da legalidade do diagnóstico.

Vamos agora ao problema da consistência do diagnóstico, o que implica em uma discussão importante para a continuidade da leitura desse trabalho no sentido de diferenciar a condição de uma deficiência com causas biológicas bem definidas das condições impostas a uma classificação de transtorno que, como veremos, não possui a mesma base científica para provar sua existência e a necessidade de um tratamento medicamentoso ou simplesmente tradicional. Para isso nos utilizaremos novamente do estudo realizado no texto citado acima e vamos buscar montar um esquema que facilite o entendimento desse problema. Podemos assim dividir o processo de medicalização mais comum e influente, a consulta do paciente diretamente com o médico, da seguinte forma: 1ª etapa identificação do quadro, 2ª biologização dos sintomas e 3ª redução do quadro à uma categoria (BRZOZOWISKI, BROZOZOWISKI, CAPONI, 2010, p. 895).

Na primeira etapa surge o cenário em que o paciente entra no consultório, senta e começa a revelar quais foram os

motivos que o levaram a procurar ajuda profissional, ele dirá ao médico o que lhe incomoda e quais são as manifestações mais evidentes desse estado de mal-estar. Essas manifestações tornam-se sintomas aos olhos do médico, vários sintomas estão presentes em diferentes tipos de classificações patológicas o que naturalmente leva o profissional a buscar meios de identificar biologicamente essa causa da forma mais exata possível, identificando esse ou aquele sintoma como resultados de uma gripe, por exemplo. Nesse momento entramos na segunda etapa, que é quando o médico se utiliza das ferramentas e tecnologias específicas que identificam de forma padronizada a existência de uma anomalia biológica pode significar “existência de doença”. Esse processo pode ser identificado como exames de sangue, teste de reflexos, respiração, etc. Contudo quando os sinais ou as manifestações assumem o papel de sintomas, eles reafirmam a legalidade do saber médico sobre a vida dos indivíduos, no sentido de que todos as anomalias, tanto do corpo como da mente, tem finalidades patológicas e podem ser curados através da medicina. Com isso entramos finalmente no cerne da questão; de fato uma virose pode ser identificada com precisão como uma invasão viral na funcionalidade comum do corpo, a partir desse momento pode-se diagnosticá-la e tratá-la de forma objetiva, agindo quimicamente sobre o problema em questão e,

geralmente esses remédios funcionam. Mas e quando o caso em questão sai dessa lógica e não apresenta características biológicas bem definidas, apenas um quadro de sintomas aliados ao conhecimento médico? O que geralmente acontece?

Imaginemos que o paciente é uma criança e (naturalmente) está acompanhada de sua mãe. O que os levou ao consultório foram as frequentes reclamações na escola de que o Joãozinho não para quieto, não faz lição, vive brigando com seus colegas, nunca presta atenção na aula e se é indagado durante a aula não faz ideia do que a professora estava falando. Além disso, sua mãe tem reparado em casa esses sinais de inquietação e desatenção, o que vem a incomodando há muito tempo, mas a atmosfera da atual conjuntura dá indícios de que isso pode ser sério, pois os levou a um consultório médico, pondo em risco a normalidade desse jovem indivíduo. Ele não vomita, não tem febre constantemente, não reclama de dores e nem de enjoo, mas de todas essas manifestações reportadas pela mãe e outras delas repassadas por orientação da professora, o Joãozinho parece estar com algum problema. Ele se encaixa como um potencial portador de TDAH em um documento chamado “Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, esse paciente preenche todos os requisitos necessários para ser um anormal oficial! Essa ficha é composta por duas baterias de perguntas, uma referente à

desatenção e outra à hiperatividade, a segunda possui ainda uma continuação de três perguntas referentes à impulsividade, contudo ainda sim faz parte desse bloco referente à hiperatividade. Cada bloco tem 9 perguntas, somando 18 (9 para desatenção, 6 para hiperatividade e 3 para impulsividade), caso Joãozinho preencha pelo menos 6 do primeiro, ele é considerado desatento, o mesmo acontece com a hiperatividade/impulsividade, somando as duas temos TDAH. E as perguntas são as seguintes:

Crítérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade⁴

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por, pelo menos, 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;

⁴ Essa tabela de sintomas foi retirada do texto “Classificações interativas: o caso do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil” de 2010, de Brzozowski, Brzozowski e Caponi.

- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por, pelo menos, 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- (e) está frequentemente “a mil” ou, muitas vezes, age como se estivesse “a todo vapor”;
- (f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

Normalmente, é incomum contestar um diagnóstico, principalmente se houve uma fase direcionada a exames que buscavam encontrar um problema específico. Contudo, esse questionário acima é considerado um exame; na incapacidade de comprovar causas biológicas de patologias como o TDAH, esses questionários usados para identificar transtornos são as ferramentas que possibilitam a elaboração de um diagnóstico. Claro que o relato do paciente, nesse caso acompanhado pelo da mãe e as orientações vindas da escola, são extremamente importantes para que haja uma pré-noção da natureza dessa situação, porém se analisarmos a forma como se desenvolve essa consulta, principalmente a partir do questionário acima, fica claro que aí há uma espécie de falha que se baseia na inconsistência do diagnóstico. Trata-se um processo que visa incluir tudo dentro da lógica científica da medicina, enquadrando quadros emocionais e sociais como patologias e tratando-as como tais, sem diferenças mas gerando desigualdades fora do consultório médico. Essas desigualdades se manifestam tanto no paciente como na sociedade.

Sobre educação inclusiva

Nesse sentido a educação inclusiva expressa a necessidade de repensar a escola e seu reflexo na sociedade

sendo ela um dos agentes socializadores mais importantes da sociedade, também sobre a educação inclusiva como uma ação política e pelo direito de todos os alunos estarem juntos. Esse conjunto de concepções constitui um paradigma educacional fundamentado nos direitos humanos, conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, assumindo um papel central na luta pelo fim dos sistemas culturais excludentes dentro e fora da sala de aula, “a partir dos referenciais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada, implicando uma mudança estrutural da escola para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas” (MEC/SEESP, 2007, p.1).

A Política Nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva (PNEEI) centra as pautas do debate no Brasil. Com isso, utilizo o documento oficial referente ao ano de 2007 (ano de sua publicação) para criar as bases necessárias para tentar introduzir o leitor ao assunto. A PNEEI parte da constatação de marcos historicamente normativos sobre a realidade escolar no Ocidente de forma mais geral, porém afunilada e voltada para o cenário brasileiro. A escola é, historicamente, um privilégio de um grupo social, reproduzindo a desigualdade legitimada pela reprodução da ordem social. Mesmo com a democratização do ensino, ainda

existem grupos excluídos por serem considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola. “Assim, sob formas distintas, a exclusão tem apresentado características comuns no processo de segregação e integração, que pressupõem a seleção, naturalizando o fracasso escolar” (MEC/SEESP, 2007, p.1). Tradicionalmente a educação especial se constitui como algo paralelo ao sistema escolar comum, isso gerou a criação de espaços e grupos específicos separados; essa organização fundamentada na dicotomia normal/anormal “determina formas de atendimento clínico terapêuticos fortemente ancorados nos testes psicométricos que, por meio de diagnósticos, definem as práticas escolares para alunos com deficiência” (MEC/SEESP, 2007, p.2). Essas práticas são reflexos de uma construção histórica que acompanha a manutenção dos paradigmas médicos, acompanhados de um interesse político em interpretá-los e desenvolver práticas destinadas a sanar essas necessidades. Abaixo tem-se um breve histórico cronológico sobre essas ações no Brasil.

- Século XIX: Criação do Instituto de Meninos Cegos (1854), atual Instituto Benjamin Constant. Instituto dos Meninos Surdos (1857), atual Instituto Nacional na Educação dos Surdos, ambos localizados no Rio de Janeiro.
- Primeira metade do século XXI (1901-1960): Instituto

Pestalozzi (1926), Sociedade Pestalozzi para superdotação (1945), APAE (1954).

- Década de 60: Lei nº 4 024/61; o atendimento à pessoas com deficiência passa a ser fundamentado pelas Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (LDBEN, p.2).
- Década de 70: Lei nº 5 692/71, altera a LDBEN de 1961 e designa a educação especial para esses alunos. Em 1973, o MEC cria o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), responsável pela gerência da educação especial no Brasil. “Nesse período, não se efetiva uma política pública de acesso universal à educação, permanecendo a concepção de 'políticas especiais' para tratar da educação de alunos com deficiência” (p.2).
- Década de 80: “A Constituição Federal de 1988 traz como um dos seus objetivos fundamentais 'promover o bem de todos, sem preconceitos (...) e quaisquer formas de discriminação' (art. 3º, inciso IV). Define, no artigo 205, a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa (...). no seu artigo 206, inciso I, estabelece 'a igualdade de condições de acesso e permanência na escola' como um dos princípios para o ensino e garante, como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 2008)” (p.2).

