



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**THAÍS BEVILACQUA DA SILVA**

**MEDICALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO: TRANSTORNO DE  
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

ARIQUEMES – RO

2016

**Thaís Bevilacqua da Silva**

**MEDICALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO: TRANSTORNO DE  
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de bacharelado em: Psicologia.

Prof. Orientador: Ms. Eliane Alves Almeida Azevedo

ARIQUEMES-RO

2016

**Thaís Bevilacqua da Silva**

**MEDICALIZAÇÃO E EDUCAÇÃO: TRANSTORNO DE DÉFICIT  
DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador: Ms. Eliane Alves Almeida Azevedo  
Faculdade de Educação e meio Ambiente-FAEMA

---

Prof. Ms. Carla Patrícia Rambo Matheus  
Faculdade de Educação e meio Ambiente-FAEMA

---

Prof. Esp. Kize de Oliveira da Silva

Ariquemes, 21 de novembro de 2016

Aos meus pais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, pela possibilidade de estar me tornando uma psicóloga hoje.

A todo o corpo docente, aos que fizeram parte e os que ainda estão na FAEMA, proporcionando todo o conhecimento necessário para nos tornarmos profissionais. A Mari Torres, por sempre estar disposta a ajudar com o estágio clínico. E em especial a minha orientadora de TCC, Me: Eliane Alves Almeida Azevedo.

Aos meus pais e amigos que sempre estiveram presentes nessa caminhada, ajudando e dando força para seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

E aos amigos de sala, em especial Leydiany Gonçalves de Souza, Nilza Vilas Boas, Elaine Kezen Carnichelli e Geisiane de Sousa, as quais todos os medos e anseios foram compartilhados durante os cinco anos de caminhada.

Frequentemente sentimos que nos falta muitas coisas e parece que quase sempre um outro possui exatamente aquilo que nos falta, atribuímos-lhes tudo o que temos, até mesmo uma certa satisfação ideal. E assim criamos a felicidade perfeita, uma intervenção nossa. (Goethe Werther)

## RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que visa informar o leitor a respeito do consumo excessivo de medicação na educação, enfatizando o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que consiste em transtorno neurocomportamental, e que tem como característica a prevalência de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Portanto, medicalizar os comportamentos infantis, principalmente em sala de aula, torna-se mais “fácil”, do que buscar a causa do problema, e resolvê-la. Para tal, devemos unir forças para desenvolver propostas que visam intensificar tanto na escola, quanto nos serviços de saúde, subsídios para o acolhimento das necessidades dos alunos, com a finalidade de abolir as práticas medicalizantes.

**Palavras-chaves:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, medicalização; educação e psicologia.

## ABSTRACT

The present study deal an literature search, aims to inform the reader about the excessive consumption of therapy in, emphasizing the Attention deficit and hyperactivity disorder, this disorder consisting in a neurobehavioral and there some features like inattention, hyperactivity and impulsiveness. So, medicalizing the children's behavior, especially in the classroom, it is more "easy" than seeking the cause of the problem, and resolve it. Therefore, it's necessary to join forces to develop proposals for intensify at school, as on health services subsidy for accommodating the needs of students in order to abolish the medicalized practices.

**Key-words:** Attention deficit and hyperactivity disorder, medicalization, education and psychology.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

TDAH- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;

TOD- transtorno opositivo desafiante;

DSM- Manual de diagnostico e estatístico de transtorno mentais;

CFP- Conselho federal de psicologia;

BRATS- Boletim brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde;

SNGPC- Sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados;

ONU- Organização das nações unidas;

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	13
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
4.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE .....	14
<b>4.1.1 Epidemiologia</b> .....	16
<b>4.1.2 Diagnostico e Tratamento</b> .....	17
4.2 MEDICALIZAÇÃO .....	20
<b>4.2.2 Aprendizagem e o Metilfenidato</b> .....	22
4.3 EDUCAÇÃO, MEDICALIZAÇÃO E PSICOLOGIA .....	24
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERENCIAS</b> .....	31
<b>Anexos</b> .....	0

## INTRODUÇÃO

O presente estudo busca levar refletir a respeito do uso exacerbado de medicamentos em crianças do mundo inteiro, principalmente no âmbito da educação. O título Medicalização e educação: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade remete a essas questões de medicalizar a educação, enfatizando o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, transtorno este que vem se tornando “comum” na atualidade.

Inicialmente, é preciso esclarecer as características do TDAH, questão muito controversa nas escolas devido a pouca informação a respeito. Conseqüentemente, procura-se conceituar a medicalização das questões educacionais. Quais as causas do uso de medicamentos para questões educativas e qual a posição da psicologia nesse sentido.

Para o desenvolvimento desse trabalho, utilizou-se apenas materiais de cunho científico composto por artigos, livros, cartilhas, bem como materiais publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e leis, todos com o propósito de embasar cientificamente este estudo.

O problema que suscitou esta pesquisa consiste no aumento significativo do uso de psicofármacos em crianças de idade escolar. Todas as crianças que não se encaixam nas normas estabelecidas pela escola, são rotuladas por meio de um diagnóstico de distúrbio ou transtorno neuropsicológicos e encaminhadas para um profissional de saúde, haja vista, que é mais fácil medicalizar a buscar a solução do problema.

Para melhor compreensão, o conteúdo foi dividido em três capítulos. O primeiro traz uma breve introdução a respeito do TDAH, epidemiologia, diagnóstico e tratamento. O segundo é voltado para o conhecimento sobre o processo de medicalização, enfatizando o metilfenidato, princípio ativo do medicamento conhecido como Ritalina, comumente utilizado no tratamento do

TDAH, e o terceiro traz uma relação entre o processo de medicalização e a educação, juntamente com o conhecimento da psicologia.

