

ARTIGO

DOI:

CRIANÇAS NAS PALMAS DAS MÃOS: APONTAMENTOS PARA UMA ANÁLISE DA INFÂNCIA E DA ESCOLA EM UM MANUAL PSIQUIÁTRICO

CHILDREN IN THE PALMS OF HANDS: TESTS FOR A CHILDHOOD AND SCHOOL ANALYSIS IN A PSYCHIATRIC MANUAL

NIÑOS EN LAS PALMAS DE LAS MANOS: APUNTES PARA UN ANÁLISIS DE LA INFANCIA Y LA ESCUELA EN UN MANUAL PSIQUIÁTRICO

Julia Mayra Duarte Alves

Universidade Federal de Sergipe – Brasil

Lívia de Rezende Cardoso

Universidade Federal de Sergipe – Brasil

Resumo: Neste artigo analisamos a partir de uma perspectiva foucaultiana, a política de verdade e efeitos produzidos por categorias diagnósticas presentes na quinta versão do Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais (DSM-5) a exemplo do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) na infância e na escola contemporânea. Buscamos identificar continuidades e descontinuidades presentes neste manual, seu lugar no interior das práticas discursivas, as estratégias através das quais seus ditos adquirem efeitos hegemônicos de verdades nas escolas. Desenvolvemos o argumento de que o DSM-5 é um artefato cultural produzido ao longo dos anos a partir de um conjunto de verdades advindas dos discursos médicos, biológicos, psicológicos e pedagógicos que classifica e descreve comportamentos, prescreve práticas direcionadas a infância e a escola. Observamos que no manual a infância não é pensada como um presente, mas sim como um momento que sinaliza os riscos sobre o futuro e que por isso vem se transformando em uma fase de identificação precoce, tratamento antecipado e até mesmo de prevenção de futuros transtornos mentais. Notamos que no campo da psiquiatria biológica representada pela DSM-5, as fronteiras entre a infância e a idade adulta estão cada vez mais borradas. As análises sinalizam, também, que estamos diante de um movimento de anulação e descrença em práticas pedagógicas não subordinadas aos conhecimentos da vertente biológica na psiquiatria, marcado pela adesão de diagnósticos medicalizantes pelas profissionais da educação.

Palavras-chave: Infância. Escola. DSM-5.

Abstract: In this article we aim to analyze, from a Foucaultian perspective, the policy of truth and effects produced by diagnostic categories present in the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), such as Attention Deficit Disorder / hyperactivity (ADHD) in

childhood and in contemporary school. We seek to identify continuities and discontinuities present in this manual, its place within discursive practices, the strategies through which its sayings acquire hegemonic effects of truths in schools. We develop the argument that DSM-5 is a cultural artifact produced over the years from a set of truths derived from medical, biological, psychological, and pedagogical discourses that classify and describe behaviors, prescribe practices directed at childhood and school. We observe that in the manual, childhood is not thought of as a gift, but rather as a moment that signals the risks of the future and that is why it has been transformed into a phase of early identification and early treatment of future mental disorders. In addition, we analyzed that at least in the field of biological psychiatry, with the DSM-5, the boundaries between childhood and adulthood are increasingly blurred. The analyzes also indicate that we are facing a movement of annulment and disbelief in pedagogical practices not subordinated to the knowledge of the biological side in psychiatry, materialized by the uncritical adherence of medical diagnoses by education professionals such as ADHD.

Keywords: Childhood. School. DSM-5.

Resumen: Objetivamos analizar, desde una perspectiva foucaultiana, la política de verdad y efectos producidos por categorías diagnósticas presentes en la quinta versión del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-5) a ejemplo del trastorno de déficit de atención / hiperactividad (TDAH) en la infancia y en la escuela contemporánea. Buscamos identificar continuidades y discontinuidades presentes en este manual, su lugar en el interior de las prácticas discursivas, las estrategias a través de las cuales sus dichos adquieren efectos hegemónicos de verdades en las escuelas. Se desarrolló el argumento de que el DSM-5 es un artefacto cultural producido a lo largo de los años a partir de un conjunto de verdades derivadas de los discursos médicos, biológicos, psicológicos y pedagógicos que clasifica y describe comportamientos, prescribe prácticas dirigidas a la infancia ya la escuela. En el manual la infancia no es pensada como un presente, sino como un momento que señala los riesgos sobre el futuro y que por eso viene transformándose en una fase de identificación precoz y tratamiento anticipado de futuros trastornos mentales. Además, analizamos que al menos en el campo de la psiquiatría biológica, las fronteras entre la niñez y la edad adulta están cada vez más borrosas. Los análisis señalan que estamos ante un movimiento de anulación y incredulidad en prácticas pedagógicas no subordinadas a los conocimientos de la vertiente biológica en la psiquiatría, materializadas por la adhesión acrítica de diagnósticos medicinales por las profesionales de la educación como es el caso del TDAH.

Palabras clave: Infancia. Escuela. DSM-5

INTRODUÇÃO

Codificar, diagnosticar, especificar, caracterizar, descrever sintomas e marcadores, percentualizar as prevalências, prognosticar, listar as comorbidades, estas são ações que caracterizam o DSM (Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais)¹ e que nos

¹ Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais produzido pela Associação Americana de Psiquiatria para guiar o diagnóstico dos transtornos mentais que vem sendo amplamente utilizado em todo o mundo pelos médicos e psicólogos.

ajudam a entender as suas funções e a problematizar os efeitos do uso desse manual que em sua quinta edição apresenta significativas diferenças em relação à primeira.

Mesmo antes da criação da primeira versão do DSM em 1952, as categorias psiquiátricas sofreram mudanças significativas conforme mostra o quadro elaborado Dunker e Kyrillos Neto (2011). Em meados do século XIX, um censo indicou a existência de duas categorias: idiotice e insanidade. Já quarenta anos depois, em 1880, dados do sistema de organização asilar indicaram a existência de seis categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo. Em 1918, o Manual estatístico para o uso de instituições de insanos passa a nomear vinte e duas categorias. Trinta e quatro anos depois, surge o primeiro DSM com 180 quadros diagnósticos.