- Década de 90: Lei nº 8 069/90, no artigo 55. Declaração Mundial de Educação Especial (1990), e a Declaração de Salamanca (1994). Publicação da Política Nacional de Educação Especial (1994). Lei nº 9 394/96, atual LDBN. Em 1999, o Decreto nº 3 298, que regulamenta a Lei nº 7 853/89 define a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular.
- Primeira década do século XXI: Diretrizes Nacionais para a educação especial na Educação Básica, resolução (NE/CEB) nº 2/2001. Plano Nacional de Educação, PNE, Lei nº 10 172/2001. Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3 956/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de professores da Educação Básica, resolução (CN/CP) nº 1/2002. Lei nº 10 436/02 reconhece Libras como um meio legal de comunicação e expressão. A Portaria nº 2 678/02 do MEC aprova diretrizes e normas para a difusão do Braille. Programa de Educação Inclusiva (2003). Publicação do documento 'O acesso de alunos com deficiência às Escolas e Classes comuns da rede regular (2004). Lei nº 10 048/00 e nº 10 098/00 são regulamentadas pelo Decreto nº 5 296/04. programa Brasil Acessível, do Ministério das Cidades (2004). Implementação do Núcleo de Atividades de altas habilidades/superdotação em todos os estados e no distrito

federal (2005). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006). Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, que objetiva, dentre suas ações, contemplar, no currículo da educação básica, temáticas relativas às pessoas com deficiência e ações afirmativas a esse respeito (2006). Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE e Benefício de Prestação Continuada – BPC (2007). Decreto nº 6 094/2007, que estabelece nas diretrizes do “compromisso todos pela educação” a garantia do acesso e permanência na rede pública (MEC/SEESP, 2007).

No texto os responsáveis trazem dados estatísticos sobre os principais pontos que tocam à questão da política de inclusão; como número de matrículas entre instituições públicas e privadas e entre escolas especiais e comuns. Esses dados foram coletados pelo MEC através do Censo Escolar/MEC/INEP, realizado anualmente. O Censo escolar possibilita acompanhar os dados da educação especial, ele coleta uma série de dados para compor seus indicadores, dentre eles as matrículas conforme tipos de deficiência e a acessibilidade física das escolas (infra-estrutura).

A partir de 2004, são efetivadas mudanças no instrumento de pesquisa do Censo, que passa a registrar a série ou ciclo escolar dos

alunos identificados no campo da educação especial, possibilitando monitorar o percurso desses alunos. Em 2007, o formulário impresso do senso escolar foi transformado em um sistema de informações online, o CensoWeb (MEC/SEESP, 2007, p.6).

A escola especial foi desenvolvida paralelamente à escola comum, nesse sentido foram reforçadas práticas direcionadas aos aspectos da deficiência, em contraposição à sua dimensão pedagógica. O desenvolvimento dos estudos da educação e dos direitos humanos indicam uma necessidade de reestruturação tanto do ensino regular como no especial.

As propostas da Declaração de Salamanca tinham entre si o propósito de combater a discriminação e acomodar todos no ensino regular, propiciando a permanência dos mesmos. Essa Declaração foi importante para disseminar as noções de necessidades especiais, ela ressalta a necessidade de propiciar a interação das características individuais dos alunos com o ambiente educacional e social. Nota-se a tentativa de incluir a educação especial à proposta pedagógica do ensino regular, o que segundo os autores ainda não alcançou seu objetivo.

A educação especial direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses alunos no processo educacional e, no âmbito de uma atuação mais ampla na

escola, orienta a organização de redes de apoio, a formação continuada, a identificação de recursos, serviços e desenvolvimento de práticas colaborativas (MEC/SEESP, 2007, p.9).

Da história “oficial” a uma abordagem crítica do TDAH

Atualmente a ABDA apresenta um conjunto de artigos e discussões que podem considerar-se como sendo um mapa dos critérios atualmente aceitos para diagnosticar TDAH no Brasil, isto é, a história oficial, ali se reproduz o que o discurso médico entende como validado e aceito no momento. A ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção) é uma organização sem fins lucrativos criada em 1999, em sua página na internet encontra-se a informação de que ela é formada basicamente por pacientes diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade. Sua função institucional é a de apurar e dar assistência e informação a indivíduos e famílias sobre a condição do portador, assim como tratamentos indicados e depoimentos de pessoas envolvidas com essa condição. Segundo a página na internet da instituição o TDAH é um “transtorno neurobiológico de causas genéticas, reconhecido oficialmente pela OMS (Organização Mundial da

Saúde), através da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)”⁵. Em outro ponto fica claro qual é o objetivo do grupo.

No esforço para atingirmos nosso objetivo de ampliarmos a educação e o conhecimento da população sobre o assunto, realizamos eventos para profissionais de diferentes áreas. Tanto para os profissionais de saúde ou de educação, a meta é sempre a mesma: oferecer capacitação para que cada vez mais o transtorno possa ser identificado, diagnosticado e tratado corretamente (ABDA, página oficial na internet)⁶.

É fácil perceber que toda a noção que envolve a questão do TDAH pela ABDA é pautada pela esfera científica, sobretudo a médica; a ela é delegada toda e qualquer capacidade de identificar e tratar a doença, também há a afirmação de que a ABDA não tem como finalidade criar conhecimento sobre a questão, já que essa responsabilidade exclusivamente científica. Assim podemos entender a Associação Brasileira do Déficit de Atenção como uma

⁵ <http://www.tdah.org.br/br/a-abda/quem-somos.html>.

⁶ IDEM.

organização social pautada na assistência de portadores, baseada exclusivamente em preceitos científicos médicos e psicológicos.

Entre as entidades apoiadoras da causa, encontram-se no site a Associação Brasileira de Psiquiatria, a empresa farmacêutica Novartis (fabricante da Ritalina), a Marpa (responsável por patentes), a Universidade Veiga de Almeida (instituição de ensino superior privada no Rio de Janeiro), Shire (companhia biofarmacêutica), o projeto Ação Global Sesi (Grupo Roberto Marinho), a ACM (Associação Catarinense de Medicina), a AND (Associação Nacional de Dislexia), a CNA (Centro de Neuropsicologia Aplicada), a LiLaPETDAH (Liga Latino-americana Para o Estudo de TDAH), a Risotoc (Associação de familiares, amigos e pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo [TOC] e Síndrome de Tourette do Rio de Janeiro) e a ADHD World Federation (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, nome em inglês do TDAH).

Com o intuito de disseminar informação sobre o assunto, a ABDA tem elaborado cartilhas informativas tendo como foco vários setores da sociedade, contudo essas cartilhas em sua maioria restringem-se tematicamente à questão do diagnóstico. No total são quatro cartilhas elaboradas pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção; uma sobre os direitos legais dos portadores de TDAH, uma sobre inclusão escolar, uma

terceira direcionada aos profissionais da educação e ainda, uma última sobre perguntas frequentes e respostas sobre o TDAH. Contudo, uma de minhas propostas é analisar a história sob um olhar reflexivo.

Como foi dito, a ABDA atua e reflete a noção estabelecida sobre o TDAH do ponto de vista médico e científico, com isso surge a necessidade de contrapor aquilo que nos é dado de forma pronta a partir de outras fontes de discurso que partem de premissas diferentes. Para poder entender mais a fundo qual é a realidade hoje que envolve o universo do TDAH é necessário buscar entender qual foi a trajetória ao longo dos anos, que culminou na questão que uso principalmente para justificar minha problematização. Para isso serviram como base os estudos de Fabíola Stolf Brzozowski que podem ser encontrados em sua tese de doutorado “Explicações reducionistas no discurso científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade desde 1950”, de 2013. A primeira parte do trabalho trata de uma breve introdução à pesquisa histórica, a autora pontua uma data como ponto de partida que seria 1950. Ela contextualiza o processo de medicalização associado à patologias infantis e o desenvolvimento das medicinas que trabalharam com a infância, dando ênfase às relações com os agentes nosológicos (a nosologia é a parte da medicina que descreve, estuda e

classifica as doenças.), durante seu longo processo histórico até os dias de hoje. Outro ponto presente nos escritos da autora levanta temas que tangem ao processo de colonização do discurso reducionista biológico em relação à medicalização da infância.

O trabalho de doutorado referenciado realizou uma pesquisa em dois periódicos científicos de grande circulação, o *The American Journal of Psychiatry* e *Pediatrics*, e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (o DSM, publicado no Brasil como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, até hoje o maior ponto de referência para o diagnóstico de transtornos mentais em todo o mundo), durante um período de tempo determinado.