A preocupação com questões do âmbito educacional se torna cada vez mais urgente, pois, os métodos utilizados para resolvê-las podem também tornar-se distantes da realidade. Esta discussão torna-se atual e urgente no cenário educacional brasileiro.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a medicalização no contexto educacional com ênfase no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Esclarecer algumas características do TDAH;
- Conceituar a “medicalização na educação”;
- Verificar as principais causas de medicalização na educação;
- Apresentar a posição da psicologia em relação aos processos de medicalização.

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura sistemática, que pode ser conceituada como um tipo de pesquisa focada em questões definidas, que tem por objetivo identificar, selecionar, avaliar e sintetizar os dados importantes disponíveis (Galvão; Pereira, 2014), este estudo teve como base artigos científicos, teses, cartilhas, livros, boletins e leis. Para a aquisição dos materiais utilizados, utilizou-se o site de pesquisas BVS psicologia Brasil, no sistema de pesquisa integrada usando o descritor “medicalização e educação”. Para dar continuidade à obtenção de materiais foi utilizado o GOOGLE acadêmico, onde foram pesquisados descritores como: TDAH, TDAH and Epidemiologia, tratamento psicoterapêutico and TDAH. Utilizou-se também materiais obtidos através das referências encontradas nos materiais já selecionados, bem como dois textos em língua estrangeira. Para a inclusão dos materiais, utilizou-se como critério, todos que apresentavam conteúdos relativos à temática estudada, portanto, para a seleção utilizou-se de leitura prévia dos resumos. Foram excluídos da pesquisa todos os materiais que não apresentaram conteúdos compatíveis com a pesquisa. Totalizando em 38 materiais científicos.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Não é difícil em nosso dia a dia encontrarmos crianças que são comumente rotuladas como inquietas e outros termos pejorativos. Na escola não é diferente. Crianças que não param quietas, que conversam muito, ou mesmo que se desligam, são colocadas num mesmo “pacote”, mas agora de forma “científica”, são chamadas de hiperativas/ou desatentas diagnosticadas com TDAH. Mas é realmente possível generalizar? Nesta jornada, tentaremos elucidar alguns pontos importantes para a compreensão do que realmente vem a ser TDAH. Faz-se então necessário iniciarmos com a conceituação do termo.

A primeira menção conhecida do TDAH foi apresentada por Still, em 1902. No entanto, antes disso, autores referenciavam pessoas com comportamentos desatentos ou agitados, como: o dramaturgo Jean François Regnard (1655-1709), em sua obra comédia “O distraído” (*Le distrait*, 1697); o médico Alexander Crichton (1763-1856) descreve a situação a qual o indivíduo não possui a capacidade de prestar atenção, no livro “*An inquiry into the nature and Origin of mental derangement*” (volume I, 1748); o escritor Fiodor Dostoiévski (1821-1881) em seu romance intitulado, “*Níétotchka Niezvânova*, (1849); o médico Heinrich Hoffmann (1809-1894) em seu livro infantil, publicado em 1845, intitulado “*Der struwwelpeter*”. (NETO, 2010).

De acordo como Neto (2010), o estudo do pediatra George Frederick Still (1868-1941) que diz respeito às categorias psíquicas não convencionais na infância, publicado em 1902 no *Jornal Lancet*, é tida como a primeira descrição médica que expõe o TDAH. Através da lógica de Still, muitos autores desenvolveram estudos nesse segmento, como Constantin Von Economo (1876-1931) e Barkley (1998). Barkley,1998 Apud Neto,2010, expõe que durante a epidemia de influenza de 1918-1919, surge como consequência a encefalite letárgica cujas sequelas apresentavam alterações cognitivas e comportamentais semelhantes ao TDAH.

De 1940 em diante, muitas conceitualizações foram atribuídas ao TDAH, como: “Disfunção cerebral mínima, lesão cerebral mínima, reação

hipercinética da infância, hipercinesia, síndrome da criança hiperativa, e “síndrome do déficit de atenção” (Gusmão, 2009, p.29)”. As denominações foram sendo alteradas devido às novas descobertas com relação aos sintomas apresentados no transtorno. Esse transtorno somente passou a ser denominado Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade após a publicação do DSM-IV-TR, onde por meio de observações detalhadas pôde se perceber a possibilidade de ocorrer predominantemente o déficit de atenção. As muitas nomenclaturas utilizadas demonstram dois fatores importantes, primeiro, através de muitos estudos vem se alcançando progressos com relação aos aspectos apresentados no transtorno; e o segundo, que mesmo através de muitos avanços, há uma dificuldade eminente no desenvolvimento de um diagnóstico preciso, no entanto, este segundo ponto pode ser explicado devido às múltiplas causas e ao fato de não existir um exame específico ou critérios clínicos definidos. (GUSMÃO, 2009; NETO, 2010; TEIXEIRA, 2015)

Em 1930 iniciam estudos sobre o tratamento do TDAH, quando Bradley, em 1937, delinea pela primeira vez o efeito terapêutico de anfetaminas para o controle de distúrbios comportamentais em crianças. (NETO, 2010).

Na década de 1950, surge o metilfenidato, sintetizado por Leandro Panizzon em 1944, foi inicialmente indicado para o tratamento de astenia e depressão. No final da década de 1950, começou a ser utilizado sistematicamente em crianças (Zimmerman; Burgemeister, 1958; Conners; Eisenberg, 1963) e, a partir da década de 1970 em adultos com TDAH (Reimherr; Wood; Wender, 1980; Wender; Reimherr; Wood, et al., 1976). (NETO, 2010, p.16).

Portanto, o transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH), é considerado um distúrbio neurocomportamental que pode ser diferenciado através de suas particularidades, as quais consistem em desatenção, hiperatividade e impulsividade, outro ponto importante consiste no fato deste distúrbio causar prejuízo funcional e substancial no desenvolvimento infantil. (VISSER; LESESNE, 2003).

### 4.1.1 Epidemiologia

Ao considerarmos o TDAH como um transtorno composto pela falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, podendo ser encontrado com a presença ou não de hiperatividade/ou impulsividade, especialistas ressaltam que estas alterações do comportamento é uma consequência adquirida através do desenvolvimento inadequado do sistema nervoso, podendo ascender várias dificuldades no cotidiano da criança. Ainda, “para muitos pesquisadores, é também um distúrbio biopsicossocial de fortes raízes genéticas, biológicas, sociais e vivenciais (Gusmão, 2009 p. 29)”. (GUSMÃO, 2009).