Neste artigo objetivamos analisar, a partir de uma perspectiva foucaultiana, a política de verdade e efeitos produzidos por categorias diagnósticas presentes na quinta versão do DSM usando como exemplo o Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) na infância e na escola contemporânea. Buscamos identificar continuidades e descontinuidades presentes neste manual, seu lugar no interior das práticas discursivas, as estratégias através das quais seus ditos adquirem efeitos hegemônicos de verdades, principalmente, nas escolas.

A metodologia aqui proposta se inspira, de maneira mais sistematizada, naquilo que Foucault (2013) apresentou como procedimentos de controle e delimitação do discurso. Primeiro, aqueles que se exercem de modo exterior, chamados de procedimentos de exclusão: a interdição, separação e rejeição, oposição entre verdadeira e falso. Segundo, aqueles que funcionam no interior dos discursos classificando, ordenando, distribuindo “como se se tratasse, desta vez, de submeter outra dimensão do discurso: a do acontecimento e do acaso” (FOUCAULT, 2013, p. 20): o comentário, o autor e a disciplina. Terceiro, aqueles que tratam de “determinar as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles” (FOUCAULT, 2013, p. 35): rituais da palavra, as sociedades do discurso, os grupos doutrinários e as apropriações sociais.

Nesse sentido, Foucault acrescenta que para analisarmos as condições, o jogo e os efeitos dos discursos devemos: questionar a nossa vontade de verdade; restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; suspender, enfim, a soberania do significante (FOUCAULT, 2013, p. 48). Para tal empreendimento analítico, sugere quatro princípios a serem seguidos: da inversão, da descontinuidade, da especificidade e da exterioridade.

Quatro noções devem servir, portanto, de princípio regulador para a análise: a noção de acontecimento, a de série, a de regularidade, a de condição de possibilidade. Vemos que se opõem termo a termo: o acontecimento à criação, a série à unidade, a regularidade à originalidade e a condição de possibilidade à significação. Estas quatro últimas noções (significação, originalidade, unidade, criação) de modo geral dominaram a história tradicional das ideias onde, de comum acordo, se procurava o ponto da criação, a unidade de uma obra, de uma época ou de um tema, a marca da originalidade individual e o tesouro indefinido das significações ocultas. (FOUCAULT, 2013, p. 51).

As reflexões foucaultianas implicam em alguns encaminhamentos para a metodologia da análise aqui relatada: Acrescentar ao campo discursivo outras possibilidades de explicar os enunciados sobre a infância e a escola para além dos modos como estão expostos do DSM-5; Estabelecer as continuidades e descontinuidades dos discursos sobre infância e escola no manual; Questionar se o TDAH representa a radicalização do processo de controle da criança na escola.

O MANUAL, SUAS VERSÕES E OS MODOS DE DIAGNÓSTICO

Sistematizando as permanências e rupturas entre os conhecimentos da psiquiatria e da psicanálise nas diferentes versões do DSM, Dunker e Kyrillos Neto (2011) listam as principais reformulações realizadas. Na primeira versão, a racionalidade diagnóstica era centrada nas diferentes reações e nas sínteses das histórias de vida. Já na segunda, a ideia de reação é abandonada. Os autores mostram que na primeira versão, a presença da ideia de reação enfatizava a transitoriedade dos estados diagnosticados assim como vários quadros eram perceptivelmente baseados em ideias psicanalíticas.

Em 1968 houve uma revisão da seção de transtorno mental da CID-8, promovida pela Organização Mundial de Saúde (APA, 1968). A rápida integração da psiquiatria com o restante da medicina ajudou a criar a necessidade de uma nomenclatura psiquiátrica e classificações proximamente integradas com outras práticas médicas. (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 7).

Produzido entre 1974 e 1979, publicado em 1980, o DSM III representou uma ruptura significativa com os modos de classificação utilizados até então. Podemos observar um movimento de distanciamento da Psicanálise e a presença de um discurso que se pretende atóxico.

De acordo com Russo e Venâncio (2006), essa ruptura aconteceu em três níveis, articulados entre si. Desse modo, além de romper no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, distanciando-se da psicanálise, esta versão do manual representa uma descontinuidade também no nível da estrutura conceitual ao romper “[...] com o ecletismo das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única lógica classificatória” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464-465) e no “nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 464-465).

Segundo as autoras, as duas primeiras versões do manual eram códigos administrativos que não possuíam grandes pretensões científicas, destinadas apenas à psiquiatria americana. No entanto, a terceira edição transformou-se “numa espécie de bíblia psiquiátrica” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

As autoras observam também a articulação entre as descontinuidades da terceira versão do manual e a silenciosa revolução no campo da psicofarmacologia que parece ter iniciado a mudança na face da psiquiatria em meados do século XX.

Podemos citar como marco inicial dessa revolução o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina. Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid (IMAO – Inibidor de Monoaminoxidase). No campo dos tranquilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meprobomato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960 foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranquilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepan (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 463).

Essa revolução silenciosa da indústria farmacêutica aconteceu em meio à hegemonia de duas correntes consideradas “morais” nos meados do século XX: a psicanálise e o movimento antipsiquiátrico. Apesar de distintas, ambas se afastavam do entendimento da doença mental como um fato biológico. A psicanálise destacava sua visão psicológica da perturbação mental e a antipsiquiatria tinha uma visão psico-política-social. As autoras analisam que a convivência entre estas correntes e a psicofarmacologia foi tranquila até a

publicação do DSM III, isso porque, com a publicação da terceira versão do manual, ficou nítido que

O pressuposto empiricista implicado em uma posição “a-teórica”, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fiscalista da perturbação mental. É assim que, o surgimento e a difusão da nova nomenclatura presente no DSM III corresponde à paulatina ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 465).

As pesquisas com o pressuposto fiscalista tornaram-se alvo da indústria farmacêutica que buscava testar a eficácia de novos medicamentos. Foi nesse contexto que os estudos clínicos de caso, que discutiam em profundidade os casos singulares, principalmente no contexto da psicanálise foram sendo substituídos por pesquisas multicêntricas “envolvendo um grande número de pacientes, seguindo os parâmetros do ensaio clínico experimental, atendendo às exigências colocadas pela FDA (Food and Drug Administration) americana para a liberação de novos medicamentos psiquiátricos” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p. 466).