Tendo como início, o trabalho indica que o diagnóstico da encefalite letárgica à época, é o que melhor equivale ao diagnóstico de TDAH nos dias de hoje. Era chamado também de pós-encefalite, já que acreditava-se que a causa para os quadros comportamentais de inquietação infantil eram resultados de danificações no cérebro provocadas pela encefalite. A autora afirma que não há a intenção de debater sobre a veracidade ou não das entidades nosológicas, e nem sobre os critérios diagnósticos no texto-objeto, o foco se volta para compreender como esses agentes podem ser relacionados ao TDAH através de uma perspectiva analítica da história da

medicina, assim como o processo de consolidação desse discurso. Compartilho da ideia de que não cabe às Ciências Sociais debater sobre a veracidade ou não da existência de tal transtorno, é contudo, verdade que essa também não é minha intenção.

O termo “história oficial” foi reutilizado nesse trabalho em função da utilização do termo pela autora, quando se fala em “oficial” é necessário justificar a existência do termo através da ótica da medicina, com isso conclui-se que a história contada por Brzozowisk é um síntese do que foi estudado e publicado como oficial pelas áreas e especialistas do campo da ciências médicas. Trata-se de como a construção do discurso científico, baseado na biologização e na localização cerebral do mal causador desses distúrbios que chegaram à forma que encontramos hoje. A autora define um ponto de vista analítico sobre o desenvolvimento do conceito, marcando a segunda metade do século XIX e o início do século XX, como o período de massificação da medicalização da infância, agindo em conjunto com outros discursos de saber, como o da disciplina escolar por exemplo.

É possível localizar algumas divisões nas opiniões dentro do campo acadêmico e científico. Alguns autores defendem que os vários nomes que atenderam à noção que hoje se tem sobre o TDAH, descrevem um conjunto de sintomas

muito parecidos entre si e que são, também, processos típicos da infância, mas que no caso do TDAH só ficou claro a pouco, fazendo sentido apenas nos dias de hoje. Isso fica mais evidente quando a encefalite letárgica deixa de ser indicado como a principal fonte de anomalias, abrindo espaço para um termo mais abrangente como “dano cerebral mínimo” que, durante a publicação do DSM-III, em 1980, coexistiu com o Transtorno de Déficit de Atenção. O texto ainda traz um terceiro viés que diz que, para alguns, o TDAH é uma condição real que existia há muito tempo, porém que esses autores nunca questionaram sobre as variáveis sociais que podem afetar o comportamento infantil.

Os primeiros escritos médicos sobre desatenção em crianças datam de 1798, obra do médico Alexander Crichton, para ele as causas consistiam em problemas no sistema nervoso que poderiam nascer com o indivíduo ou ser adquirido na forma de sequelas. Porém raramente consistia na inferiorização do intelecto, como ocorre hoje em dia, os casos de Crichton teriam como problema fundamental a desatenção e tendiam a diminuir com a idade. Na segunda metade do século XIX pipocaram inúmeros textos sobre doenças psíquicas, mentais e insanidades na infância.

As doenças relatadas geralmente eram

reconhecidas como resultados reversíveis de hereditariedade, degeneração, masturbação excessiva, trabalho excessivo ou preocupação religiosa. Além disso, no início do século XX, depois que a frequência escolar se tornou obrigatória em vários países, os educadores se tornaram mais preocupados com problemas de aprendizagem e de conduta entre seus alunos (KANNER, 1959), problemas que foram se tornando da área da psiquiatria (BRZOZOWSKI, 2013, p. 76).

Na década de 1930, um psiquiatra francês chamado Félix Voisin elaborou quatro categorias de crianças com necessidades especiais, baseados em três problemas fundamentais que eram a hereditariedade, o desvio moral e populações de risco (BRZOZOWSKI, 2013, p. 76-77). Ele propôs tratamento individual e diferente para cada categoria. Alguns estudos defendem que o início do interesse em crianças que apresentavam baixo índice de atenção e hiperatividade surge no início do século XX, em 1901, quando George Frederick Still relatou uma série de 20 casos de crianças com condutas desviantes e/ou dificuldade na inibição de suas vontades.

Segundo Rafalovitch (2001), Still foi

o primeiro a ligar a noção de debilidade mental à moralidade de crianças, (...) Para Rafalovitch, a discussão de Still sobre o controle moral em crianças como um problema médico surgiu a partir do ápice da discussão sobre a imbecilidade moral na época. Para Still, a moralidade individual viria com o desenvolvimento, e seria originado a partir de funções orgânicas do cérebro. Além disso, defendia que as crianças com controle inadequado de suas faculdades morais não eram intelectualmente inferiores. Em outras palavras, Still defendia que as crianças com dificuldade de inibição de suas vontades não apresentavam inteligência inferior às demais (BRZOZOWSKI, 2013, p. 77)

Na década de 30, foi descoberta a ação de psicoestimulantes na redução dos sintomas, essa descoberta deu margem à uma nova forma de enxergar o quadro a partir de lesões orgânicas no cérebro, em crianças que não haviam sofrido de encefalite, “levando à criação de do diagnóstico do 'dano cerebral mínimo' (TIMIMI, 2002)” (BRZOZOWSKI, 2013, p.78). É em 1937 que o termo “psiquiatria infantil” torna-se oficial, no primeiro congresso de psiquiatria infantil de Paris (Kanner). Com o tempo descobriu-se em exames que as lesões não eram frequentes nos casos, assim, em 1960, o termo “lesões orgânicas” caiu em desuso e deu lugar ao termo

“disfunção cerebral mínima” por se acreditar que a fonte seria, também, em função de disfunções cerebrais, não necessariamente lesões ou sequelas. Na segunda edição do DSM, de 1968, a condição foi chamada de “reação hiperkinética da infância”, o termo “Transtorno de Déficit de Atenção” apareceu no DSM-III, que deu destaque aos sintomas e não às causas do suposto transtorno, e enfatizou a falta de atenção como fator determinante do diagnóstico. O TDAH apareceu na 4ª edição do DSM.

os critérios para o diagnóstico foram divididos em três subtipos: um tipo predominantemente desatento, um tipo predominantemente hiperativo e/ou impulsivo, e o tipo combinado. Vale ressaltar que a mudança do DSM-III para o DSM-IV, com critérios mais abrangentes, aumentou a prevalência do transtorno em aproximadamente dois terços, uma vez que os novos critérios diagnósticos englobam boa parte das crianças com problemas de aprendizagem e comportamento escolar (TIMIMI, 2002) (BRZOZOWSKI, 2013, p. 79).

Em um segundo momento Brzozowisk descreve quais foram as principais mudanças notadas em sua análise das

publicações, nos primeiros casos as situações descritas eram muito mais graves, os transtornos descritos antes eram muito mais severos do que hoje em dia, tais como transtornos convulsivos e encefalite. A atenção em relação ao problema da desatenção era quase inexistente, também é notável que a psiquiatria era o último recurso acionado, até porque era comum isolar esses indivíduos quase que inteiramente do convívio social. Em 1950 já se conhecia o efeito das anfetaminas, mas apenas na década de 1960, quando estudos surgiram em maior quantidade, com o resultado recorrente dos medicamentos, a teoria da “disfunção cerebral mínima” ganha força. Nessa mesma época cresce também o campo da psiquiatria preventiva, que teria como objetivo identificar comportamentos, condutas ou sintomas antes que algumas “doenças” se tornassem mais graves. Esse é um dos discursos que possibilitam a intervenção médica nos pequenos desvios de conduta.

Percebe-se que desde 1970, já havia críticas a respeito dos diagnósticos e das formas de tratamento com fármacos do quadro do dano cerebral mínimo mesmo quando o resultado era positivo para o uso de medicamentos.

Kinsbourne (1973) cita três possíveis

causas para os comportamentos que eram classificados como hipercinéticos. A criança que não aprende porque não tem capacidade ou o professor não é bom; a criança ansiosa e com outros problemas emocionais; e a hiperatividade orgânica, que seria a verdadeira hiperatividade. Para o autor, em muitos casos os fatores sociais exerciam um papel no comportamento infantil, podendo, inclusive, influenciar na aprendizagem da criança (BRZOZOWSKI, 2013, p.83).

A partir dos anos de 1980 ocorre uma diminuição das buscas de fatores sociais e o discurso biológico ganha espaço, por outro lado, os discursos divergentes apresentam maior coerência entre si, o que insinua uma universalização do discurso. É nessa mesma década que é publicado o DSM-III, edição considerada um divisor de águas na psiquiatria; a partir dele os transtornos psiquiátricos passaram a ser diagnosticados por meio de uma lista de sintomas , numa tentativa de universalizar e padronizar os diagnósticos.

Existem muitas tentativas para encontrar um 'marcador' para o TDAH, seja por meio de localização cerebral, ou por neurotransmissores ou genes. E é a partir da década de 1990, com o início da

utilização de exames de imageamento cerebral, como as tomografias, que as hipóteses localizacionistas puderam ser testadas (...) até hoje essa hipótese não é questionada. E, nesse sentido, o tratamento farmacológico é o que mais aparece nos artigos” (BRZOZOWSKI, 2013, p.84-85).