Como pode se observar, não existe apenas uma causa para o diagnóstico do TDAH, portanto, o diagnóstico será definido por meio de uma quantidade pré-estabelecida de sintomas críticos, vale ressaltar que, alguns indivíduos apresentaram sintomas suficientes para um diagnóstico, enquanto outros não. Assim, inclui-se:

[...] a predisposição genética, que é considerada como fator orgânico de base, poderia determinar um desequilíbrio químico do cérebro, envolvendo déficit de substâncias neurotransmissoras como a dopamina e a norepinefrina, esta anormalidade se associada a várias outras, interagindo a somatória de fatores como grau de demanda sobre o indivíduo num determinado momento da vida. (TEIXEIRA, 2015, p. 12)

Autores como Teixeira (2015); Abreu e Oliveira (2010) apresentam também como possíveis causa para o TDAH as intercorrências perinatais, como: asfixia ou anoxia, infecções intrauterina, exposição a agentes teratogênicos; prematuridade, e baixo peso ao nascer. Ainda podemos acrescentar o estado psicológico em que a mãe se encontra, e o ambiente familiar ao qual esta criança estará inserida. Foram encontrados vários materiais com dados diversos em relação à prevalência do TDAH, nesta pesquisa ateremos aos dados publicados no DSM-V e Teixeira (2010). Segundo o DSM-V o TDAH ocorre em grande parte das culturas com média de 5% em crianças e 2,5% em adultos, com uma proporção em relação ao gênero (masculino/ feminino) girando em cerca de 2:1 em crianças e 1,6:1 em adultos.

No Brasil, a incidência do TDAH na população infantil fica em torno de 3 à 6%. (TEIXEIRA, 2010).

#### 4.1.2 Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico do TDAH é um processo complexo que dependerá da metodologia utilizada, bem como da rigorosidade do clínico em sua prática profissional no campo da saúde. Através deste ponto, nota-se a necessidade de uma avaliação criteriosa com a utilização de todos os instrumentos disponíveis, bem como da interdisciplinaridade entre os profissionais da área de saúde como os psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos e neurologistas. (GRAEFF; VAZ, 2008).

Os instrumentos mais utilizados no diagnóstico do TDAH são o Manual de Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V e Classificação Internacional de Doenças Mentais e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 (Forteski et. Al. 2012). Outro material que auxilia na identificação do transtorno é a Escala Swanson, Nolan e Pelhan (SNAP), esta escala é baseada nos critérios diagnósticos do DSM, e deve ser respondida por pais e professores (Domitrovic, 2014), temos também alguns testes neuropsicológicos que auxiliam no diagnóstico, como: Baterias Wechsler, Stroop, Teste de Trilhas e CPT (Continuous Performance Test). Bender, Figura Complexa de Rey, além de subtestes de organização de figuras e jogos. (RAMOS, 2012).

Sobre a utilização de exames de imagem no diagnóstico do TDAH, Gusmão (2009, p. 39), traz em seu estudo Rohde, Mattos e cols (2003, p.60), onde afirmam que:

“[...]os exames de neuroimagens funcionais (NI) como o PET (tomografia por emissão de imagens) e o SPECT (tomografia por emissão de fótons únicos) e estruturais como a tomografia computadorizada de encéfalo (TC) e a ressonância magnética (RM) em crianças diagnosticadas como portadores do TDAH ainda devem permanecer restritos a situações de pesquisas, não tendo ainda qualquer função clínico-diagnóstica”.

O diagnóstico do TDAH deve constituído por meio de uma averiguação criteriosa, através de um processo amplo, ao qual o objetivo central visa determinar a presença ou ausência do transtorno (Calegari, 2002 apud Graeff; Vaz, 2008). Para tal, é fundamental que o profissional avalie todo o histórico do paciente, atentando-se na probabilidade dos sintomas estarem relacionados a outros fatores desencadeantes como: meio psicossocial, relação familiar e o sistema de ensino (Rohde et al., 2004). Outro ponto fundamental consiste no fato de várias características do transtorno fazerem parte do comportamento de muitas crianças em diversas circunstâncias, o que não necessariamente significa que esta criança possua TDAH (Benczik, 2000 apud Graeff; Vaz, 2008). Com isso torna-se importante diferenciar os comportamentos apresentados no TDAH e os comportamentos apresentados normalmente em algumas faixas etárias, pois este fator configura-se em uma das grandes dificuldades dos profissionais que efetuam o diagnóstico deste transtorno, podendo até mesmo ser responsável por diagnósticos equivocados. (ROHDE et al., 2004).

É curioso notar que a maioria dos sintomas só se tornam perceptíveis a partir do ingresso da criança na rede de ensino, pois a criança passa a apresentar comportamentos de falta de atenção, inquietude, impulsividade, tornando-se alvo de comparações (Poeta; Neto, 2004; Teixeira, 2010). Em muitos casos, os sintomas somente passam a ser percebidos nas séries mais avançadas, e que exigem mais de algumas funções como: planejamento, organização e persistência com relação à atenção. (ROHDE et al., 2004).

Outro ponto importante para o diagnóstico do TDAH é atentar-se para a quantidade de comorbidades que podem estar associadas, dentre elas, encontram-se: o transtorno desafiante; o transtorno de conduta; transtorno disruptivo da desregulação do humor; transtorno específico da aprendizagem; transtorno de ansiedade; transtorno depressivo maior; transtorno explosivo; transtorno por abuso de substâncias; transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos da personalidade; transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de tiques e o transtorno do espectro autista. (DSM-IV).

Através do conteúdo exposto, pode-se notar que o diagnóstico do TDAH é permeado de contradições, devido à ausência de ferramentas eficazes para a realização do diagnóstico.