Caliman (2009) também analisa que o DSM III materializou um estilo de pensamento psiquiátrico baseado no processo de biologização das doenças mentais, relacionado com as descobertas da psicofarmacologia, com o crescimento da pesquisa epidemiológica, dos estudos populacionais e dos riscos individuais, dentre outros aspectos que unidos resultaram nessa versão do manual, modificando significativamente o sistema americano de classificação de doenças mentais. A autora ressalta que “o número de diagnósticos foi multiplicado, as referências a autores e teorias banidas” (CALIMAN, 2009, p. 136).

Esta terceira versão é vista como uma possível resposta à crise de legitimidade vivenciada pela psiquiatria na década de 1970. O objetivo era construir um sistema diagnóstico baseado em evidências científicas que parecessem neutras e compatíveis com várias teorias (CALIMAN, 2009).

Sete anos depois, a terceira versão do manual passa por uma revisão na qual elimina o conceito de homossexualidade ego-distônica e quadros como desordem disfórica pré-menstrual e distúrbio da personalidade masoquista. Nessa edição, os diagnósticos passam a ser considerados sistemas convencionais confiáveis sem referências ontológicas (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Para Caponi (2014), a partir desta edição observamos a definição das patologias psiquiátricas tomando como referência agrupamentos de sintomas o que resultou na “desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e

psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento” (CAPONI, 2014, p. 744).

Com o DSM IV, publicado em 1994, o modo de definir as patologias continua no mesmo movimento da edição anterior. Seis anos depois, em 2000, é publicado o DSM IV-TR² no qual os autores destacam a valorização de comorbidades e cruzamentos entre os diagnósticos além da presença do critério diagnóstico “sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na área social, profissional ou em outras áreas” em quase metade dos diagnósticos (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 7).

Treze anos depois, o DSM-5 foi publicado. Henriques e Leite (2017) analisam esta quinta versão do manual, a partir das noções de risco e suscetibilidade, e observam que o manual possui um projeto de classificações de estados que ainda não são patológicos mas que podem vir a ser. Sobre as críticas a essa versão, os autores dizem que

A novidade trazida à tona foi que se somaram aos críticos tanto aqueles que até pouco tempo participavam ativamente e triunfantemente da sua edição – como o professor emérito da Universidade de Duke, o psiquiatra Allen Frances (2010, 2013) – quanto àqueles que financiavam as pesquisas que originavam as atualizações do manual – como Thomas Insel (2013), chefe do “Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos” (NIMH). Dessa forma, mesmo os seus criadores voltaram-se contra a criatura, denunciando sua falta de fundamento científico: enquanto projeto positivista, o DSM teria fracassado. (HENRIQUES; LEITE, 2017, p. 82).

Mesmo que nas edições anteriores pudesse ser observada a ideia de diagnóstico precoce, é apenas com a quinta edição do manual que surge de maneira mais frequente a ideia de que a detecção precoce de fatores de risco antecipa, e até mesmo evita, o desenvolvimento de transtornos mentais.

Começa a ficar cada vez mais nítida a sujeição dos manuais à negociação pública e às mudanças relacionadas às políticas sociais conforme aconteceu “o plebiscito interno à APA, na década de 1970, realizado devido às pressões que essa associação sofria dos grupos gays organizados, que aprovou a exclusão da homossexualidade do DSM-3, publicado em 1980” (HENRIQUES; LEITE, 2017, p. 82).

As críticas ao DSM-5 trazem à tona os efeitos que o manual vem causando no modo de fazer diagnósticos principalmente devido à expansão do seu uso. Leite e Henriques (2014)

² Esta sigla significa Text Revision, traduzido livremente como revisão de texto. Indica uma versão do DSM-IV com o texto revisado.

discutem o apelo regionalista do DSM e nos lembram que o manual surgiu em 1952 como alternativa à Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) “justamente em função de uma demanda dos psiquiatras norte-americanos, que não reconheciam na CID os transtornos psiquiátricos específicos existentes em solo estadunidense” (HENRIQUES; LEITE, 2017, p. 3).

Para os autores, essa maneira de fazer diagnóstico não favorece a expressão da condição da pessoa diagnosticada, apenas possibilita observarmos o que o paciente tem em comum com os demais sujeitos diagnosticados. Isto é, “a semiologia funcionaria mais como um dicionário que especifica o que está e o que não está no código da língua do que como um conjunto total de narrativas” (LIMA; LEITE, 2014, p. 3).

Desse modo, dois aspectos são importantes para analisarmos as últimas versões do manual e conseqüentemente entendermos os transtornos que o compõem, de acordo com Dunker e Kyrillos Neto (2011): o primeiro aspecto é a aspiração em se tornar um manual próximo a um código de linguagem de classificação consensual e desambiguadora e o segundo sua similaridade com um código jurídico, de ordem regular, exaustivo e universalizável.

Estaria esse contexto sinalizando que, assim como buscamos os significados das palavras nos dicionários, estamos buscando os significados das vidas contemporâneas nesses manuais? Estaríamos julgando e condenando modos de vidas como patológicos ou não?

A CONSTRUÇÃO DO TDAH NOS MANUAIS

Dentre os 265 diagnósticos criados com o DSM III em 1980 (SENA, 2014), está o do DDA3 (Distúrbio do Déficit de Atenção) que segundo Pereira (2009) guarda poucas diferenças sintomatológicas com relação ao que é chamado hoje de TDAH. Chama atenção a relação entre a publicação do manual e o fato de, desde então, esse diagnóstico ter “se disseminado crescentemente dentro e fora do meio psiquiátrico” (PEREIRA, 2009, p. 11).

Nesta edição, existiam dois subtipos especificados: o DDA sem hiperatividade, no qual os sintomas eram de desatenção e impulsividade e o DDA com hiperatividade que abrange tanto o sintoma que o nomeia como a impulsividade e a desatenção. É interessante notar que havia ainda um terceiro tipo pouco especificado chamado residual “aplicado ao indivíduo que não apresenta mais sinais de hiperatividade, contanto que esta já tivesse estado presente no passado” (PEREIRA, 2009, p.35).

Em 1987 foi publicada uma versão revisada da terceira edição (DSM III-R) na qual “As três dimensões centrais da desatenção, hiperatividade e impulsividade foram reagrupadas em um transtorno unidimensional: Desordem do Déficit de Atenção e Hiperatividade” (p. 35). Isso fez desaparecer os dois subtipos que deram lugar a apenas uma condição denominada DDA não diferenciada que se referia aos casos nos quais não havia manifestação de hiperatividade e impulsividade.

