



O CÁLCULO DE RISCO E O BIOPODER NA CONSTRUÇÃO DIAGNÓSTICA DO TDAH

Ciro Linhares de Azevêdo (*Mestre em História pela Universidade Federal de Campina Grande – ciroufcg@hotmail.com*);

Resumo: Consta no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como diagnóstico psiquiátrico. A noção patológica foi consolidada em 1990, quando criou-se o termo atual implantado no DSM-IV. Alguns pesquisadores consideram o “transtorno” resultado de um desvio de desenvolvimento; outros, como condição histórica do sujeito contemporâneo, mas prevalece a vertente da psiquiatria biológica de patologização alicerçada na noção de disfunção neuroquímica. Este elemento evidencia-se no uso de medicamentos psicoestimulantes como anfetaminas e metilfenidato. Este minicurso terá como objetivo historicizar a construção do TDAH pelos saberes psiquiátrico e neurocientífico, suas várias tipificações e as permanências e rupturas das relações de poder na escola. Analisamos a medicalização da vida na educação como estratégia de biopoder no disciplinamento dos corpos; na biopolítica, com a agência dos dispositivos de segurança sobre a população e a busca da autogestão dos indivíduos na sociedade de controle.

Palavras-chave: TDAH; medicalização; biopoder; metilfenidato;

Este artigo é resultado da angústia gerada nos últimos cinco anos como professor de História em turmas de Ensino Médio em instituições da rede privada de Campina Grande – PB. Nestes anos presenciei o aumento significativo das listas entregues aos professores pela gestão escolar com os nomes de dezenas de alunos classificados por “transtornos” e séries. A quantidade de classificações lembrou-me as aulas de biologia na época de aluno do Ensino Médio. Deparei-me com siglas como TDO, TDAH, Dislexia, Depressão, Bipolaridade, entre outros. Quase todos os alunos das listas foram classificados como “portadores” de TDAH. Com o início das aulas, senti-me ainda intrigado com o comportamento apático de grande parcela desses alunos no dia-a-dia escolar. Afirmavam que eram efeitos colaterais da “ritalina”.

Resolvi então estudar e procurar entender a construção histórica do diagnóstico do TDAH e como os discursos médicos, a partir de tal diagnóstico, produz novos sujeitos no cotidiano escolar. Dedico-me nos últimos 8 meses a realizar uma “genealogia” da relação da medicalização da educação com o nascimento de novas relações de poder no cotidiano escolar. Tenho experimentado leituras “que me passam” e potencializam novas formas de relacionamento com meus alunos classificados pela “autoridade” médica. Tento atravessá-los de formar a ser muito mais potência para eles do que as fronteiras levantadas pelo diagnóstico do TDAH.



Caracterização do diagnóstico de TDAH

Consta no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da APA (American Psychiatric Association) o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) como diagnóstico psiquiátrico. Este é construído baseado num questionário que descreve nove itens ligados à falta de atenção, seis à hiperatividade e três à impulsividade. O diagnóstico é consolidado quando seis ou mais destes itens são apresentados no mínimo em dois contextos diversos com prejuízos funcionais ao indivíduo por período mínimo de seis meses. O “transtorno” pode afetar predominantemente a dimensão da percepção – falta de atenção – ou a esfera motora (hiperatividade) também existindo quadros mistos. Parte dos sintomas podem se manifestar antes dos sete anos.

Segundo França (2012, p.193-194), a abrangência e a relação dos itens usados na construção do diagnóstico com o cotidiano torna improvável lermos o manual e não nos identificarmos com o quadro de TDAH. A autora também destaca alguns elementos apresentados no manual sobre a prevalência, classificações e desenvolvimento do diagnóstico: o transtorno é mais comum em meninos. Sobre a desatenção afirma que os indivíduos “dão a impressão de estarem com a mente em outro local” (p.112). Destaca a necessidade de diferenciar a hiperatividade de “excesso normal de atividade” (p.116). A impulsividade faria com que as crianças tivessem comportamentos inconvenientes, colocar-se em situações de risco e sofrer acidentes. Outro elemento destacado no manual é a dificuldade de encarar frustrações, baixa autoestima e a criança pode sofrer rejeição em casa ou convívio social. Sobre a dimensão intelectual, afirma que o “transtorno” é mais comum em crianças com rendimento inferior a seus pares ou muito inteligentes em ambientes pouco estimulantes. Os sintomas do “transtorno” podem ser mínimos ou ausentes em pessoas sob tratamento, controle rígido ou atividades interessantes. Outro elemento é a ausência de exames clínicos laboratoriais ou físicos para construção do diagnóstico. Quanto a evolução, acredita-se que os sintomas são atenuados com o “amadurecimento” da criança.