Para maiores informações sobre o diagnóstico, em anexo, encontra-se a Tabela 1, que possui uma descrição detalhada dos Critérios Diagnósticos apresentados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, APA, 2014; o mais utilizado atualmente para a identificação do transtorno.

Após a efetuação do diagnóstico surge à necessidade de reduzir a sintomatologia do transtorno, Pires e Silva (S.P), aponta que as formas mais utilizadas para o tratamento do TDAH consistem no acompanhamento psicoterapêutico associado à terapia farmacológica. No Brasil, o tratamento mais utilizado é o farmacológico, com psicoestimulantes e seus derivados, o mais conhecido o metilfenidato (nomes comerciais: Ritalin®, Ritalina® ou Concerta®). Porém, também são utilizadas classes de antidepressivos.

Os psicoestimulantes são considerados mais eficazes e seguros para o TDAH, no entanto, uma pequena parcela dos pacientes podem apresentar efeitos adversos. (Serenreich; Mattos, 2004), tais como: nervosismo, insônia, anorexia, perda de peso e redução no crescimento, tonturas, discinesia, náusea, dor abdominal, exantema, hipotensão, hipertensão, palpitação, arritmias, taquicardia e cefaléia, além de provocar dependência física ou psíquica e tolerância. (Korolkovas; França, 2008).

É importante ressaltar que somente a prescrição farmacológica se mostra ineficaz quando comparada a uma intervenção multidisciplinar, onde se incluem psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, psicomotricistas, orientação familiar entre outros (Teixeira, 2015). Estudos demonstram inclusive que o tratamento psicológico associado ao farmacológico, tem obtido ganhos significativos no prognóstico do TDAH. Na área da psicologia, as terapias que vêm obtendo melhores resultados são as de cunho comportamental. (SILVA; TAKASE, 2013).

O capítulo seguinte apresenta um panorama a respeito da terapia farmacológica enfatizando o cloridrato de metilfenidato, contendo conceito de medicalização, e compreensão de fatores ligados ao metilfenidato. Porém, o capítulo seguinte não se trata de uma explicação referente a um dos tratamentos do TDAH, mas sim do consumo excessivo de medicamentos em um contexto geral.

## 4.2 MEDICALIZAÇÃO

Ao colocarmos em evidência o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, nos deparamos com o processo de medicalização tão emergente na atualidade. Comportamentos fora dos padrões são rotulados e medicalizados, principalmente no contexto escolar. Portanto, torna-se importante a compreensão de forma breve do conceito de medicalização. Pois a concepção atual enfatiza que os problemas do cotidiano devem ser resolvidos através do uso de medicamentos e é mantida de forma intrínseca e comum na medicina moderna. (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014).

O termo medicalização, principalmente a partir década de 70 vem sendo utilizado em diversos estudos, Guarido e Voltolini, (2009), pontuam que:

[...] Medicação um fenômeno teve, tradicionalmente, o sentido geral de reduzir as problemáticas sociopolíticas a questões de foro privado, individual. Além disso, se o objeto da medicina foi, até certo momento histórico, quase que exclusivamente a investigação sobre as doenças, suas causas e suas terapêuticas, medicalizar um fenômeno ou acontecimento significava patologizá-lo. (p. 241).

Seguindo esse mesmo raciocínio, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) define por medicalização:

[...] o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades. (p. 13).

A partir da rotulação como doentes esses indivíduos passam a ser pacientes, e como consequência de um diagnóstico, passam a consumir tratamentos, como os medicamentos e as terapias, transformando seus corpos em alvo do problema que na concepção medicalizante deve ser tratado de

forma individual. O maior problema disso tudo é que as famílias e as autoridades eximem-se de sua responsabilidade social. (CFP, 2013).

No meio escolar, não é diferente, a aprendizagem e os modos de ser e agir constituem grandes áreas de complexidade e diversidade, e como tal, têm sido alvo do processo de medicalização (CFP, 2013). Assim, define-se o processo de medicalização na escola, como sendo o método em que apontaria quais as crianças que estão aptas a participarem do processo de ensino e aprendizagem. Neste sentido, a medicalização é a produção social de doenças que explica o processo do não aprender no âmbito escolar, realizando assim o enquadramento dos alunos no modelo tradicional. Este modelo de padronização nos leva a refletir sobre a categorização das diferenças humanas, categorização esta que é denominada de desvio, distúrbio e/ou patologia. (CHRISTOFARI, FREITAS; BAPTISTA, 2015).

Vale ressaltar, que na infância, a cultura familiar e a escola foram os alvos onde as práticas higienistas obtiveram maior êxito, tanto na Europa como no Brasil. Todavia, foi na educação, que a junção entre a medicina e o Estado esteve e se manteve presente (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009)

Ou seja, foi através da inclusão higienista nos estabelecimentos escolares que permitiu o desenvolvimento do processo de medicalização com o propósito de expandir a educação sanitária por causa de uma ação formativa e contínua. (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015).

O processo de medicalização como esclarecido por Bastos (2013) tornou-se o meio ao qual a medicina se apropria do modo de vida do sujeito, bem como interfere no desenvolvimento “de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costume prescritos – sexuais, alimentares, de habitação - e de comportamentos sociais (p.34)”. Pode se compreender que este processo está interligado com as ideias de impossibilidade de separação do saber. Saber este que é desenvolvido através da ciência dentro da estrutura social. Em resumo, a medicalização passou a ser considerada como uma demonstração dos conhecimentos médicos em meio à sociedade, tornando-se um modelo de práticas médicas, não terapêuticas em um meio político social. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

#### 4.2.2 – Aprendizagem e o Metilfenidato

O fenômeno da medicalização vem ganhando cada dia mais espaço em meio à nossa sociedade. No âmbito da educação, a explicação para o “não aprender” e o “não comportar-se adequadamente” encontra-se nos problemas neurológicos. Através desta ótica, as crianças que apresentarem dificuldades de aprendizagem são consideradas como portadoras de uma disfunção ou transtorno neurológico, que por sua vez interferem de forma direta na aprendizagem, e em outras áreas como: percepção e processamento de informações; utilização de estratégias cognitivas; habilidade motora; atenção; linguagem; raciocínio matemático; habilidades sociais entre outras. Os transtornos neurológicos, que comumente são associados às dificuldades de aprendizagem são: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; transtorno opositivo desafiante; dislexia, disortografia, disgrafia e dislalia. O que ganha grande destaque é a incidência de crianças e adolescentes que vêm sendo medicados com estimulantes do sistema nervoso central. (MEIRA, 2012, BASTOS, 2013; CFP, 2013).