Com o DSM IV, publicado em 1994, surge a nomenclatura Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), no qual são criados três subtipos para apenas dois grupos de sintomas: subtipo predominantemente desatento, subtipo predominantemente hiperativo e subtipo combinado. Para Pereira (2009), essa configuração possibilitou uma maior abrangência do diagnóstico que se tornou flexível, “permitindo incluir aqueles que não apresentavam sintomas de agitação motora ou de impulsividade de forma tão marcante, caracteristicamente os indivíduos do sexo feminino e de idade adulta” (PEREIRA, 2009, p. 37).

Comparando os subtipos *TDAH predominantemente desatento do DSM IV* e *DDA sem hiperatividade descrito no DSM – III*, a autora lança uma questão sobre o surgimento e a legitimação de um tipo de sujeito que seria o desatento: “sem problemas de comportamentos evidentes, possivelmente sem qualquer sinal de hiperatividade ou impulsividade, e cujos sintomas de desatenção estão cada vez mais intimamente ligados a possíveis problemas acadêmicos” (PEREIRA, 2009, p. 37).

Com a publicação do DSM IV e a mudança na nomenclatura é possível observar um movimento ainda mais forte de legitimação, popularização, universalização que lançou polêmicas que envolviam os campos educacional e jurídico (CALIMAN, 2009).

Diante desse cenário, vários cientistas assinaram em 2002 um Consenso Internacional que buscava legitimizar o diagnóstico principalmente devido à proliferação dos processos legais que buscavam o direito à educação especial. Paralelamente, cada vez mais medicamentos relacionados ao transtorno eram comercializados dentro e fora dos Estados Unidos da América (CALIMAN, 2009).

Caliman (2009) conclui suas análises ampliando os horizontes sobre a constituição social e científica do TDAH, mostrando que para além da natureza real e biológica estão em jogo questões de caráter político, ético, econômico e moral. Não podemos perder de vista que este transtorno “nasceu, se desenvolveu e se fortaleceu no cerne de uma economia na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o auto-gestor atento, consciente, racional e

prudente. Nesta economia, não há limites para as exigências da atenção” (CALIMAN, 2009, p. 143).

Este movimento de distanciamento das discussões sociais, políticas, econômicas, morais e éticas dos diagnósticos médicos foi problematizado por Foucault (1997). Segundo o autor, “estudos empíricos sobre a psicopatologia, sobre a medicina clínica, sobre a história natural etc. haviam permitido isolar o nível das práticas discursivas” (FOUCAULT, 1997, p. 13). O desafio após essa primeira análise era o de pesquisar a vontade de saber para justificar teoricamente a diferença entre vontade de saber e vontade de verdade e a posição dos sujeitos em relação a essa vontade. Nesse sentido, analisar discursivamente o TDAH no DSM-5 é investigar a sua vontade de verdade e a produção de subjetividades específicas em cada diagnóstico.

INFÂNCIAS NAS PALMAS DAS MÃOS

A infância vem sendo considerada um fenômeno que é melhor compreendido se relacionarmos a diferentes construções sociais e históricas principalmente interligadas à modernidade. As emergências da Pedagogia, da Psicologia do desenvolvimento, da Pediatria e da Psiquiatria infantil nos dão pistas de como este fenômeno foi sendo modelado ao mesmo tempo em que modelava vidas em cada momento histórico.

As investigações de Ariès (1981) sugerem que a infância foi uma invenção e por isso não deve ser considerada simplesmente como uma etapa natural da vida, pois ela foi e continua sendo produto de determinadas condições sociais e históricas.

Nesse sentido, podemos afirmar que a infância vem sendo reinventada se levarmos em conta a contemporaneidade, tempo no qual “Somos afetados por uma série de fatores, como a globalização econômica e cultural e o desenvolvimento das tecnologias, e junto também o aparecimento das diversidades e da pluralidade” (HUNING; GUARESCHI, 2006, p.177).

Guarrido (2007) discute a consolidação da psiquiatria americana como discurso hegemônico a partir do DSM IV e com isso a globalização desse modelo e analisa que, dentre os efeitos desse movimento, está “a crescente medicalização da criança e a utilização dos paradigmas da clínica com adultos para a clínica psiquiátrica com crianças (p. 154). Klein e Lima (2017) observam a continuidade e a intensificação desse movimento na quinta edição do manual

Trata-se, por um lado, do aumento das categorias diagnósticas destinadas à infância e, por outro, mas também na mesma direção, do fim da especialização dos transtornos infantis. Este panorama é consolidado através do fim da seção direcionada exclusivamente à infância no DSM-5. Esta seção, que desde a segunda versão do manual corresponde ao primeiro capítulo, desaparece. Na quinta edição, a primeira parte é denominada “Neurodevelopmental disorders” (Transtornos do neurodesenvolvimento). Neste capítulo está alocada grande parte dos transtornos antes pertencentes à seção extinta. Com o fim de uma seção específica para a infância, uma série de patologias antes restritas aos adultos é atribuída também à infância, bem como certos transtornos, antes restritos à infância, são estendidos para os adultos, como o TDA/H. (KLEIN; LIMA, 2017, p. 24).

O caso do transtorno bipolar infantil analisado por Klein e Lima (2017) evidencia que categorias diagnósticas antes consideradas na idade adulta passam a ser entendidas como crônicas e com início na infância. Por outro lado, o TDAH que era diagnosticado em crianças passa a ser também um transtorno que persiste na fase adulta. Ainda que este movimento fique mais evidente na quinta edição, antes de sua publicação, Guarrido (2007) já observara que

A diferença entre adultos e crianças aparece nublada com a aplicação do paradigma da psiquiatria biológica. No campo do orgânico, as diferenças entre adultos e crianças praticamente inexistem, já que neste a dimensão histórica está ausente. (GUARRIDO, 2007, p. 156).