Atualmente, em resumo, o discurso hegemônico em torno do TDAH está relacionado com a busca constante por fatores biológicos responsáveis pelos comportamentos característicos do transtorno.

Os aspectos jurídicos da medicalização

Nesse momento trataremos dos aspectos jurídicos do processo de medicalização, principalmente pela via educacional, vinculada indiretamente à questão da educação inclusiva. A partir dos anos 2000 viu-se uma tendência ao retrocesso no que diz respeito à elaboração de políticas públicas voltadas a temas que tangenciam tanto o campo da Educação como o da Saúde. Essas políticas públicas tem surgido nas esferas do legislativo em âmbito federal, estadual e municipal, sua maior expressão é de fato a elaboração de projetos de lei que visam direcionar o funcionamento legal da

estrutura escolar no sentido de naturalizar tanto o diagnóstico como as tendências pedagógicas que tratam de alunos com necessidades “especiais”, entende-se fora do normal. Esse processo é acompanhado da especulação midiática em torno do assunto, tratado como uma crise na qual existiria uma epidemia, principalmente de TDAH e dislexia, pondo em risco o futuro da sociedade, atingindo principalmente jovens e crianças, mas não apenas elas. Segundo as palavras de Maria A. Moysés:

Menino maluquinho não existe mais, está rotulado e recebendo psico-trópicos para TDAH; Mafalda está tratada e seu Transtorno Opositor Desafiante (TOD) foi silenciado; Xaveco não vive mais nas nuvens, aterrissou desde que seu Déficit de Atenção foi identificado; Emília, tão verborrágica e impulsiva, está calada e quimicamente contida; Cebolinha está em treinamento na mesma cabine nas mesmas tarefas usadas para rotulá-lo como portador de Distúrbio de Processamento Auditivo Central (DPAC) e assim está no tratamento profilático da dislexia que terá com certeza quando ingressar na escola; Cascão é objeto de grandes debates no comitê que está elaborando o DSM V, com divergências se ele sofreria de TOCS (transtorno obsessivo compulsivo por sujeira) ou TFH (transtorno de fobia hídrica), mas tudo indica que chegaram a um acordo e os novos dois tipos

de transtornos recém inventados serão lançados no mercado, pois quanto mais transtorno melhor (MOYSÉS, 2014, p. 44)

Descobri em minha pesquisa que a aparente novidade no processo de massificação desses diagnósticos fazia parte de algo que não era necessariamente novo, mas formava um conjunto de práticas institucionais e oficializadas na medicina pelo DSM (o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders em inglês, também conhecido como dicionário de saúde mental), desde sua 2ª edição (1968), que é um livro organizado pela associação de psiquiatria norte-americana; referência em todo o mundo como guia para os médicos. Uma das principais aspirações iniciais de meu trabalho era o de organizar e explorar as formas com que as políticas públicas tem dialogado com as tendências sociais no âmbito da discussão da medicalização da infância, principalmente [mas não só] na área da Educação.

Essas políticas públicas tem sua expressão na elaboração de projetos de lei, como já foi dito. Tanto as que estão em processo de análise como as que já foram aprovadas, gerando leis que servem de diretrizes para outros círculos administrativos, como o estadual e o municipal gestarem novos projetos relacionados ao tema. A problemática sobre a elaboração de leis referentes ao tema do diagnóstico de

transtornos psico-comportamentais surgiu através do contato que tive com a lei municipal nº 9018, de 24 de julho de 2012 de autoria do vereador João Aurélio Valente Júnior do PP. Ela é resultado da aprovação do projeto de lei nº 13725 de 29 de setembro de 2009, de mesma autoria. Assim como todos os projetos de lei o documento apresenta sua proposta dividida em artigos, seguido de uma justificativa, onde o autor expõe seus pressupostos referentes à necessidade da aplicação de tais práticas. Todos esses dados apresentados foram retirados de um documento, que consegui uma cópia na câmara municipal de Florianópolis, no início de meu trabalho de campo. Esse documento contém um acervo com a cópia da lei nº 9018, e dos projetos subsequentes citados acima, todos eles com suas justificativas. Creio que seja secundário, mas importante acusar em qual sentido esses outros projetos de leis dizem respeito ao processo de medicalização

PROJETO DE LEI Nº 13725/09

“Institui a política municipal de prevenção e diagnóstico de distúrbios psico-mentais e da esquizofrenia destinada aos escolares, na rede municipal de educação de Florianópolis, e dá outras providências.

Art. 1º – Fica instituída a Política Municipal de Prevenção e Diagnóstico de Distúrbios Psico-Mentais e da Esquizofrenia, destinada aos escolares, na rede municipal de

Educação de Florianópolis.

Art. 2º - A política a que se refere esta Lei tem por objetivo:

I – informar e esclarecer os professores e outros profissionais da área da educação sobre o risco da manifestação de Distúrbios Psico-Mentais e da Esquizofrenia em alunos da rede municipal de ensino;

II – orientar sobre os métodos e formas preventivas de combate aos referidos males;

III – encaminhar os alunos enfermos para o adequado tratamento das moléstias de que se vítima.

Art. 3º – O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, no que couber, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 4º – As despesas decorrentes com o disposto nesta Lei, correrão por conta das verbas próprias do orçamento, suplementadas se necessário.

Art.5º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, em 29 de setembro de 2009” (Diário Oficial do Município de Florianópolis, 2009)

A lei sancionada em 27 de julho de 2012 (nº 9018) difere apenas em alguns termos de seu projeto de lei apresentado em 2009 (nº 13725), porém essas pequenas diferenças não alteram o intuito da proposta. Ao final do processo de aprovação dos projetos de lei é emitida pela diretoria da câmara municipal uma certidão, nesse caso a certidão diz respeito à inexistência de lei municipal ou proposição em tramitação que “institui a política municipal de

prevenção e diagnóstico de distúrbios psico-mentais e da esquizofrenia destinada aos escolares, na rede municipal de educação de Florianópolis, e dá outras providências”. Contudo são apresentados outros projetos de leis que dizem respeito à mesma temática, nesse caso as questões psico-sociais, para acrescentar ao debate. No caso de Florianópolis encontra-se outros quatro projetos de lei que se enquadram nessa posição, são eles os projetos de lei nº 13485, 13513, 13620 e 13659, todas referentes ao ano de 2009.

Projeto de Lei nº 13485 - “Dispõe sobre a caracterização de usuários dos centros de atendimento de atenção psicossocial (Caps) como pessoas portadoras de deficiência temporária” do vereador Ricardo C. Vieira, do Pcdob.

P.J. nº 13513 - “Institui a política de assistência psicopedagógica nas instituições públicas de ensino infantil e fundamental” do vereador Jaime Tonello, do DEMocratas.

P.J. nº 13620 - “Dispõe sobre a criação de um programa de assistência psicológica para as vítimas de racismo no município de Florianópolis, e dá outras providências” do vereador Márcio de Souza, do PT.

P.J. nº 13659 - “Autoriza o Poder Executivo a dar suporte psicológico a menores durante o processo de

investigação de paternidade” do vereador Tiago Silva, do PPS.

Em uma perspectiva de delimitação do objeto de pesquisa, optei por analisar a lei municipal nº 9.018 de Florianópolis. Meus esforços de buscar entender o panorama em que essa questão se desdobra partem de meu trabalho de campo foi realizado por meio de visitas à Câmara Municipal de Florianópolis; nas primeiras visitas procurei entender melhor como funcionava o sistema burocrático que me permitiria encontrar e ter acesso ao material necessário para que eu pudesse analisar mais a fundo como foi o processo pelo qual o projeto dessa lei passou até se tornar uma lei. Para a minha surpresa não encontrei grandes dificuldades em conseguir o que eu queria, em poucas visitas tive acesso ao processo legal do projeto de lei, no mesmo dia consegui uma cópia completa do mesmo que me foi dada, impressa na própria Câmara Municipal.

A partir daí iniciei um estudo sobre as mais de 80 páginas que compunham o documento. A lei nº 9018 foi sancionada no dia 24 de julho de 2012, quase três anos após a apresentação do projeto de lei que daria origem à mesma, datada em 29 de setembro de 2009. Uma das maiores dificuldades que encontrei foi o fato de que eu nunca tinha acompanhado um processo como esse, de início era algo

abstrato, cheio de comissões e pareceres, assim fui obrigado a voltar a campo e buscar mais informações que me ajudariam a entender o percurso percorrido. Durante a pesquisa entendi que eu deveria entender cada um dos documentos que compunham o processo como um pedido ou uma resposta. As comissões são grupos internos da estrutura da Câmara Municipal e eram chefiados por vereadores, os quais assinavam os pareceres das diversas comissões. Entre as comissões que apareciam durante a análise estavam as comissões de constituição e justiça, saúde, educação, e finanças. Além delas aparecem também pedidos da Procuradoria e encaminhamentos às secretarias de educação e saúde e ao prefeito na época, o atualmente senador Dário Berger.