Os estimulantes do sistema nervoso central, segundo o Boletim brasileiro de avaliação de tecnologia da saúde (BRATS, 2014) são substâncias aprovadas para o tratamento do TDAH, como também a lis-dexanfetamina, e atomoxetina. Essas substâncias são patenteadas, e de acordo com a lei 9787/99, não possuem genéricos disponíveis. (BRASIL, 1999).

Dentre os princípios ativos permitidos para o tratamento do TDAH, o metilfenidato é o mais comum e encontra-se no rol dos psicotrópicos - lista A3 - da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, (p. 21) e a comercialização é realizada somente através da retenção da receita, devido à possibilidade de abuso e dependência. Além disto, o cloridrato de metilfenidato é considerado droga, através da Lei 11343 de 2006. (BRASIL, 2006).

O uso do metilfenidato em crianças e adolescentes gera muitas discussões controversas. BRATS (2014) afirma que “as evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização (BRATS, 2014, p. 09)”.

Contradizendo BRATS (2014), Pastura e Mattos, (2004) expõem estudos que comprovam a eficácia do metilfenidato.

Mesmo com a existência de estudos científicos que comprovam a eficácia do metilfenidato na redução dos sintomas do TDAH, é importante ressaltar que o mesmo pode provocar reações adversas, de forma frequente e grave, que podem ser constatadas vide bula (anexo 2). Mesmo apresentando muitas reações adversas, esta droga continua sendo comercializada em grande escala no mundo, a organização das Nações Unidas (ONU, 2015) aponta que em 2013 houve um consumo de cerca de 71,8 toneladas da droga no mundo.

No Brasil, através de dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados: Boletim de Farmacoepidemiologia (SNGPC, 2012) o consumo do metilfenidato girou em torno de 557.588 caixas no ano de 2009 e 1.212.850 caixas no ano de 2011. No norte do país, o maior consumo ficou registrado no estado de Rondônia no ano de 2009 onde foram comercializadas 7,6 caixas a cada 1.000 crianças, já no ano de 2011 esse valor chegou a 15,90 a cada 1.000 crianças.

Pode-se perceber um aumento excessivo do consumo desta droga em escala mundial, e a causa pode estar relacionada ao:

[...] a) o crescimento do número de pacientes com diagnóstico de TDAH; b) o aumento da idade dos pacientes com a possibilidade de receber a prescrição de metilfenidato; c) o aumento do uso dentre os adultos; d) diagnóstico equivocados de TDAH e prescrição indevida de metilfenidato; e) a falta de diretrizes médicas apropriadas para a prescrição de metilfenidato; f) o crescimento da oferta no mercado em muitos países; g) A influência comercial e/ou marketing agressivo das ações dos fabricantes sobre as preparações farmacêuticas contendo metilfenidato, e h) a pressão pública, bem como a entrada da associação dos pais para que seus filhos tenham direito ao acesso à medicação para o TDAH. (ONU, 2014 p.39).

Este panorama demonstra que a mediação vem surgindo como alternativa para as respostas dos “porquês”, bem como tornando um recurso indispensável no processo de aprendizagem da criança (Guarido; Voltolini, 2009). Ou seja, deixou-se de buscar as causas desencadeadoras desses comportamentos, e passou a atribuir a áreas do cérebro como causa do “problema”. (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015).

Assim, medicalização transforma-se em um curso inevitável, que integra o processo de patologização do fracasso escolar, e que é utilizado como explicação para a permanência da exclusão de crianças, onde estas permanecem por anos na escola, porém não chegam a se apropriarem da aprendizagem oferecida. (MEIRA, 2012).

#### 4.3 – EDUCAÇÃO, MEDICALIZAÇÃO E PSICOLOGIA

Com o passar dos anos o mundo vem sofrendo “mudanças sociais, culturais, políticas, filosóficas, institucionais e educacionais, e a transformação de uma sociedade industrial para uma sociedade de serviço é comprovada a cada dia” (Matos, 2010 p.396). A tecnologia avança de forma surpreendente, e as informações mundiais são disponibilizadas segundos depois. A ciência encontra-se em constantes descobertas e alterações. Todavia, o avanço tecnológico e científico que vem sendo aperfeiçoado a cada dia, pouco tem auxiliado no processo de ensino e aprendizagem. Ao contrário, é perceptível a inalteração do modelo tradicional de ensino, exceto em raríssimos casos. (MATOS, 2010).

Contudo, mesmo sem alterações significativas no modelo tradicional de ensino, a percepção sobre o fracasso escolar vem sofrendo alterações. Alteração está que surgem através da necessidade de se buscar uma explicação plausível, haja vista o aumento no índice de reprovações. Matos (2010) atribui ao fracasso escolar fatores como: a superestimação de crianças e jovens; a lotação das salas de aulas; o baixo salário dos professores; a falta de recursos pedagógicos e a desestruturação familiar.

Ao analisarmos os fatores enfatizados por Matos (2010) torna-se perceptível que pouco se faz para buscar soluções que realmente sejam compatíveis com as necessidades de crianças e jovens hoje, pois como falamos anteriormente, a sociedade vem sofrendo alterações, e o processo de ensino e aprendizagem, necessariamente, deve se “adequar”, permitindo-se

ser alterado ou até mesmo reformulado, buscando sempre a qualidade do ensino.