Henriques e Leite (2017), ao analisarem o DSM-5, observam que as crianças estão sendo cada vez mais alvo de controle da nova ordem psiquiátrica porque a infância é considerada um momento privilegiado de diagnósticos precoces e de prevenção. Segundo os autores, “Os comportamentos infantis são tomados pelo DSM-5 como indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais “mais graves” na fase adulta e, portanto, desde então, se tornam alvos potenciais de intervenções de viés preventivo” (HENRIQUES; LEITE, 2017, p. 83). É precisamente essa preocupação com o futuro das crianças que vem criando uma sensação generalizada de medo que faz com que aumente a vigilância sobre as crianças e uma busca incessante pelos desvios nesta fase da vida (HENRIQUES; LEITE, 2017).

Para Caponi (2014), a ideia de risco e da necessidade de diagnósticos cada vez mais precoce “têm levado a um processo maciço de medicalização da infância que se amplia a cada nova edição do DSM” (CAPONI, 2014, p. 755). Este fenômeno está diretamente relacionado à educação e possui história com continuidades e discontinuidades que merecem ser

consideradas como mostram as análises de Moysés e Collares (1997); Guarrido (2007); Leavy (2013) e Santos et al (2017).

Moysés e Collares (1997) constataram em pesquisa realizada com profissionais da área educacional e médica a homogeneidade dos discursos sobre o fracasso escolar. Em ambas as áreas, elas observaram que as explicações giravam em torno de fatores relacionados às crianças e às famílias e que uma vez centradas nas crianças, o não aprender é interligado a problemas biológicos.

As autoras destacam que através da análise do conteúdo das informações obtidas com a pesquisa não foi possível nem mesmo diferenciar se as falas eram de profissionais de áreas distintas (pedagogia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, medicina) pois as explicações eram semelhantes. Os discursos são ancorados numa visão exclusivamente biológica da saúde e da doença que tentam explicar categorias complexas e controversas de maneira simples como era o caso da dislexia e ainda é do TDAH, para citar apenas dois exemplos. As autoras concluem após análise mais detalhada que os discursos oriundos de profissionais de nível universitários refletiam preconceitos e não argumentos científicos.

A pergunta que emerge desses achados das pesquisadoras acima citadas é: como vem se dando essa relação entre pedagogia e as diferentes disciplinas da área da saúde? Como os discursos médicos, em especial, o psiquiátrico biológico entrou no campo educacional a ponto de ter causado tamanha homogeneização nas explicações de profissionais com formações tão distintas?

Guarrido (2007) resgata a influência da pedagogia e das concepções clássicas sobre a infância na psiquiatria infantil. A autora analisa que até o início do século XX os tratados pedagógicos foram as fontes de informação sobre o desenvolvimento infantil e foi neles que os médicos encontraram “parceria fértil para propor formas de tratamento a essas crianças. Pode-se dizer que o campo de tratamento da criança se instala imbricado a certo ideal de educação do início do séc. XIX” (GUARRIDO, 2007, p. 155).

Os médicos buscavam intervir em condições que representavam desordens que pudessem vir a impossibilitar que as crianças se tornassem adultos que pudessem exercer as funções intelectuais e morais esperadas pela sociedade moderna, por isso “os historiadores da psiquiatria afirmam que nesse período a patologia fundamental recortada no campo médico para a criança fosse a idiotia – retardo mental –, sendo que esta não tinha estatuto de doença mental” (GUARRIDO, 2007, p. 155).

É nesse contexto que podemos destacar uma descontinuidade histórica que nos ajuda a entender como chegamos a configuração atual da relação entre pedagogia e medicina. Cada vez mais o saber sobre a infância foi se deslocando da pedagogia para a medicina e também para a recém-nascida psicologia. Os testes desenvolvidos por Binet e Simon foram marcos para a psiquiatria infantil. A partir deles, as crianças começaram a ser classificadas como educáveis ou ineducáveis uma vez submetidas aos testes de inteligência e às determinações de graus de deficiência mental. Esse contexto evidenciou a

[...] forte ligação das propostas de tratamento da criança aos procedimentos pedagógicos. A história nos mostra como os diagnósticos e tratamentos das crianças foram pensados de maneira interligada as condições de aprendizagem a partir das condições destas para o aprendizado o que é fruto da difícil separação do sofrimento psíquico da criança de seu desenvolvimento psicológico e da expressão deste na apreensão pela criança dos códigos de moralidade vigentes, bem como de suas aquisições cognitivas. (GUARRIDO, 2007, p. 155).

A autora ressalta que esta relação continua sendo objeto de discussão na atualidade citando o TDAH como a principal causa de encaminhamentos pela escola para os consultórios psiquiátricos. Ela conclui as análises alertando que esta busca por explicações técnicas nos manuais tem produzidos efeitos nefastos sobre o discurso pedagógico na contemporaneidade: a medicalização em larga escala das crianças. Para ela, o ato educativo precisa ser redefinido buscando outras soluções menos silenciosas para os conflitos inerente ao encontro humano.

Leavy (2013) quebra o silêncio causado pelos diagnósticos do TDAH e questiona se estamos diante de crianças com transtornos de base biológica ou mal-educadas, afirmando que se tratarmos os sintomas do TDAH como mal educação torna-se possível construir práticas alternativas à medicalização no campo educacional.

Para a autora, o discurso pedagógico iniciado por Comênio no século XVII se construiu em torno de uma modelo de aluno ideal o qual todos deveriam alcançar que mais tarde foi associando-se à medicina e à psicologia. A partir disso, foi determinado um modelo de infância nomeada normal que está relacionada com a construção do que vem sendo considerado patológico, a exemplo do TDAH.

Santos *et al* (2017) corroboram com a análise de Leavy (2013) mostrando que a escola institucionalizou a educação pela égide da difusão em massa do conhecimento e pela normalização das condutas de um lado ensinando comportamentos de obediência e de outro prescrevendo hábitos e valores considerados saudáveis. As autoras analisam os processos de

formação dos professores por considerar que estes profissionais através de suas observações em sala de aula fundamentam as queixas e conseqüentemente a medicalização da educação.

Com as infâncias nas palmas das mãos, o olhar dos professores e dos médicos passaram a não enxergar diretamente a criança. É a partir dos manuais, a exemplo do DSM, que tanto a relação pedagógica (de maneira indireta) como a clínica estão se estabelecendo de modo a contribuir para uma concepção contemporânea de infância. Tal concepção parece romper em determinados pontos com a moderna ao aproximar, pelo menos no campo das patologias psiquiátricas, o mundo infantil do mundo adulto, deixando-nos a interrogação: Há um lugar para a infância e para uma educação não medicalizante no projeto neoliberal?