A “história oficial do TDAH”¹ destaca que as primeiras tentativas médicas de sistematizar e “patologizar” comportamentos caracterizados pelo déficit de atenção marcam de 1902 na Inglaterra, com os estudos realizados por George Still sobre o “Defeito de controle moral”. Este conceito

1 Segundo Caliman (2010), o termo “história oficial do TDAH” seria referência a forma como pesquisadores da psiquiatria neurobiológica construíram uma narrativa linear sobre a “evolução” dos estudos sobre a “origem” neurológica do TDAH. Essa narrativa desconsidera os elementos sociais, econômicos, morais e históricos que atravessam esses estudos.



refere-se ao defeito na vontade inibitória, marcado pela dificuldade de atenção, comportamentos agressivos, indisciplinados, descontrolados e desafiantes. Segundo Barbarini(2014), o campo de estudos da psiquiatria neurobiológica costuma a explorar apenas a condição mórbida, biológica e cerebral do “defeito” descrito por Still e, dessa forma, desconsideram os elementos sociais e a “problemática moral” que atravessava o campo médico do início do século XX.

A partir de 1918, Strauss relacionou comportamentos de desatenção com crianças que sofreram alguma lesão cerebral e criou uma visão organicista, onde a casualidade foi naturalizada e desconsiderada a realidade do sujeito. Em 1937, Charles Bradley, usou anfetaminas e calmantes em crianças e adolescentes órfãs que apresentavam dificuldades de manter atenção e aprendizagem, os últimos intensificaram as dificuldades e as primeiras atenuaram os sintomas. Dessa forma, compreendeu-se que havia alguma motivação neurológica e que as anfetaminas haviam estimulado áreas cerebrais responsáveis pela inibição de estímulos, sendo possível – segundo Bradley – realizar um “aprimoramento” social das crianças com “desvios comportamentais”.

Em 1944 Strauss propôs o termo “Lesões Cerebrais Mínimas” reforçando a visão organicista e neurológica. No entanto, em 1962, diante da ausência de comprovação da existência de lesões cerebrais houve uma mudança de denominação para “Disfunção Cerebral Mínima”, mas com a manutenção da visão patológica sobre crianças com determinadas características de comportamento. A Organização Mundial de Saúde adotou o termo Síndrome Hiperkinética para incluir no Código Internacional de Doenças(CID-9), também houve a inclusão desse diagnóstico para o DSM-II, elaborado pela APA em 1968, como Reação Hiperkinética Infantil. Em 1980, no DSM-III, houve a substituição pelo termo Síndrome de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade e na edição revisada(DSM-III-R) em 1987, diante da subjetividade dos critérios usados para o diagnóstico, ganhou força a denominação Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade(DDA). A noção patológica foi consolidada em 1990 quando criou-se o termo atual TDAH implantado no DSM-IV.

Alguns pesquisadores consideram o “transtorno” resultado de um desvio de desenvolvimento, outros da condição histórica do sujeito contemporâneo, mas prevalece a vertente da psiquiatria biologista de patologização alicerçada na noção de disfunção neuroquímica. Este elemento evidencia-se no uso de medicamentos psicoestimulantes como anfetaminas e metilfenidato. Segundo França(2012, p.194), alguns tratados de psiquiatria infantil dão importância a fatores psicossociais e genéticos para construção do diagnóstico que, após confirmado, é seguido



de tratamento que intervem nos contextos familiar e escolar, também recorre-se ao uso de psicoterapia, no entanto prevalece o tratamento farmacológico.

O metilfenidato é usado como principal substância no tratamento por ser estimulante do sistema nervoso central(SNC) aumentando o nível de dopamina e noradrenalina nas fendas sinápticas e, dessa forma, melhorando as atividades executivas dos indivíduos, reduzindo o comportamento desatento e otimizando a realização de tarefas cotidianas(principalmente, atividades escolares no caso de crianças). Este psicoestimulante, pertencente ao grupo das anfetaminas, foi sintetizado pela primeira vez em 1944 para ser utilizado no tratamento de fadiga em idosos. A Ritalina(nome fantasia do metilfenidato) foi associada à Disfunção Cerebral Mínima nas décadas de 1960 e 1970, e nos anos 1980 ao Distúrbio de Deficit de Atenção(DDA) e, a partir dos anos 1990, ao TDAH.