A cultura do fracasso escolar e suas formas diversas de explicações individualistas sejam elas de cunho psicológico, biológico ou social, para os comportamentos que fogem dos padrões ditos normais no ambiente escolar, antecipa ou excede a construção das cidadanias biológicas. (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014).

E enquanto continuamos buscando “culpados” para explicar o fracasso escolar de forma individual, este continua sem avanços significativos, pelo contrário, um maior número de crianças vem sendo enquadradas dentro de diagnósticos de dificuldades de aprendizagem (Matos, 2010). Dificuldade de aprendizagem estas que são conhecidas como transtornos ou distúrbios, por exemplo: o TDAH, o TOD, a dislexia, a discalculia, dislalia entre outras.

O enquadre dos alunos diagnosticados com dificuldades de aprendizagem, é efetuado pelo meio medicamentoso, seguido de terapias psicológicas. O que gera inclusive equívocos com relação ao uso de alguns medicamentos, como o metilfenidato por exemplo. Seu uso vem sendo feito em larga escala para o tratamento de dificuldades de aprendizagem como o TDAH, porém muitos adolescentes estão utilizando-o para melhorar o desempenho escolar e também para modelar o comportamento infantil, pois é mais fácil manipular o comportamento do que modificar o ambiente. Para se ter ideia, atualmente o metilfenidato é conhecido como a “droga da obediência”. (SNGPC, 2012)

O consumo de medicamento para lidar com as dificuldades diárias tem aumentado significativamente a indústria voltada para a produção de medicamentos, sejam eles: vitaminas, fitoterápicos, alopáticos e homeopáticos. Atualmente a indústria farmacêutica, perde apenas para a indústria bélica em faturamento, ou seja, os medicamentos ganharam espaço de grande destaque no dia a dia da população mundial. (BASTOS, 2013; CFP, 2013).

Pode-se dizer que o processo de medicalização promove a seguinte inversão, no lugar de fabricar remédios para doenças, fabricam-se doenças para remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças. As relações que se estabelecem entre a indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a

existência das doenças, além da “eficácia” dos tratamentos balizados por essa lógica “terapêutica”, passam longe do que se espera do ponto de vista ético. (CFP, 2015).

O CFP (2013) lançou a cartilha “Subsídios para a campanha Não à medicalização da vida: medicalização da educação” que faz uma análise importante. E que essencialmente deve ser refletida por todos os profissionais, onde diz que:

[...] ter dificuldade de leitura e escrita não mais questiona a escola, o método, as condições de aprendizagem e de escolarização. Mas sim, busca na criança, em áreas de seu cérebro, em seu comportamento manifesto as causas das dificuldades de leitura, escrita, cálculo e acompanhamento dos conteúdos escolares. [...] os defensores das explicações organicistas defendem a patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola, como um direito. Utilizam a mesma lógica que se faz presente para as modalidades de doenças, para o processo de aprendizagem. Dizem aqueles que defendem a medicalização do aprender que é um direito da criança ser medicada, ser atendida e ser diagnosticada. Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação. Esse argumento vem ganhando os espaços legislativos de grande parte de cidades e estados brasileiros por meio de inúmeros projetos de lei que visam criar serviços sejam nas Secretarias de Educação, seja na Secretaria de Saúde, para atender as crianças com problemas escolares. (CFP, 2013, p. 7).

Desta maneira a medicalização, tem assumido o papel de dominar e conter pessoas, retirando a ânsia por questionamentos e o desconforto, também assume outro papel, este ainda mais cruel o de esconder violências físicas e psicológicas, passando assim a determinar que essas pessoas possuam um distúrbio de comportamento e/ou de aprendizagem. (CFP, 2013).

Frente a este processo surge a psicologia que compõe uma ciência, a qual é reconhecida, pelo desenvolvimento de um papel social, e como área do conhecimento que tem subsidiado uma “compreensão dos problemas humanos (Antunes, 2014[s.p])”. (Antunes, 2014). Ponto fundamental da psicologia, mas realmente aplicado a todas as áreas?

A psicologia foi regulamentada como profissão no Brasil em 1962, através da Lei nº 4119/62 de 27 de agosto. A regulamentação trouxe para a área inúmeros benefícios, como a estruturação de cursos de formação, por exemplo, mas junto aos benefícios, instalou-se uma prática com o olhar clínico,

dando prioridade ao modelo exercido por médicos em consultórios (Sousa, 2009 apud Mello, 1978). Essa formação, predominantemente clínica, gerou uma diminuição da ênfase dada a outras áreas da psicologia como a prática nas organizações e da psicologia educacional/escolar. (SOUSA, 2009).

A psicologia escolar, passa a tomar força a partir da homologação da Lei nº 5.692/71, que estabelece em seu parágrafo segundo que:

“A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. (BRASIL, 1996).

Com a lei em vigor, a educação básica passou a ser direito de todos os cidadãos e obrigação do governo. Contudo, houve um aumento no número de alunos, e como consequência o aumento de diagnósticos de dificuldade de aprendizagem. Neste momento, solicitou-se auxílio da psicologia com todo seu arcabouço teórico e sua prática clínica, com a intenção de compreender as dificuldades de aprendizagem. (BARBOSA; MARINHO-ARAÚJO, 2010).

Infelizmente ainda hoje a psicologia explica as dificuldades de aprendizagem por meio do processo de patologização, desta maneira todo o profissional psicólogo que adentrar na rede de ensino, depara-se com esta problemática tão comum na educação. (PATTO, 1997).

Ao realizar uma autocrítica, nota-se que a prática da psicologia na área da educação vivenciou um momento de crise, o que levou ao afastamento dos setores educacionais. Conseqüentemente o espaço deixado pelo afastamento da psicologia, tem sido preenchido pela psicopedagogia, infelizmente, esta prática continua utilizando-se da compreensão clínica para os atendimentos de crianças com problemas de aprendizagem, impondo rótulos como o TDAH, e dando espaço para o processo de patologização e medicalização do ensino e da aprendizagem. (SOUSA, 2009).