O LUGAR DA ESCOLA NOS MANUAIS: O CASO DO TDAH

O manual reconhece que “O TDAH costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, com a desatenção ficando mais saliente e prejudicial [...] Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade” (APA, 2014, p. 62). Estes ditos retirados do manual sinalizam que as práticas e o desempenho escolar estão intimamente ligados ao diagnóstico do transtorno. É o que mostra a pesquisa de Souza e Sena (2008):

Os sintomas de TDAH costumam ser mais evidentes em ambiente escolar em função da imposição de limites e regras e da comparação com o comportamento de outras crianças. Dessa forma, os educadores podem identificar sintomas que passam despercebidos aos pais, embora os primeiros não conheçam, em sua maioria, tais sintomas. Os professores não são, entretanto, responsáveis pelo diagnóstico ou tratamento do TDAH, mas importantes sinalizadores dos sintomas desse transtorno. (SOUZA; SENA, 2008, p. 253).

Caliman (2010) também observa essa relação e chama atenção ao fato do diagnóstico do TDAH estar interligado ao universo escolar e às práticas pedagógicas. Para ela, afirmar que os sintomas da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade se manifestam principalmente no ambiente da escola “não é um dado insignificante, mesmo para a história oficial da desordem. Nela, os quadros precursores do TDAH estão relacionados a problemas escolares” (CALIMAN, 2010, p. 48).

Ao resgatar os estudos de George Still³, autor da primeira descrição médica semelhante ao que hoje chamamos de TDAH datada de 1902 para aqueles que vêm

³ Considerado o primeiro pediatra inglês por seus comentadores, primeiro professor de doenças infantis do *King's College Hospital* (CALIMAN, 2010).

escrevendo a história oficial do transtorno, Caliman (2010) observa que o objetivo tanto do médico inglês como daqueles que encontram nele ainda hoje a origem do TDAH “era e é encontrar a sede fisiológica da vontade, da moral e do autocontrole” (p. 52). Para ela, Still “foi um dentre muitos outros que postulou a existência de uma patologia moral específica, marcada pela desobediência às regras e consensos sociais” (CALIMAN, 2010, p. 52).

Com isso, Caliman (2010) não quer dizer que a condição patológica descrita atualmente no DSM-5 não exista, mas sim mostrar a potência da história oficial do TDAH para a legitimação discurso neurobiológico da cerebrização da moral e da vontade.

Nesse contexto, buscamos em pesquisas pedagógicas elementos que podem nos ajudar a enxergar sob outra perspectiva os critérios diagnósticos presentes na descrição do TDAH presente no DSM-5.

Peters *et al* (2008) elegem as punições pedagógicas para tecer uma análise sobre a relação entre liberdade e disciplina, temas caros ao projeto moderno de educação, mas que, segundo eles, “demonstram a falha das boas intenções pedagógicas. É por isso que os educadores de hoje preferem falar de gerenciamento de sala de aula, de autodirecionamento ou prevenção, em vez de falar em disciplina e coação” (p. 41).

Voltando à sociedade feudal, os autores mostram que a vara era o símbolo da disciplina do professor de escola, mas que a medida que o mundo medieval começou a se desintegrar, as violências abertas começaram a ser questionadas. As críticas tecidas pela filosofia do Iluminismo começam a tirar a legitimidade da punição física e a argumentar que a dominação do indivíduo e a irracionalidade do poder pedagógico não combinavam com o discurso da liberdade universal e com o direito à conduta racional da vida.

Neste contexto, longe de ter sido afastada das discussões pedagógicas, a punição e a disciplina apenas passaram a tomar contornos tidos como racionais. A busca de meios para fazer a punição pedagógica parecer um ato racional e assim tornar-se novamente legítima impulsionará a pedagogia do Iluminismo. Em *Sobre a Pedagogia*, por exemplo, Kant (2011, p. 453-454) discute essa difícil busca das práticas pedagógicas por um suposto equilíbrio entre liberdade e disciplina. Em suas palavras: “É preciso habituar o educando a suportar que sua liberdade seja submetida ao constrangimento de outrem e que, ao mesmo tempo, dirija corretamente sua liberdade”.

Nessa direção, a disciplina física vai dando espaço gradualmente um tipo de punição muito mais refinado: a disciplinar que “não exatamente retalia (como a punição corporal repressiva da era feudal), ela não gera nenhum espetáculo de punição (assim como a

pedagogia do Iluminismo), mas se estabelece por meio de uma mecânica do treinamento que visa à repetição e a firme inoculação” (PETERS *et al*, 2008, p. 46).

Avançando em suas análises, Peters *et al* (2008, p. 47) afirmam que o modelo da pedagogia reformadora do início do século XX foi incapaz de resolver esta contradição entre liberdade e disciplina sendo apenas um disfarce, passando a utilizar formas ainda mais suaves de controle, abandonando o sistema escolar e focando diretamente nas crianças e nos “arranjos internos (estruturas motivacionais, disposições psíquicas, ‘vida escolar’, formas sociais) a fim de estabelecer a atenção e a independência no processo de aprendizagem”.

Os autores concluem que os rituais de punição, antes marcados por situações face a face, foram dissolvidos em uma rede de controle. Métodos novos, mais sofisticados surgem para disfarçar este controle externo. Desse modo, eles questionam se as reformas pedagógicas do início do século XX podem ser lidas como avanços da liberdade. Para eles “Os novos mecanismos de sanção funcionam, em sua abstração, de maneira mais silenciosa, sustentada e profunda” (PETERS *et al*, 2008, p. 52).

Esta forma de socialização escolar que não precisa de punições face a face se aproxima do que Varela (1999) chama de pedagogias psicológicas. A autora questiona que formas de regulação social e de exercício do poder elas encaminham. Para ela, se utilizando de normas adjetivadas de científicas guiadas pelos estágios de desenvolvimento infantil, estas pedagogias passaram a vigiar a criança a partir de seu desenvolvimento “correto”. Com isso, as alunas e até mesmo as professores passam a ter um menor controle sobre a sua aprendizagem.