Os medicamentos mais comuns no Brasil são Ritalina, Concerta e, recentemente, Vyvance que é composto de dexanfetamina. Em tese de doutorado defendida em maio de 2014, na UERJ, pela psicóloga Denise Barros, a pesquisa quantitativa apontou que houve um aumento de 373% no volume de metilfenidato importado pelo Brasil de 2003 até 2012, também houve o aumento de consumo da substância no país de 94 Kg em 2003 para 875 Kg em 2012. Entre os pesquisadores que aceitam a condição patológica do TDAH existem aqueles que criticam o aumento desenfreado do consumo do medicamento e a banalização do diagnóstico relacionando a ação não criteriosa e não “responsável” dos médicos afinados com indústria farmacêutica, além da subjetividade e superficialidade dos critérios estabelecidos pelo DSM.

Elemento marcante são as consequências do uso do metilfenidato para sistemas e saúde corporal, podem ser efeitos colaterais: alucinações, irritabilidade, cefaleia, convulsão, arritmias, hipertensão, emagrecimento, alterações sexuais, náuseas, diarreia, entre outros. Após um tempo de consumo regular a retirada pode desencadear insônia, depressão e exaustão. Alguns pesquisadores criticam a banalização do uso do medicamento, mas afirmam que é necessário analisar o custo-benefício.

Moysés e Collares(2011) destacam que o diagnóstico de TDAH trata sintomas como um fim em si equiparando-os a doença e não trata os motivos do transtorno ou desenvolve atividade reflexiva sobre a condição do indivíduo. Essa equiparação entre sintomas e “doença” desemboca o uso da medicação e acarreta o silenciamento da criança diante da sua experiência emotiva perante seu contexto social, gera um processo de objetivação(FOUCAULT, 2007; 1988) na prevalência de

saberes científicos e práticas normatizadoras que constituem fronteiras produzindo sujeitos e limitando sua existência por universalizar as experiências individuais no diagnóstico e desconsiderar as possibilidades de subjetividade.

O caráter controverso e os efeitos do metilfenidato geraram nos últimos anos confrontos teóricos que colocaram em dúvida existência “real” do TDAH. Principalmente, devido ao aumento alarmante das estatísticas nos EUA, em 2004 o transtorno foi reconhecido como problema grave de saúde pública pela Resolução 370(U.S.Senate, 2004). e o dia 7 de setembro passou a ser reconhecido como Dia da Consciência Nacional sobre o TDAH. De problema americano virou questão internacional gerando debate nos meios de comunicação, entre profissionais de várias áreas e organizações públicas que passaram a questionar o aumento indiscriminado no número de diagnóstico e popularizaram um clima social de dúvida sobre a existência real do transtorno.

Segundo Caliman(2009, p.140):

Contra as suspeitas em torno do diagnóstico, era preciso reafirmar a legitimidade da natureza biológica e cerebral do transtorno. Ele não era um efeito da forma de vida atual, da necessidade de segurança, das exigências de produtividade e sucesso, da lógica do risco e pensamento psiquiátrico baseado na evidência visual. As questões econômicas, políticas, sociais e morais que ajudaram a criar o TDAH deveriam ser mitigadas.

Diante do clima social de dúvida em relação ao diagnóstico a ciência biomédica reagiu demarcando fronteiras do “lugar de autoridade” de médicos e cientistas num documento de caráter político com 16 páginas e com uso de artigos e livros que “comprovariam” a existência do transtorno. Organizado por Russell A. Barkley o Consenso Internacional tentou sustentar a legitimidade do TDAH pela autoridade médica e suposta objetividade de pesquisas neuropsicológicas e cerebrais.

Nesse contexto, é importante destacar que diante da valorização dos estudos neurológicos dos anos 1990 houve uma série de investimentos do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) e no lançamento do DSM-IV o TDAH foi reconhecido como tal e relacionado com possíveis descobertas de bases biológicas e neurológicas. No texto do Consenso Internacional, para justificar o caráter “real” e a “condição médica do transtorno” os pesquisadores envolvidos usaram o critério do cálculo de risco.