Haja vista a necessidade de mudanças da atuação da psicologia no âmbito escolar, e esta necessidade sendo percebida pelos próprios profissionais da área, buscou-se outra alternativa. Sendo assim a psicologia escolar “foi uma das primeiras áreas no Brasil a esboçar uma crítica à formação profissional e ao modelo de atuação psicológica em educação

(Sousa, 2009. P. 180)”. O desafio do momento é superar a crítica quanto à prática profissional, buscando interligar as propostas já existentes com novas propostas para aprimorar o trabalho do psicólogo na área educacional, e assim cumprir um dos princípios básicos da psicologia que diz respeito ao desenvolvimento social. (SOUSA, 2009)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caro leitor, primeiramente gostaria de deixar claro, que o foco desde trabalho, é levar a compreensão da importância de nos atentarmos ao uso excessivo de medicação, principalmente do cloridrato de metilfenidato, pois ainda não existem muitos estudos a respeito do uso da droga em longo prazo. Não quer dizer que sejamos contra o uso de medicação, apenas friso a importância da mesma ser utilizada em casos que há a confirmação de um diagnóstico.

O boletim brasileiro de farmacoepidemiologia (SNGPC, 2012) aponta a importância de se compreender que o medicamento é importante, mas deve ser associado a outras medidas adjuntas como as educacionais, sociais e psicológicas, para se estabelecer um novo repertório comportamental. Deste modo, aconselha-se que busque levar educação pública de qualidade para toda a sociedade “sem discursos morais e sem atitudes punitivas (p.13)”, somente com a intenção de contribuir para o desenvolvimento e demonstração de opções ao uso medicamentoso.

Vejamos, atualmente crianças que não se “comportam” como o esperado em sala de aula, são rotuladas por meio do diagnóstico do TDAH, ou outro transtorno/distúrbio associado a dificuldade de aprendizagem, como o TOD, Dislexia, Disgrafia, Discalculia, entre outras. O procedimento é simples, verificado em sala de aula, indícios de dificuldade de aprendizagem, a escola imediatamente encaminha a criança para um psicólogo ou diretamente para um neurologista infantil por exemplo. E como podemos observar de forma clara no primeiro capítulo, o diagnóstico não é simples, existe a necessidade da integração multiprofissional - respeitando todas as peculiaridades - para um diagnóstico validado. No entanto muitos profissionais ainda negligenciam esta prática, considerando-se o portador do “saber”. Como o psicólogo, que perpetua uma prática perversa onde todos os indivíduos necessitam de consumo de terapias.

Frente ao problema da medicalização, onde se percebe um aumento considerável de consumo em todos os setores tornando a indústria

farmacêutica a segunda maior potência em faturamento em uma escala mundial. Enfatizados o metilfenidato, droga esta que vem sendo utilizada em larga escala em crianças de idade pré-escolar, deixando de avaliar e considerar os comportamentos adequados dentro de cada faixa etária, e utilizando de uma maneira mais rápida e eficaz de “controle de corpos”, espera-se que os profissionais e serviços da área da saúde direcionem seus trabalhos em prol de modificar esta prática medicalizante da aprendizagem.

Devemos então, unir forças para fomentar propostas que visam intensificar tanto na escola, quanto nos serviços de saúde, subsídios para o acolhimento das “necessidades de seus alunos e usuários sem medicaliza-los.” Assim torna-se primordial as discussões entre educação e saúde, com a proposta de trabalho com todas as redes integradas. (CFP, 2015).

Finalizando, é importante ressaltar que todos os objetivos os objetivos propostos foram alcançados. Por outro lado, é preciso salientar a necessidade de maiores pesquisas, que sejam auxílio aos profissionais da área da saúde e da educação no que se refere às práticas medicalizantes.

## REFERENCIAS

ABREU, N. OLIVEIRA, I.R. Epidemiologia e fatores de risco. In: NETO, Mario Rodrigues Louzã e Cols. **Tdah Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ao longo da vida**. São Paulo: Artmed, 2010. Disponível em: <<https://books.google.com.br/>> Acesso em: 01 setembro de 2016.

ANTUNES, M.A.M. **A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. 5 ed. EDUCA, São Paulo. 2014. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=rj\\_PBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=historico+da+psicologia&ots=wQedRILrOF&sig=KxEjFT5I791ofTmrne6wOmXiOfw#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=rj_PBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=historico+da+psicologia&ots=wQedRILrOF&sig=KxEjFT5I791ofTmrne6wOmXiOfw#v=onepage&q&f=false)> Acesso em: 10 Outubro 2016.

BARBOSA, R.M.; MARINHO-ARAUJO, C.M. Psicologia escolar no Brasil: considerações e reflexões históricas. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 393-402, Set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2010000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2010000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Setembro 2016

BASTOS, H.P. Saúde e Educação: reflexões sobre o processo de medicalização. 2013. 208 f. Tese para obtenção de título de doutor (a). Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-25022014164505/en.php>>. Acesso em: 01 setembro 2016.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA (ANVISA) **Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_344\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_344_98.pdf)> Acesso em: 24 de setembro de 2016.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA (ANVISA). PRESCRIÇÃO E CONSUMO DE METILFENIDATO NO BRASIL: IDENTIFICANDO RISCOS PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE SANITÁRIO. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC): Boletim de Farmacoepidemiologia. Ano 2, nº 2 | jul./dez. de 2012. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf)> Acesso em: 25 SETEMBRO 2016.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA (ANVISA). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). Ano VIII nº 23| março de 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+A>

valia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+(BRATS)+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187> Acesso em: 25 setembro 2016

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Bula paciente. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24848562016&pIdAnexo=4017453](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24848562016&pIdAnexo=4017453)> Acesso em: 24 outubro 2016.

**BRASIL, LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Presidência da República, Casa Civil. Disponível em:** <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)> Acesso em: 24 setembro 2016.

**BRASIL, LEI Nº 9.787, DE 10 DE FEVEREIRO DE 1999.** Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9787.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm) Acesso em: 02 Setembro 2016.