A verdade sobre eles é definitivamente transferida para os mestres, mais ainda, para os especialistas. Todos que habitam a escola passam, portanto, a sofrer “um processo de expropriação cada vez mais intenso que constitui a outra face da intensificação de um estatuto de minoria que, além dos cânticos à criatividade, à libertação e a autonomia, supõe dependência e subordinação cada vez maiores” (VARELA, 1999, p. 99).

Coutinho (2010) atenta que até o século XIX não havia de maneira direta uma preocupação com o fracasso escolar mas sim com o absentismo da escola, a resistência à escolarização, a desobediência às regras escolares, por exemplo, e a aprendizagem era estudada pela psicologia infantil e a pedagogia se encarregava dos processos de ensino.

A noção de fracasso escolar, segundo ela, parece ter surgido junto às chamadas pedagogias psicológicas e ao conceito de aprendizagem “disseminado especialmente pelo movimento da Escola Nova, que operou com uma virada do discurso educacional, na medida

em que deslocou a ênfase nos processos de ensino para os processos de ensino-aprendizagem” (COUTINHO, 2010, p. 34). Em sua pesquisa sobre a emergência da psicopedagogia no Brasil, a autora conclui que esta área que une a psicologia e a pedagogia em seu nome seria uma das facetas da privatização dos problemas educacionais ao acentuar a ideia de que o fracasso escolar é algo que se estende, no máximo, à família do aluno, ou melhor, do aluno que também é ao mesmo tempo paciente que tem seu corpo e sua psique dissecada na busca da origem do seu déficit dentro da escola.

É neste contexto que emerge e ganha força o diagnóstico do TDAH e o tratamento eminentemente medicamentoso nos moldes que observamos hoje. A indisciplina teria passado a ser radicalmente proposta em termos científicos e patologizantes?

O relatório da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) do ano de 2012 registrou a diminuição do consumo de metilfenidato durante os períodos de férias (janeiro, julho e dezembro). Há, ainda, relatos de que os horários das medicações são pensados a partir dos horários de aula (FIORE, 2005). Não faltam, portanto, indicativos sobre estreita ligação entre o transtorno e seu tratamento medicamentoso e a escolarização nos fazendo indagar: é possível falar do TDAH sem levar em consideração as práticas pedagógicas escolares? É possível falar em TDAH sem problematizar o lugar das professoras no processo diagnóstico? Estariam os olhares cada vez mais distanciados das professoras e dos médicos que enxergam as crianças a partir dos manuais produzindo diagnósticos? Estariam esses profissionais sendo capturados por discursos medicalizantes?

Rose (2011) analisa que estamos em um momento histórico no qual até mesmo a saúde e a doença passam a ser possibilidade de negócios lucrativos constituindo-se campo fértil para a rentabilidade das corporações.

Os médicos perderam o monopólio do olhar diagnóstico e das decisões terapêuticas: seus julgamentos clínicos foram cercados por demandas da medicina baseada em evidências e pela obrigação de usar procedimentos diagnósticos e de prescrição padronizados. Além disso, a medicina tornou-se intensamente capitalizada, redesenhando, assim, a prática clínica pelas exigências dos seguros de saúde e pelos critérios de reembolso. As pesquisas biológicas básicas e aplicadas – em companhias de biotecnologia e em universidades – tornaram-se intimamente ligadas à geração de propriedade intelectual e de valores para os acionistas. (ROSE, 2011, p. 141).

Valeirão (2010) acredita que a escola contemporânea vem produzindo corpos flexíveis “que saibam jogar o jogo do livre-mercado” (p. 116) ao invés de corpos dóceis. Para isso, a instituição vem buscando manter a disciplina num plano individual e num plano social. “Em suma, a escola atual como uma maquinaria encarregada de preparar competências que

orientem os futuros sujeitos-clientes a atuarem num mundo marcado pelo mercado e pela competição” (VALEIRÃO, 2010, p. 115).

Junto com a família e o médico, a instituição passou a iniciar o diagnóstico do TDAH como nos mostra Freitas (2011). No entanto, a pesquisadora observa que os discursos das professoras sobre o que elas chamam de hiperatividade são carentes tanto de argumentações do campo médico como do pedagógico dando indícios de que se trata de discursos terceirizados, provenientes da mídia.

Quando consideramos o discurso das Educadoras sobre a Atenção parece existir uma falta, uma ausência de um saber pedagógico que de suporte a questões relativas ao campo. Identifiquei um vazio do discurso escolar onde deveria encontrar argumentos da escola, no que tange a possibilidade de ensinar a crianças referidas como hiperativas. O que salta em evidência é o paradoxo entre a lacuna de saber e ao mesmo a responsabilidade de encaminhar as crianças ao médico. (FREITAS, 2011, p. 178).

Observamos que a escola está no centro do diagnóstico e, ao mesmo tempo, na periferia da produção de conhecimento sobre o transtorno. É preocupante constatar como as professoras vêm tomando o transtorno como algo dado e, conseqüentemente, o uso de medicamentos pelas crianças como necessário. Na pesquisa de Barbarini (2016) uma diretora escolar afirma que um aluno reprovou devido à falta do tratamento com metilfenidato.

No caso do TDAH, isso ocorre, em grande medida, devido a história mais conhecida e veiculada do transtorno, chamada por Caliman (2010, p. 49) de oficial “porque no debate científico, político, econômico e popular, ela é a história do diagnóstico do TDAH”, que ignora os elementos morais e políticos, torna o diagnóstico uma questão estritamente médico-científica e que, portanto, dificilmente pode ser compreendida pelos profissionais da escola e pela família devido ao isolamento do transtorno, para a área de conhecimento médico-científica. Desse modo, professoras, crianças e família passam a ser apenas consumidoras das verdades produzidas pelos especialistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, as crianças vêm sendo cada vez mais o alvo dos discursos da psiquiatria biológica. Nesse contexto, a infância não é pensada como um presente, mas sim como um momento que sinaliza os riscos sobre o futuro e que por isso vem se transformando em uma fase de identificação precoce e tratamento antecipado e prevenção de futuros transtornos mentais.

Além disso, analisamos que pelo menos no campo da psiquiatria biológica, com o DSM-5, as fronteiras entre a infância e a idade adulta estão cada vez mais borradas. O TDAH que já foi considerado um transtorno infantil vem sendo diagnosticados em adultos e o bipolar que era diagnosticado apenas em adultos tem se tornado frequente na infância. Tais problemáticas vêm contribuindo para a medicalização da infância e conseqüentemente da educação.