O Cálculo de Risco e o Biopoder

Com o desenvolvimento de um saber psiquiátrico de caráter neurocientífico, as desordens de humor, da cognição e da conduta passaram a ser descritas como anomalias cerebrais ligadas a neurotransmissores específicos. Somou-se a essa perspectiva as contribuições dos estudos genéticos e o sonho psicofarmacológico de desenvolvimento de drogas que afetassem apenas o elemento neuroquímico da patologia tratada.

Nas escolas, o TDAH tem gerado a naturalização de experiências de “não-aprendizagem” como resultado do transtorno que “incapacita” alguns alunos de concentrar-se em toda a estrutura de disciplinamento de saberes e corpos (provas, permanecer em fila, manter-se sentado durante os 50 minutos de aula, copiar atividades, concluir resolução de questões em módulos e livros didáticos, bom relacionamento com colegas de classe, comportamento adequado nas brincadeiras, respeito as regras para ir ao banheiro e vestimentas, entre outros...).

Sendo assim, há a medicalização² desses indivíduos, que não desenvolvendo os mecanismos de autocontrole produzidos pela instituição escolar e seus saberes pedagógicos, serão assujeitados pelos saberes psiquiátricos e seus mecanismos de controle dos corpos pela lógica da normalização. “Institui-se, dessa forma, o que é ser uma criança normal, saudável e com o máximo de aproveitamento de suas capacidades cognitivas. Assim, o discurso da medicalização se capilariza para outras esferas do existir, medicalização como ato que transcende o ato de prescrever remédio”(DECOTELLI e BOHRE, 2013, p.448)

A medicalização não representa apenas um índice de normalidade, mas o saber médico produz sujeitos, existências e modos de viver. Torna-se saber autorizado a falar sobre as formas de governo de pais, professores, psiquiatras, psicólogos, disciplinadores sobre os “alunos com TDAH”, e, estes, sobre si através de manuais terapêuticos, técnicas de leitura, medicamentos, entre outros. A entrada do saber médico no cotidiano escolar caracteriza a produção de novas estratégias de governo, no primeiro sentido voltadas para “conduzir condutas” e, no segundo sentido, é da ordem do governo a relação que se pode consigo mesmo, quando se trata, por exemplo de dominar os prazeres, desejos e de efetuar transformações sobre si mesmo como sujeito de conduta moral(FOUCAULT, 1995).

² O termo é de Ivan Illich, que, no seu livro *Medical Nemesis: a Expropriação da Saúde*, de 1975, descreve uma invasão, pela medicina, de esferas cada vez mais diversas da vida (Boarini & Yamamoto, 2004)

O governo da vida exercido pela escola e clínica médica sobre as crianças com TDAH estabelece uma política da atenção, aprendizagem e controle de comportamentos e instintos com a finalidade de regular os corpos na aquisição de conteúdos, comportar-se em público, brincar e interagir com outras crianças, intervindo em diversos elementos da vida cotidiana com a finalidade de definir as possibilidades do “bem viver”. Os saberes e técnicas de condutas repetidas, treinadas e ensinadas, acompanhamento organizacional, avaliações específicas, anotações com tarefas diárias a serem cumpridas para as crianças com TDAH em casa, na escola e clínicas transformam-se em *tecnologias do eu*³ na produção de novas formas de existir e experiências de infância.

O exercício do governo no ocidente, a partir do século XVI, não dizia respeito apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados, mas se constituía como uma maneira de dirigir os indivíduos ou grupos.”(...)Como o governo das crianças, das famílias, das comunidades, dos doentes, entre outros. Governar, portanto, seria estruturar o eventual campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p.244). De acordo com Foucault(2010), três formas de exercício do poder foram desenvolvidas na formação dos Estados Modernos no mundo ocidental: o poder de soberania, o poder disciplinar e a biopolítica.

Durante a formação dos Estados Modernos prevaleceu o modelo de soberania como principal forma de exercício de poder do rei. O poder centrado no soberano que possuía, inclusive, o direito sobre a vida e a morte dos seus súditos. O soberano confundia-se com o próprio Estado, não existia separação entre o soberano e a lei, esta e o corpo do rei resultam numa intensa simbiose, sendo aquele que ferisse a norma o equivalente ao regicida por ferir o corpo do soberano. Dessa forma:

(...)recordem o esquema do leviatã: enquanto homem construído, o leviatã não é outra coisa senão a coagulação de um certo número de individualidades separadas, unidas por um conjunto de elementos constitutivos do Estado; mas no coração do Estado, ou melhor, em sua cabeça, existe algo que o constitui como tal, e este algo é a soberania, que Hobbes diz ser precisamente a alma do leviatã (FOUCAULT, 2007, p. 183).