**BRASIL, LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996.** Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/136683.pdf>> Acesso em: 13 outubro 2016.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA.** Subsídios para a campanha não a medicalização da vida. 2013. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf)> Acesso: 15 janeiro 2016.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA.** Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. São Paulo, 1ª impressão; Fevereiro/2015. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/CFP\\_CartilhaMedicalizacao\\_web-16.06.15.pdf](http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf)>. Acesso em: 15 julho 2016.

CHRISTOFARI, A.C.; FREITAS, C.R.; BAPTISTA, C.R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, out./dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-62362015000401079&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362015000401079&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Agosto 2016

DOMITROVIC, N. **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso.** 2014. 109 f. dissertação (Pós-Graduação em Psicologia Institucional). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_8488\\_NATHALIA%20DOMITROVIC.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8488_NATHALIA%20DOMITROVIC.pdf)>. Acesso em: 01 setembro 2016.

FIGUEIRA, P.L.; CALIMAN, L.V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 26, n.2, p. 17-32, Dez. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01035665201400020002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01035665201400020002&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 31 Julho 2016.

Forteski, R. et.al. O diagnóstico de TDAH: implicações na aprendizagem escolar da criança. **Cadernos do Aplicação**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, jul/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/CadernosdoAplicacao/article/view/32571/29304>> . Acesso em: 08 agosto 2016.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.1, p.183-184, jan-mar 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>>. Acesso em: 29 Novembro 2016.

GRAEFF, R.L.; VAZ, C. E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 341-361, Set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01036564200800030005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01036564200800030005&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 20 Janeiro 2016.

GUSMÃO, M.M.G. **Comportamento infantil conhecido como hiperatividade: consequência do mundo contemporâneo ou tdah?**. 2009. 128 f. Dissertação. Faculdade de educação da UFMG. Minas gerais. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/FAEC-84JNUY/disserta\\_\\_o\\_mar\\_lia\\_maria.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/FAEC-84JNUY/disserta__o_mar_lia_maria.pdf?sequence=1)> . Acesso em: 20 Janeiro 2016.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ?. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. v. 25. n. 01. p. 239-263. abr. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/edur/v25n1/14.pdf>> Acesso em: 10 Julho 2016.

KOROLKONAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C. **Dicionário terapêutico Guanabara**. Ed. 15 – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et, al.,/ 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MATOS, L.D. Mind map como instrumento psicopedagógico de mediação para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. **Rev. psicopedag.**, São Paulo ,v. 27, n. 84, p. 395-404, 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010384862010000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862010000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 7 Abril 2016.

MEIRA, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Vol. 16, n. 1; P.135-142; Janeiro/Junho 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141385572012000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572012000100014&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 9 Agosto 2016.

NETO, M.R.L. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Breve historia do conceito. IN: NETO, Mario Rodrigues Louzã e Cols. **Tdah Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ao longo da vida**. São Paulo: Artmed, 2010. Disponível em: < <https://books.google.com.br/>> acessado em: 01 setembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. 2014 DISPONIVEL EM: <[http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/AR\\_2014.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/AR_2014.pdf)> ACESSADO EM: 26.09.2016

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 100-104, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832004000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200006&lng=pt&nrm=iso)> acessado em: 02 Setembro 2016.

PATTO, M.H.S. Introdução a psicologia escolar. 3º ed. Casa do psicólogo. São Paulo. 1997. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=krd6zhqih88C&oi=fnd&pg=PA11&dq=historico+da+psicologia+escolar+no+Brasil&ots=DTmnVB\\_pld&sig=RVwBXpoVOOR\\_ps2XLPE9A7BrbU4#v=onepage&q=historico%20da%20psicologia%20escolar%20no%20Brasil&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=krd6zhqih88C&oi=fnd&pg=PA11&dq=historico+da+psicologia+escolar+no+Brasil&ots=DTmnVB_pld&sig=RVwBXpoVOOR_ps2XLPE9A7BrbU4#v=onepage&q=historico%20da%20psicologia%20escolar%20no%20Brasil&f=false)> Acesso em: 10 outubro 2016.

PIRES, N.S., SILVA, J.O.S. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) – medicalização da vida?. **PUC**, RS, (S.P) DISPONIVEL EM: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/45.pdf>> Acesso em: 15 Fevereiro 2016.

POETA, L.S.; NETO, F.R. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 150-155, Set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15164446200400030004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164446200400030004&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 4 Agosto 2016.

RAMOS, M.M. Teoria e prática rumo à compreensão do TDAH no âmbito escolar. F. 62, Monografia (Licenciatura em Pedagogia) - **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, 2012. Disponível em: <<http://www.ffp.uerj.br/arquivos/dedu/monografias/mmr.1.2012.pdf>> Acesso em: 17 Julho 2016.

ROHDE, L.A.; et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01016083200400030002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200400030002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 Fevereiro 2016.

SEGENREICH, D.; MATTOS, P. Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH: uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 117-123, 2004 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01016083200400030001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200400030001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 Fevereiro 2016.

SILVA, J.V.A.; TAKASE, E. Um caso clínico de tdah: possibilidades, dificuldades e limites no processo psicoterapêutico. **Revista Científica CENSUPEG**, nº. 1; p. 111-121. 2013. Disponível em: <<http://201.86.97.2/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/64/24>> Acesso em: 20 Janeiro 2016.

SOUZA, M.P.R. Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 179-182, Jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141385572009000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572009000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Setembro 2016.

TEIXEIRA, A.L.A.. **O Rótulo: “tdah”**. 2015. 53 f. Pós graduação “LATO SENSU”, em Psicopedagogia. Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.avm.edu.br/monopdf/6/ANA%20LUZIA%20DE%20ARAÚJO%20TEIXEIRA.pdf>> Acesso em: 20 Janeiro 2016.

VISSER, S.N.; LESESNE, C.A. Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder --- United States, 2003, vol.54; n.34; p. 842-847, set. 2005. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5434a2.htm>>. Acesso em: 02 setembro 2016.

## **ANEXOS**