Destacamos com as análises aqui empreendidas que estamos diante de um movimento de anulação e descrença das práticas pedagógicas não subordinadas aos conhecimentos da psicologia e a da vertente biológica da psiquiatria materializado pela adesão acrítica de diagnósticos medicalizantes pelos profissionais da educação a exemplo do que vem acontecendo com o TDAH. Ressaltamos com nossas análises que a escola e as profissionais da educação precisam se apropriar de conhecimentos das outras áreas de maneira cuidadosa e reflexiva.

Fernandes (1997), analisando a relação entre infância e modernidade, nos convida a lançarmos um olhar apto a reconhecer na diversidade a singularidade das crianças e não continuarmos enxergando “problemas” na diversidade. Ela atentava, no final do século XX, a necessidade de precisarmos curar nosso olhar da obediência da razão instrumental que adoeceu o mundo moderno. Para ela, a escola, que já foi pensada como terapia, incapaz de sozinha curar a sociedade, acabou também por adoecer.

Não teria a escola lutado, até agora, contra aquilo que seria o melhor remédio para a sociedade? Curiosidade, imaginação, fantasia e liberdade não parecem se relacionar melhor com a possibilidade de produção de conhecimento e mudança do que abnegação, obediência e controle?

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia [periódico na internet]. 2012 [acesso em 12 fev 2018];2(2):1-14. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>

ARIES, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1981.

BARBARINI, Tatiana de Andrade. (2016) **A condição da criança hiperativa e desatenta: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

CALIMAN, Luciana. A CONSTITUIÇÃO SÓCIO-MÉDICA DO “FATO TDAH”. **Psicologia & Sociedade**; v. 21, n. 1., 2009, p. 135-144.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 46-61, 2010.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**. v.24, n.3, p. 741-763, 2014.

COUTINHO, Karyne Dias. Psicopedagogia e a produção dos escolares contemporâneos. In: SARAIVA, Karla; SANTOS, Iolanda Montano dos. (Org.). **Educação contemporânea & artes de governar**. 1ed.Canoas/RS: ULBRA, 2010, p. 15-36.

DUNKER, Christian I. L; KYRILLOS NETO, Fuad. A psicopatologia no limiar entre a psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**, São Paulo, V.8, N.2, p.1-15, dez, 2011.

FERNANDES, Heloísa R. Infância e modernidade: a doença do olhar. In: Ghiraldelli Jr, Paulo. **Infância, escola e modernidade**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 61-82.

IORE, M.A. Medicalização do corpo na infância: considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, 2005, p. 365-380.

FOUCAULT, Michel. Segurança, Território, População In: _____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p. 79-86.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2013.

FREITAS, Claudia Rodrigues de. **Corpos que não param: criança “TDAH” e escola**. 2011. 195f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

GUARRIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan/abr. 2007.

HENRIQUES, Rogério da S. P.; LEITE, André F. dos S. As artes adivinhatórias e a psiquiatria do futuro. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.29, n.1, p. 81-86, jan-abr. 2017.

HÜNING, Simone. M. ; GUARESCHI, Neuza. M. F. . Reflexões sobre o desenvolvimento da criança na contemporaneidade (ISSN 0104-6578). **Barbarói** (UNISC. Impresso), v. n.24, p. 191-201, 2006.

KANT, Immanuel. *Sobre a Pedagogia*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2011.

KLEIN, Thais; LIMA, Rossano C. A difusão do diagnóstico de transtorno bipolar infantil: controvérsias e problemas atuais. *Desidades*, n. 6, ano 5, jul-set, p. 19-30, 2017.

LEAVY, Pía. “Trastorno o mala educación?” reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales*, Niñez y juventude, n. 11, v.2, p. 675-688, 2013.

LEITE, André F. dos S.; HENRIQUES, Rogério P. A “disforia de gênero” como síndrome cultural norte-americana: notas sobre o imperialismo na atualidade. Produto da comunicação científica apresentada no **III Colóquio Clínica e Cultura “FACES Contemporâneas da Razão”**, ocorrido em novembro de 2014 (Aracaju/SE), no prelo.

MOYSÉS, Maria A. A.; COLLARES, Cecília A. L. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de Inteligência. *Psicol. USP.*, São Paulo, v.8, n.1, p. 63-89, 1997.

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

PETERS, Michael; BESLEY, Tina (Orgs.). **Por que Foucault?:** novas diretrizes para a pesquisa educacional. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ROSE, Nikolas. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SANTOS, Luis H. S.; RIBEIRO, Paula R. C. (Orgs.) **Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011, p. 13-32.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana T. Classificando pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v.9, n.3, p. 460-483, set, 2006.

SANTOS; Daniele V.; LEMOS, Flávia C. S.; GOMES, Geise do S. L. Apontamentos para pensar a formação de professores e o currículo na medicalização. *Mnemosine*, v. 13, n. 1, p. 25-39, 2017.

SENA, Soraya da S.; SOUZA, Luciana K de. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2008, p. 243-259.

SENA, Tito. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5 Estatísticas e Ciências Humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *InterThesis*, v. 11, n. 02, p. 96-117, jul/dez, 2014.

SENA, Soraya da S.; SOUZA, Luciana K de. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2008, p. 243-259.

VALEIRÃO, Kelin. **Foucault na educação**. Pelotas: Ed. Da UFPel, 2010.

VARELA, Julia. Categorias espaço-temporais e socialização escolar: do individualismo ao narcisismo. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Escola básica na virada do século**. São Paulo: Cortez, 1999, p. 73-106.

SOBRE AS AUTORAS

Julia Mayra Duarte Alves

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe (UFA). E-mail: juliamdalves@gmail.com

Lívia de Rezende Cardoso

Doutora em educação (FaE/UFMG) e professora do Departamento de Educação (DEDI) e do Programa Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe (PPGED/UFS). Grupo de Estudo e Pesquisa em Currículos e Culturas (GECC/UFMG) e Grupo de Pesquisa em Educação Científica (GEPEC) E-mail: livinha.bio@gmail.com

Recebido em: 23 de setembro de 2018
Aprovado em: 05 de fevereiro de 2019