Dessa forma, toda fuga da norma por menor que fosse representava uma violência ao corpo do soberano. Uma evidência desse elemento é o formato das punições que não tinham como finalidade apenas a reparação de danos ou manutenção dos interesses da sociedade, mas a vingança

³“práticas que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade” (Foucault, 1995, p. 48)

do soberano, ferido em seu corpo. O direito de punir era exercido com o caráter negativo de supliciar o corpo, espetacularizar a punição, ostentar a força em rituais públicos para simbolizar a devolução da integridade física do soberano. O poder de soberania “tratava-se de subtrair a vida, em um sentido amplo, os bens, o trabalho, a riqueza, de apropriar-se das coisas, do tempo, de corpos, de vida, sendo um poder limitativo, restritivo, mecânico, expropriador”(DECOTELLI e BOHRE, 2013, p.448).

Durante o século XVII e XVIII, surgiu uma nova racionalidade do poder num processo de invenção das tecnologias positivas do poder. Passou-se das tecnologias de poder que expulsa, exclui, bane, reprime, suplicia, para o poder exercido de maneira contínua e positiva, fabricando, observando, produtivo a partir dos seus próprios efeitos sobre os corpos. As técnicas de poder que surgiram nos séculos XVII e XVIII:

“Eram todos procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais(sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e vigilância)(...)Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento, etc. Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho.” (FOUCAULT, 2010, p.202)

Uma série de instituições nas sociedades ocidentais passaram a ter função de capturar os corpos e criar estratégias de controle contínuo com a finalidade de produzir sujeitos dóceis e normatizados. No modelo disciplinar, a vigilância e o treino são constantes, a punição é eventual. A racionalização da vida, a repetição em série, a produtividade dos corpos e a produção de indivíduos como personificação de engrenagens de uma “sociedade-máquina” dentro do universo industrial fez ter como finalidade otimizar a existência e dedicar-se ao governo da vida. A adequação dos corpos passou a ocorrer em instituições como escolas, prisões, manicômios, hospitais e fábricas.

No caso das escolas, o poder disciplinar passou a ser exercido de duas formas gerais: disciplina-corpo e disciplina-saber(VEIGA-NETO, 2001, p.45-48). Os indivíduos na escola são submetidos, profunda e permanentemente, a uma rede de valores, códigos, condutas, saberes, verdades, proibições e formas de relacionamento que tem como finalidade levar o indivíduo a se autogovernar e servir de matéria-prima para constituição da existência por toda a vida.



Dialogando com a produção atual do sujeito “o aluno com TDAH”, este caracteriza-se pelo fracasso das estratégias de disciplinação produzidas pela escola em governar seu corpo e sua existência. A “incapacidade” de autogoverno levou a escola a produção de formas específicas de disciplinarização do “aluno TDAH” com manuais terapêuticos, de estudos e avaliações específicas para o sucesso da suposta relação corpo disciplinado – aquisição de saberes formais.

Durante o final do século XVIII e século XIX surgiu a biopolítica como outra lógica de operação do poder. Houve uma tomada de poder sobre o humano enquanto ser vivo, numa espécie de estatização do biológico. Diferentemente do poder disciplinar que é dirigido ao corpo do indivíduo, a biopolítica dedica-se ao homem-espécie. Dessa forma, a biopolítica é dirigida ao governo da população, não sendo uma tomada de poder individualizante, e sim massificante e dedicada a processos de conjunto como densidade demográfica, taxa de natalidade, mortalidade, longevidade, entre outros elementos que serão articulados com as antigas preocupações políticas e econômicas da sociedade disciplinar.