O que encontrei inicialmente foi o pedido feito pelo vereador autor do projeto à comissão de constituição e justiça para que fossem revisadas todas as propostas que, em certa medida, conversavam com a primeira, no intuito de ver se já havia algo muito semelhante ao mesmo. A existência de uma lei semelhante invalidaria a justificativa de necessidade de aprovação. Esses outros projetos foram listados acima nesse mesmo capítulo. A partir daí o que se sucede são vários pedidos formais de aprovação do projeto nas respectivas comissões, uma negação apenas indicava que outro caminho seria proposto para que se alcançasse o mesmo objetivo. O que segue agora é

uma descrição pontual dos caminhos percorridos institucionalmente pelo projeto desde sua apresentação até sua aprovação. Dividi o processo em questão em quatro partes, respeitando a temporalidade dos acontecimentos:

Ficha de apresentação

Apresentação e justificativa do projeto de Lei nº 13725 de 2009 – 29/09/2009

Encaminhamento para processamento do projeto de Lei – 05/10/2009

Parecer técnico legislativo sobre a inexistência de outra Lei com esse tema específico e anexação de Leis semelhantes – 16/10/2009

Sanção da Lei nº 9.018, referente ao projeto de Lei nº 13.725/2009, pelo então prefeito Dário Berger - 24/07/2012

Início/Parte 1

- Parecer instrutivo à Comissão de Constituição e Justiça – 03/11/2009
- Parecer da Comissão de Constituição e Justiça – 30/11/2009
- Resposta do Gabinete do vereador autor ao presidente da Comissão de Constituição e Justiça – 01/02/2011
- Resposta da Comissão de Constituição e Justiça e encaminhamento para a Procuradoria da Casa – 15/03/2010
- Parecer da Procuradoria em relação ao encaminhamento

da Comissão de Constituição e Justiça – 17/03/2010. Acordado pelo procurador geral em 22/03/2010

- Novo encaminhamento para concluir o parecer – 05/04/2010
- Parecer do novo encaminhamento e pedido de um novo encaminhamento para as Secretarias de Saúde e Educação do Município – 19/04/2010

Parte 2

- Encaminhamento da diretoria legislativa a pedido da Comissão de Constituição e Justiça (segundo as recomendações da procuradoria) ao então prefeito Dário Berger, no sentido de solicitar a manifestação das Secretarias Municipais de Educação e Saúde – 29/04/2010

- Reiteração do pedido de informações ao prefeito – 10/06/2010

- Resposta da Prefeitura seguida de anexo, em relação aos pareceres técnicos das duas Secretarias solicitadas em – 01/06/2010 – e lidos no expediente do dia – 02/08/2010

Anexo 1 – Parecer técnico da Secretaria de Saúde referente ao projeto, elaborado em - 24/03/2010 – e encaminhado à Comissão em 01/06/2010

Anexo 2 – Parecer técnico da Secretaria de Educação referente ao projeto, seguido por dois outros anexos (**2.1** e **2.2**), elaborado em – 20/03/2010 – e encaminhado à Comissão em 01/06/2010

Anexo 2.1 – Parecer sobre o Programa Saúde na Escola (Diretoria de Educação Inclusiva e continuada/ Gerência de Educação Inclusiva) ao secretário municipal de saúde, sobre a consistência do projeto de Lei referido - 17/03/2010

Anexo 2.2 – Cópia da Lei nº 10.216/2001, que serve de base para parte dos argumentos apresentados no Anexo 2.1 - 17/03/2010

Parte 3

- O processo volta para a Comissão de Constituição e Justiça. Assim é pedido o encaminhamento ao autor do projeto para apresentar manifestações de pareceres das Secretarias de Educação e Saúde – 23/08/2010
- Resposta do vereador autor ao Presidente da Comissão de Constituição e Justiça – 10/03/2011
- Novo parecer da Comissão de Constituição e Justiça, vota pela INADMISSIBILIDADE do projeto referente. Propõe a apresentação do projeto ao chefe do Executivo na forma de indicação – 19/03/2011
- Despacho da gerência de plenário e Ordem do dia para a Comissão de Constituição e Justiça, sobre o parecer do dia – 19/03/2011
- Encaminhamento da Comissão de Constituição e Justiça para o vereador autor apresentar fatos novos, como solicitado – 15/08/2011
- Não houve resposta por parte do vereador, com isso a Comissão de Constituição e Justiça responde à gerência da Ordem do dia do ocorrido – 23/08/2011
- Novo requerimento da gerência de plenário para que a Comissão de Constituição e Justiça apresente fatos novos – 27/09/2011
- Novo pedido da Comissão de Constituição e Justiça para o vereador autor apresentar fatos novos – 27/09/2011
- Resposta do vereador autor à Comissão de Constituição e Justiça: “Manifestação acerca dos pareceres contrários ao projeto de Lei nº 13.725/2009 – 30/09/2011
- Novo parecer requerido pela Comissão de Constituição e Justiça “diante do acima exposto, sou pela

ADMISSIBILIDADE e normal tramitação da matéria” -
14/10/2011

Parte 4/Aprovação do projeto

- Parecer FAVORÁVEL da Comissão de Saúde sobre o projeto – 17/11/2011
- Parecer da Comissão de Educação sobre o projeto – 13/12/2011
- Parecer da Comissão de Orçamento, devido ao artigo 4º do projeto: “Art. 4º – As despesas decorrentes com o disposto nesta Lei, correrão por conta das verbas próprias do orçamento, suplementadas se necessário”. Nesse documento a Comissão de Orçamento requer a manifestação do Poder Executivo no sentido de instruir sobre o que tange aos gastos – 10/02/2012
- Parecer da Comissão de Orçamento – 29/02/2012
- Resposta do vereador autor ao parecer – 23/04/2012
- Parecer FAVORÁVEL da Comissão de Orçamento – 22/03/2012
- Requerimento da redação final à Comissão de Constituição e Justiça – 06/06/2012
- Parecer da redação final do projeto de Lei nº 13.725/2009, FAVORÁVEL – 06/06/2012
- Redação Final – sem data identificada
- Ofício da Diretoria Legislativa sobre o encaminhamento do projeto de Lei para o prefeito – 10/07/2012
- Sanção da Lei nº 9.018, referente ao projeto de Lei nº 13.725/2009, pelo então prefeito Dário Berger - 24/07/2012

O projeto de lei é uma proposta na forma de um

documento que apresenta uma possível estrutura, sujeita a futuras mudanças, para uma nova lei. Esse documento é elaborado no sentido de apresentar formalmente as intenções do autor em relação a certo problema, no caso do projeto de lei nº 13725/09 esse documento é formado por cinco páginas; uma primeira que apresenta o que seria a estrutura oficial da possível lei, com seus artigos e sub-artigos, seguida por três páginas de justificativa, e por último uma página com uma certidão que afirma e prova que não há nenhuma lei devidamente aprovada que seja parecida com essa, parece que se caso houvesse pelo menos uma, isso seria motivo para invalidar o requerimento da aprovação do projeto em questão.

Essa iniciativa teria sido inspirada em uma ação da Universidade Federal de São Paulo que já ensinaria professores de escolas públicas a identificar a esquizofrenia em seus alunos, a partir disso essa preparação para identificar sintomas seria maximizado para além da esquizofrenia, abrangendo os tipos mais comuns de transtornos de aprendizagem, como o TDAH e a dislexia. Nesse sentido a prevenção e o diagnóstico seriam itens necessários para o devido encaminhamento ao tratamento médico, o que poderiam subsidiar a experiência necessária para que se desenvolvessem outras políticas públicas com o mesmo intuito. Não há em nenhum momento nenhum questionamento sobre a consistência do diagnóstico, isso era de se esperar.

Outro ponto que até certa medida era previsível é que o parâmetro normativo adotado em relação à essas mudanças é o comportamento escolar idealizado de jovens e crianças que, através da calma e da concentração ininterruptas, absorveriam todos os conhecimentos que lhe fossem expostos de forma ideal.

Contudo há um caráter dúbio na apresentação da justificativa, por um lado ela apresentaria essa intenção clara de normatizar um comportamento indesejado, porém com o avanço da leitura encontramos argumentos que tem um caráter mais humanitário e aparentemente conscientes das dificuldades que a realidade escolar apresenta principalmente para seus alunos. Em relação a isso encontra-se argumentos que estão voltados para a preocupação com a dificuldade em lhe dar com expectativas pessoais e dos outros, o que pode gerar uma série de conflitos internos que se manifestariam através desses comportamentos inadequados. Porém essa aparente preocupação logo se mostra como resultado de uma demanda parcial, já que a justificativa se baseia no fato de que esses comportamentos seriam resultados de um problema de saúde, mais adiante fica claro que esse mesmo problema de saúde seria responsável pelo fracasso em relação aquelas mesmas expectativas, aquelas expectativas que aparentavam trazer esse aspecto humanitário. Em seguida são apresentadas uma lista

de sinais que indicariam a existência de uma doença, creio que essa lista não esteja aí da mesma forma que essas características, as quais muitas se repetem, estão na ficha de inspeção do médico. Mas sim para mostrar que segundo esses critérios, muitos comportamentos inadequados que eram tratados como normais são na verdade fruto de uma doença. Já fizemos essa discussão algumas vezes nesse trabalho.

A psicopedagogia tem ocupado um espaço significativo tanto no processo de diagnóstico, como também na intervenção educativa, num processo de análise da situação do aluno com dificuldades dentro do contexto da escola e da sala de aula, com o objetivo de orientar e instrumentalizar os professores para modificar os conflitos que estão manifestos (Processo do projeto de Lei nº 13725/09, 2009, p.6)

Nesse sentido creio que seja interessante citar outros autores que vão me ajudar a desenhar esse quadro legislativo que vem acontecendo no Brasil como se fosse uma tendência. São eles Felipe Oliveira e Marilene Proença Rebello de Souza, o texto se intitula “O que dizem os projetos de lei sobre dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade:

contribuições da psicologia escolar”. Nesse trabalho foi realizada uma pesquisa sobre o surgimento de projetos de lei referentes à temática de 2003 a 2010, pesquisou-se no âmbito nacional de Brasil, em nível estadual e municipal a pesquisa restringiu-se ao estado de São Paulo e a capital com mesmo nome.

Os Projetos de Lei passaram a tramitar a partir de 2003, tendo um maior número de proposições nos anos de 2007 (cinco proposições) e 2008 (quatro proposições), o que corresponde à metade das proposições em tramitação. Das 18 proposições legislativas, 14 delas referem-se à dislexia, três à TDAH e uma delas a ambos supostos transtornos (REBELLO, OLIVEIRA, 2014, p. 203)

Desses 18 projetos oito são federais e exercem seu poder por todo o país, dando base para novas proposições. Todas essas leis e projetos são o reflexo não apenas do afunilamento do livre arbítrio em função do processo de medicalização, mas também de um outro processo que, nesse trabalho é um coadjuvante importante, que é o processo de juridicização da vida, onde a cada novo momento existe o desenvolvimento de novas disputas e paradigmas dentro do

campo legal, todos eles referentes ao modo como as pessoas devem se comportar legalmente. O exemplo da lei nº 9.018/2012 é só mais um exemplo desse processo que não é isolado, mas vem se mostrando algo que acontece em nível nacional.

Como foi mostrado acima, grande parte dos projetos de lei referentes ao tema da medicalização tangem também à questão da educação, da formação educacional dos indivíduos frente a um grave problema que seria essa epidemia de patologias comportamentais; essa luta mostra-se tão central como um problema que deve ser resolvido pela medicina, que essa recebe apoio na forma de uma estrutura legal, que visa erradicar esse problema e aumentar a vigilância em lugares e em momentos que, tradicionalmente explicitam essas situações desagradáveis. Quanto à medicalização da infância a partir do prisma educacional, esse momento e a vida escolar, e esse lugar é a escola, a qual fiz de meu campo de pesquisa. O capítulo seguinte busca descrever a estrutura institucional de funcionamento geral da escola, inicialmente com base em análise documental, e em seguida com a análise das entrevistas realizadas durante a pesquisa.

Análise do campo

Em certa altura desta pesquisa surgiu a necessidade de realizar uma análise documental do regulamento interno do Colégio de Aplicação. Isso porque ao relacionar os conhecimentos prévios sobre meu campo ao tema de minha pesquisa (conhecimentos prévios que eu adquiri durante meu estágio docente), percebi que havia alguns pontos-chave que talvez demandassem uma maior atenção, além de uma base empírica de pesquisa, no sentido de caracterizá-los através de uma perspectiva analítica e histórica. O que me levou inicialmente a essa busca foi o fato de que durante meu estágio participei de um evento comum da realidade dos professores e de alguns alunos chamado Conselho de Classe. Esse Conselho baseava-se no seguinte: periodicamente todos os professores de determinado segmento de turmas, como os professores das salas do 9º ano, por exemplo, se reuniam com os dois coordenadores da orientação pedagógica, os estagiários também eram aceitos, além de minha colega de estágio e eu, haviam vários outros estagiários de outras disciplinas.

Em um primeiro momento os professores, estagiários e diretores reuniam-se com os representantes de sala, alunos eleitos pelos colegas, para que eles apresentassem suas demandas na forma de questões pontuais que seriam ouvidas pelos

professores e em seguida debatidas, essas demandas geralmente se referiam à reclamações ou propostas sobre o exercício pedagógico dos docentes. A partir daí a reunião se baseava em identificar cada um desses alunos e falar sobre seu desempenho e suas condições, ali também é onde apareciam, oficialmente, as reclamações sobre comportamentos indesejados na sala de aula. Os alunos que me referi no início do trabalho que já possuíam um diagnóstico eram alvo de comentários geralmente voltados a resignação, como “esse é um caso a parte” ou “nós sabemos que ela tem vários problemas”. Lembro-me também que quando se tratava de um aluno da sala que eu estava atuando, houve um comentário do tipo “esse não tem um diagnóstico, mas é uma questão de tempo, dá pra perceber que ele tem alguma coisa”. Foi esse o motivo, reafirmado nas entrevistas, que me levou a preocupar-me com essa questão quase ritualística de um espaço e tempo delimitado que gera na maioria das vezes, a demanda por busca profissional médica.

Busquei analisar o Projeto político Pedagógico, onde encontrei uma caracterização oficial do Conselho de Classe. Lá encontrei a descrição e a função oficial do evento, segundo o documento o Conselho tem caráter deliberativo, visa à reflexão, a avaliação e a decisão, ação e revisão do processo ensino-aprendizagem. Os professores se reúnem com os representantes

da orientação pedagógica e da educação especial (se for o caso grupo/aluno), as turmas são avaliadas coletivamente e os alunos individualmente por todos. Tem como finalidades a) avaliar o desempenho escolar, a relação docente/educando, a relação entre os alunos e questões referentes ao processo pedagógico; b) encaminharem ações pedagógicas a serem adotadas; c) deliberar a respeito da avaliação final desses alunos. “Os encaminhamentos feitos em cada conselho de classe deverão ser levados à turma pelo orientador educacional, juntamente com seus representantes. O planejamento do conselho de classe deverá ser realizado pelo setor pedagógico da escola e terá objetivos diferenciados a cada trimestre” (PPP, 2007, p.133).

O Projeto Político Pedagógico é um documento que contém as propostas e regulamentos da escola, ou seja, trata-se de uma forma de materializar um tipo ideal de funcionamento da escola como um todo na forma de texto. Essa proposta de pensar a escola como um todo surgiu das demandas propostas pela lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN), nº 9394 de 1996. A partir disso, em 1997, criou-se a ideia de reavaliar a realidade do ambiente escolar institucionalizado; esse processo foi vivido pelos quatro principais segmentos da comunidade escolar do Colégio de Aplicação: pais, alunos, professores e técnicos administrativos.

A preocupação com a participação é algo que decorre de valores democráticos, e foi uma constante nesse trajeto para gerar o envolvimento de todos os segmentos da escola, no sentido de que os mesmos precisam ter seus interesses, vontades e valores levados em conta (PPP, 2007, pg.2).

Trata-se claramente de uma proposta de debate e reflexão sobre as condições dadas da escola a partir de seus membros, para repensá-la sob uma ótica democrática e com intuito de nivelar e combater as desigualdades tradicionalmente reproduzidas dentro e fora do ambiente escolar. Esse processo de construção é dinâmico e, repetidamente, mantém o passado em constante reconstrução; “Assim, é possível pensar que estarão abertas as possibilidades para a construção de uma práxis capaz de transformar as relações sociais existentes na sociedade e, entre elas, aquelas que se dão na escola” (PPP, 2007, p.2).

A partir do surgimento dessa demanda proposta pela lei nº 9394/96, já em 1997, foi realizado no C.A. um vasto levantamento de dados que buscava identificar pontos de análises que necessitavam de reflexão, e posteriormente

propostas inovadoras para essas questões; a pesquisa intitulava-se “Avaliação/Diagnóstico da Instituição Escolar- Um elemento para a construção do projeto político pedagógico”. Tabulados esses dados, a equipe passou a organizar o planejamento de organização escolar; o planejamento estratégico dividiu as considerações da pesquisa junto aos outros segmentos da comunidade nas seguintes partes: “características, desejos, opiniões e peculiaridades que possibilitassem a reflexão sobre a escola que se apresentava naquele momento e qual gostaríamos de ter” (PPP, p. 4). Uma outra pergunta surgiu e busquei responde-la: as propostas da educação especial estavam presentes no PPP? Não, não consta no documento nada específico sobre essa discussão, mas é bem provável que havia sim essa temática como pauta, isso porque em entrevista, uma professora mencionou logo no início que, o Colégio de Aplicação tem um histórico forte no setor de inclusão, no sentido de receber esses alunos. Também pelo fato de que sua contratação foi contemporânea à criação de um setor específico para tratar desse assunto em 2008, um ano após a publicação do documento atual do Projeto Político Pedagógico da escola que foi analisado por mim.