A biopolítica dedica-se a diminuir os riscos de morbidade e precarização da vida. A preocupação com as endemias ao invés das antigas epidemias é uma evidência do direcionamento das preocupações de governo para regularidade e “bem-viver”. No final do século XVIII a preocupação é com:

(...)aquilo que se poderia chamar de endemias, ou seja, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade das doenças reinantes numa população. Doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias, a título de causas de mortes mais frequente, mas como fatores permanentes – e é assim que as tratam – de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custo econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar. Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – é a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorratamente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece.” (FOUCAULT, 2010, p.205)

Com os fenômenos atrelados ao governo dos povos a partir do final do século XIX houve um processo de valorização e introdução da medicina como saber-chave no controle de riscos da população. O saber médico deverá dedicar-se a higiene pública, tratamentos médicos coletivos, normalização do saber, enfim, a medicalização da vida da população. Além dos mecanismos de controle da saúde coletiva, a biopolítica produziu estratégias de redução de danos a elementos não compreensíveis, inevitáveis ou acidentais como a velhice, enfermidades, anomalias diversas, o indivíduo que sofre acidente no trabalho, enfim, elementos que tiram do campo de capacidade de

produção econômica e “bom” desenvolvimento da hereditariedade. Alguns mecanismos passam a ser criados para o controle de riscos da população como: instituições assistenciais, poupança individual e coletiva, seguridade, ações coletivas promovidas pela medicina social.

Um dos elementos citados nesse texto foi o cálculo de risco como um dos argumentos para construção do diagnóstico do TDAH, sendo uma dos elementos fundamentais do assujeitamento elaborado pelas estratégias de controle da lógica da biopolítica. O “aluno TDAH” pertence ao campo do acidental e “incapaz” de alcançar o autogoverno pelo disciplinamento, dessa forma o saber psiquiátrico é ativado para disseminação e produção de estratégias de controle da “natureza desviante” que vão desde manuais terapêuticos até a dopagem por metilfenidato. Ora, para comportamentos naturalizados como perigosos ao “bom convívio”, “bem viver” e manutenção de hábitos “saudáveis”, a lógica da prevenção ou da diminuição de danos passa a ser central no processo de medicalização. Nessa lógica, o aluno agitado, fora de controle e “inconveniente”, não cabe para o bom funcionamento do processo de aprendizagem sendo necessário a instituição de limites as possibilidades de comportamento e procedimentos diversos de controle as diversas naturezas.

Os especialistas, pais, pedagogos, professores, psiquiatras devem ter em mente manuais com as possibilidades e as necessidades de cada criança para serem incluídas nas fronteiras levantadas pelos padrões de normalização. Alguns exemplos são a concentração desses alunos em única turma, enquanto alunos com bons desempenhos são concentrados nas chamadas “turmas olímpicas”, esta estratégia marca o desejo de homogeneização das instituições escolares privadas para atender a produção de estatísticas que relacionam o sucesso delas a lógica empresarial, sendo a “melhor escola” aquela em posições mais altas em rankings de desempenho, criação de salas específicas para realização de provas por alunos com TDAH, estratégias de leitura como grifar palavras, aumentar letras, tomar medicamentos que potencializam a atenção, acompanhamentos com psicólogos escolares, listas de objetivos e atividades diárias, técnicas de memorização, entre outros.

Referências Bibliográficas

VEIGA-NETO, Alfredo. *Regulação Social e disciplina*. In: **A educação em tempos de globalização**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001, p. 45-48.

BARBARINI, T. A. *Sob a tutela do biopoder: crianças com TDAH*. *Estud. Sociol.*, v. 19, n. 36, p. 221-238, 2014

BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BRZOZOWSKI, Fabiola Stolf and CAPONI, Sandra. *Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade*. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.3, pp.941-961. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300006>.

CALIMAN, L. *Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault*. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro. 2002

_____. *O TDAH: entre funções, disfunções e o melhoramento da atenção*.

_____. *A constituição sócio-médica do “fato TDAH”*. *Rev. Psicologia e Sociedade*. p.135-144. 2009

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. *A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política*. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013.

DELEUZE, Gilles. *Conversações(1972-1990)*. Tradução de Peter Pál Pelbart – São Paulo: Editora 34, 3ª Edição, 2013.

FRANCA, Maria Thereza de Barros. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 45, n. 82, p. 191-207, jun. 2012.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão – 2ª Edição – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. *Os Anormais (1974-1975)*. Tradução Eduardo Brandão – São Paulo - Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

_____. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. (Org.). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-49.

_____. *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. *Microfísica do Poder*. 24.ed. São Paulo: Edições Graal. 2007.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. *Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem*. In: **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo**; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 149-161.