Dois pontos que me pareciam importantes foram respectivamente os objetivos dos pressupostos filosóficos e os fundamentos metodológicos do Colégio Aplicação

apresentados no PPP. Os pressupostos filosóficos têm como objetivo geral “proporcionar a transmissão, produção e apropriação crítica do conhecimento com o fim de instrumentalizar a responsabilidade social e a afirmação histórica dos educandos” (PPP, 2007, p. 8). Na sequência são apresentados os objetivos específicos, dentre eles se destacam os que visam:

Proporcionar os conhecimentos necessários para instrumentalizar o educando na sua atuação, tornando-o crítico e produtivo no processo de transformação no mundo e consequente construção de uma sociedade justa, humanitária e igualitária; (...) Possibilitar ao educando a vivência de práticas democráticas concretas para que este possa desenvolver-se como sujeito livre, consciente e responsável na construção coletiva de sua realidade histórica; (...) Nesse sentido, desencadear o processo de discussão e sistematização da reestruturação curricular, a partir dos princípios norteadores, implica um fazer acontecer à articulação entre as duas estruturas que compõem a organização escolar, ou seja, a pedagógica e a administrativa (PPP, 2007, p.8).

Sobre os fundamentos metodológicos do PPP não há

muito que falar, vemos um direcionamento inicial para a questão da organização do currículo, que deve ser discutido e construído coletivamente, visando e dando prioridade a novas formas de organização curricular que se baseiam no inter-relacionamento de diferentes áreas de conhecimento de forma interdisciplinar. Ainda em relação ao currículo há menção de um aspecto que deve ser discutido a partir da colocação anterior. O controle social é possível por meio do currículo oculto, concebido como “mensagem transmitida pela sala de aula e pelo ambiente escolar”, assim a organização do currículo, visando emancipação do sujeito, implica em desvelar as visões simplificadas da sociedade, concebida como um todo homogêneo, e de ser humano como alguém que tende a aceitar papéis necessários a sua adaptação ao contexto em que vive.

Creio que muitas das reflexões e proposições do documento são reflexos da temporalidade histórica em que foi concebido, me pareceu que pouco foi pensado além, mas creio que não era a intenção dos redatores das várias edições do PPP propor previsões ou se preocuparem com o que estava por vir, o intuito desse documento é o de repensar a escola a partir de um ponto de referência que é o tempo; o presente de cada momento. Agora, já passado quase 10 anos desde de sua última edição em 2007, a realidade do Colégio de Aplicação enfrenta novas questões, o caráter democrático e o intuito de inserir e

receber todos os tipos de indivíduos como alunos é um ponto forte do C.A. Em relação a questão do TDAH, ou da forma mais geral que mais me interessa, da medicalização da vida; principalmente da infância e da juventude, acredito que o Colégio já estejam passando por uma reformulação do pensamento em função de novos paradigmas que vão além da inclusão, da homogeneização. Há algum tempo as escolas tem sido colocadas em xeque e viu-se que elas foram adquirindo um papel importante, e em certa medida coativo, nesse processo de medicalização da vida. Mas me parece que ainda há resistência, pelo menos há uma aspiração por parte de uns poucos a resistir a esse processo.

Análise das entrevistas

As entrevistas que realizei para esse trabalho foram as primeiras que fiz sozinho, sem a ajuda direta de colegas envolvidos em um projeto. Inicialmente defini que usaria a técnica de entrevistas semi-estruturadas, como é proposto no capítulo sobre o método. As perguntas das entrevistas visavam guiar o diálogo para questões objetivas, as quais eu tinha interesse em receber uma resposta ou pelo menos um ponto de vista. Elas foram todas realizadas no Colégio de Aplicação durante seu horário de funcionamento normal, foram feitas três

entrevistas; duas com servidoras técnicas do setor de educação inclusiva, o NAE, e uma com uma professora titular que leciona matemática no ensino fundamental e médio. Durante as entrevistas gravei o áudio das conversas em meu aparelho celular, o que me permitiu ter controle sobre o conteúdo no sentido ter acesso instantâneo e repetido ao que julguei ser mais interessante, garantindo uma maior integridade dos discursos.

Mais uma vez quero lembrar que eu já conhecia o C.A., ou seja, não era um campo desconhecido. Por isso eu quis sanar uma dúvida que para mim era primordial, essa dúvida era se a massificação do diagnóstico era uma consequência direta da conduta dos profissionais da educação [inclusiva ou não] dentro da escola, ou seja, o aluno já chegava na escola com esse diagnóstico ou ele surge a partir de uma demanda interna da escola. Pude concluir que sim, a demanda por ajuda médica surge de fato na escola. Contudo, geralmente ela é reforçada pelo discurso dos pais e das mães do alunos.

Eu tenho a impressão que ela surge mais da escola, porque a escola acaba entrando em contato com a família né, falando que: “olha, nós esperávamos que... um desempenho desse tipo tal, não tá acontecendo”, e aí na conversa com a família acaba surgindo; a coisa vem assim, junto. São raras as vezes que a família fala

que não percebeu nada, a família não tem uma hipótese, mas ela percebe que alguma coisa não tá correndo da forma que deveria (técnica 1).

A técnica 1, a primeira a ser entrevistada, é uma pedagoga da educação especial, ela trabalha no colégio desde 2008 e foi uma das duas pedagogas contratadas a partir de uma demanda do Ministério Público, de 2007. Ela conta que elas foram contratadas mediante concurso após uma intervenção jurídica na escola, movida pelos pais de um aluno com Síndrome de Down junto ao MP. Atualmente trabalha com os anos iniciais do colégio, isso indica uma maior propriedade ao tratar a questão da precocidade do diagnóstico, nas palavras dela, da “hipótese diagnóstica”, que é justamente esse aviso prévio de especialistas qualificados não-médicos que justificam uma intervenção médica.

Contudo, não pude deixar de notar que, na entrevista com a professora titular outro ponto de vista foi mostrado, ainda que não completamente oposto, pois não chega a afirmar que a demanda não surge da escola. Porém a entrevistada desconsidera a importância dessa informação.

Isso não é um ponto importante assim, (...)

A gente aqui tem muitos alunos que são nossos alunos desde o 1º ano, a maioria permanece com a gente, então quando eu recebo esse aluno lá no 6º, 7º ano, se ele tem um diagnóstico desses os professores das séries iniciais vão nos contar sobre isso, então a gente recebe ele com o diagnóstico. Agora, se ele vem de casa com esse diagnóstico, isso eu não sei te responder (professora 1).

Aqui a professora 1 mostra certa confusão ao responder a pergunta. Aparentemente ela não enxerga o surgimento da demanda de dentro da escola como um problema central, lembrando que ele não é uma profissional da educação inclusiva, como a técnica 1, ela é professora de matemática, e me foi indicada como uma entrevistada em potencial por desenvolver um trabalho de acompanhamento, baseado em flexibilidade da rotina escolar, com alunos especiais ou não, dentro da escola. Talvez a distância entre o campo de atuação dela e o foco da hipótese diagnóstica seja o motivo disso. Ela trabalha com o diagnóstico dado e me parece que não há muita contestação sobre isso. Contudo ela também mostra desconfiança quanto aos critérios diagnósticos que biologizam e naturalizam processo (Brozowisk, Caponi. 2009), que segundo ela teriam um cunho mais social e emocional do que patológico.

Tem muitas crianças que vem pra escola pra ter um espaço de convivência social; primeiro porque são filhos únicos, muitos [deles são]. E espaço de brincar, porque moram em apartamentos. A família trabalha o dia inteiro (...) ou é cuidado por uma terceira pessoa, às vezes até fica sozinha, dependendo da idade (...) e vem pra cá, e é a hora do físico se manifestar. Então isso [esse comportamento intenso] é normal acontecer agora. Então assim, essa turbulência que as crianças tem na sala de aula é muito mais, provavelmente, uma consequência do tipo de vida que a gente leva do que de uma doença (professora 1).

O próximo passo foi desenhar o percurso desse processo, ou seja, o que era e ainda é feito 1) reclamação do professor nos conselhos de classe, 2) Contatar a família e fazer um histórico de dificuldades de aprendizagem, hipóteses diagnósticas que já tenham sido levantadas, exames clínicos que já possam ter sido feitos, 3) Com isso tenta se criar uma hipótese diagnóstica, também com o relato dos professores, da família, 4) encaminhamento da hipótese diagnóstica. É provável que isso indique uma resposta da escola para a família no sentido de indicar para uma ajuda médica, isso se confirma em uma fala da entrevistada.

Você encaminha para uma nova hipótese diagnóstica, que as vezes se confirma; na maioria das vezes se confirma, as vezes não (técnica 1).

Ainda nesse sentido, busquei identificar qual era a ligação entre os membros do NAE e agentes da saúde externos. Segundo os depoimentos após levar a questão para os familiares, a escola pede para que os pais apresentem laudos médicos que já possam ter sido realizados anteriormente no intuito de confirmar se já houve um diagnóstico anterior que possa ter sido deixado de lado ou que indique algo. Quando não há nada no histórico do aluno, os integrantes do NAE são responsáveis por uma triagem e posteriormente por indicações para especialistas, como psiquiatras ou psicólogos. Quando há algo no histórico do aluno que indique um “problema”, os mesmos são responsáveis por entrar em contato com esses profissionais e buscar juntar informações e realizar um trabalho conjunto, aproximando a escola do campo do saber médico.

O papel de autoridade dos professores é uma peça chave na forma com que o diagnóstico se anuncia hoje nas escolas, os servidores técnicos da educação especial tem um papel de assistência prévia e de atendimento. Sua função nessa

demanda se apresenta da seguinte forma: 1) Acolher a demanda da escola e das famílias, 2) Conversar com esses alunos, 3) Observar seu comportamento em sala de aula, orientar bolsistas, professores e a família, 4) “Ser a ponte para os profissionais de fora” [técnica 2], encaminhar para novos profissionais da saúde se necessário, e novas atividades. A técnica 2 também é pedagoga da educação especial, está no Colégio de Aplicação há três anos.

Nas entrevistas descobri a história do processo movido por pais e pelo MP, com isso conclui que ali esse processo de juridicização era muito anterior ao meu objeto que tratava dessa temática, e nessa exposição descobri um pouco mais.

Nós fizemos todo um trabalho com base em legislação, e nos aproveitamos a proposta nacional (...), em que ela abre uma brecha, porque ela coloca “público alvo” da educação especial; ela coloca as deficiências, os transtornos globais de desenvolvimento, que é o autismo, e as altas habilidades e (enfático) outros transtornos (...), e aí a gente consegue entrar com dislexia, com a discalculia, com o TDAH, com qualquer outro transtorno psiquiátrico (técnica 1).

Segundo ela, essa proposta de atuação das profissionais da educação especial no C.A. teria a intenção de atender alunos que estariam na invisibilidade, ou seja, que até então eram tratados como alunos problemáticos que não dispunham de estrutura escolar para serem atendidos de forma adequada. Contudo essa “forma adequada” de atender é dúbia já que, por um lado, com a implantação desse sistema, há realmente um maior interesse em ajudar todos os alunos com dificuldades de aprendizagem, não necessariamente alunos diagnosticados, porém, muitas vezes e cada vez mais, esse auxílio é acompanhado dessa hipótese diagnóstica que, como ela mesma disse, nem sempre é confirmada, mas na maioria das vezes sim.

Atender alunos que estavam na invisibilidade (...) alunos com transtornos de aprendizagem, emocionais, afetivos, etc... que acabavam interferindo sim no processo de aprendizagem. O aluno com deficiência já vem com um diagnóstico fechado, o com transtorno não, na maioria das vezes não (técnica 1).

Voltando à questão jurídica me ocorreu que essa nova lei fosse um reflexo desse processo que vem se arrastando ao longo dos anos [ilustrado pela intervenção de 2007], no sentido

de afunilar as possibilidades dessa conduta indesejada não ser tratada como patológica. Pensando de forma esquemática quero dizer que o servidor técnico contratado para atuar como um agente da educação especial há tempos atrás, tenha sido uma ponte mais curta entre o médico e o aluno. Contudo, como eu havia dito, esse processo tem dois lados. Um é a forma efetiva de ajudar alunos com certas dificuldades, alguns até com casos mais graves como autismo e dislexia, através de profissionais que são formados e preparados para, efetivamente, tratar dessas situações. Outra boa característica disso é o fato de que esse setor no C.A. não se restringiu à patologias, mas de forma interdisciplinar, atende alunos com diversas demandas, como por exemplo com psicólogos, fonoaudiólogos e até nutricionistas. Digo que isso é bom sem medo de represália porque creio que a escola pode ter essa atenção voltada para a saúde no sentido de trazer informações e meios de acesso a certos tratamentos que talvez a realidade dos indivíduos fora da escola não possibilitasse.

No entanto, a nova lei diz respeito à capacitação de professores titulares, existem cartilhas como a da ABDA que instruem o profissional a identificar características que possam levar a essa hipótese diagnóstica. Quanto a isso de fato os professores se sentem responsáveis por esse papel vigilante, o que insinua uma naturalização do problema.

A gente tem um pouco essa função né, que a gente é orientado a prestar atenção em algumas questões de comportamento que demonstram uma dificuldade maior; uma questão neurológica ou uma questão emocional (professora 1).

A modo de conclusão

Na pesquisa realizada foi possível observar que os parâmetros que são apresentados nessas cartilhas são os mesmos utilizados pelos médicos, como foi explicitado no questionário apresentado no capítulo dedicado a analisar a problemática do diagnóstico. A ineficiência desses parâmetros mais uma vez se expressa de forma nociva, já que se o professor que segue esses critérios encontra fundamento para iniciar a demanda pelo encaminhamento médico, porque o médico não encontraria? Penso o seguinte, o professor, como um agente constante na vida desses jovens, teria de fato muito mais condição de indicar a ocorrência de um problema (não necessariamente médico) que talvez esteja ocorrendo com esse indivíduo do que o médico, que não conhece seu paciente, ou o conhece de forma superficial. Contudo há aqui uma disparidade, a denúncia do professor antecipa um diagnóstico

médico, porém a avaliação do professor, seu julgamento, se baseia em critérios que se direcionam para a disciplina escolar. O médico, por sua vez, recebe o problema do paciente através de um discurso disciplinar próprio da escola, e baseia seu diagnóstico em um quadro de sinais e sintomas que se justifica no processo de biologização de problemas sociais e políticos.

Temos assim dois discursos que convergem no “aluno problema” um discurso disciplinar que vem da escola, e um discurso médico, entre ambos, uma criança que pode estar em processo de sofrimento por se encontrar sozinha, desamparada ou confusa. Uma criança que, após o diagnóstico, continuará vivenciando as mesmas dificuldades sociais e pedagógicas que existiam antes do diagnóstico, somente que agora se atribuirá essas dificuldades a problemas biológicos para os quais receberá uma medicação cujas consequências e cujos efeitos podem ser adversos são imprevisíveis e desconhecidos. Outro grande problema é o consumo de substâncias controladas, assim em lugar de disciplinar pelo encerramento espacial, disciplina-se pelo encerramento químico, através do uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas.

Referências

ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (<http://www.tdah.org.br/>).

Ariès, Philippe. “História social da criança e da família”. 2ª edição. Ano 2011, Rio de Janeiro.

Brzozowski, F.S. “Explicações reducionistas no discurso científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade desde 1950”. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva. Texto disponível online. Ano 2013, Florianópolis.

Brzozowski, F.S., Brzozowski, J.A., Caponi, S. “Classificações interativas: o caso do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil”. Interface – Comunic, Saude, Educa., v.14, n.35, p.891 – 904. 2010.

Diário Oficial. Centro Legislativo Municipal de Florianópolis. 2012, Florianópolis

Foucault, M. “Microfísica do Poder”. Editora Graal, 25ª edição. Ano 2012, São Paulo.

Foucault, M. “Segurança, Território e População”. Martins Fontes, 1ª edição. Ano 2008, São Paulo.

Machado C. M. et al. “Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes”. In: “Revista Psicologia: Teoria e Prática”. Universidade Presbiteriana Mackenzie, volume 16. 2014, São Paulo

MEC/SEESP. “Política Nacional de Educação Inclusiva na Perspectiva da Educação Inclusiva”. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.

Moysés, Maria A.A. e Collares, Cecília A.L. “Medicalização: o

obscurantismo reinventado”. In: “A era dos transtornos”. 2014

Oliveira, F. Rebello de Souza, M.P. “O que dizem os projetos de lei sobre dislexia e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: contribuições da psicologia escolar”. In: “A era dos transtornos”. 2014

Projeto Político Pedagógico. Colégio de Aplicação, Florianópolis. 2007.

Resende, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, In: Costa, N.R. e Tunis, S.A. (organização) “Cidadania e Loucura”. Editora Vozes, 7ª Edição. Ano 2001, Petrópolis.

Santos, N.G. “Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental”. Editora Letras Contemporâneas. Ano 1994, Florianópolis.

Serrano, A.I. “Guia dos Serviços Públicos e de Saúde Mental de Santa Catarina”. Governo do estado de Santa Catarina. Ano 1998, Florianópolis.

Zornelli, R.T., Ortega, F. e Bezerra Jr., B. “Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010 “. Instituto de Medicina Social. Ano 2014, Rio de Janeiro. (<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01859.pdf>)