

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – MESTRADO E DOUTORADO
- ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Letícia Thomasi Jahnke Botton

**OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS: UMA
ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE
DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA
SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS.**

Santa Cruz do Sul

2019

Letícia Thomasi Jahnke Botton

OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Direitos Sociais e Políticas Públicas, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito.

Orientadora: Prof. Dra. Marli Marlene Moraes da Costa

Santa Cruz do Sul

2019

Letícia Thomasi Jahnke Botton

OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS.

Esta tese foi submetida ao Programa de Pós Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado em Direito; Área de Concentração em Direitos Sociais e Políticas Públicas; Linha de Pesquisa em Dimensões Instrumentais das Políticas Públicas, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Direito.

Dra. Marli Marlene Moraes da Costa
Professora Orientadora - UNISC

Dr. Clóvis Gorczewski
Professor examinador – UNISC

Dr. Ricardo Hermany
Professor examinador – UNISC

Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch
Professor examinador – UFSM

Dr. Gilmar Antônio Bedin
Professor examinador – UNIJUÍ

À minha família, meu maior e mais valioso tesouro.

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado a agradecer. Agradecer as pessoas que estiveram comigo nessa longa e solitária caminhada que é o Doutorado. Digo solitária porque nós, doutorandos, temos que abdicar da convivência, da presença física, de encontros com amigos e familiares para que possamos nos dedicar ao trabalho que irá titular-nos como Doutores em Direito. Além das abdições, existem, com certeza, diversas dedicações. As leituras, os fichamentos, os seminários, as aulas, a construção de artigos, participação em eventos, apresentações de trabalhos, sempre em busca dos melhores resultados.

Para fazer concluir o curso de doutorado tive que descobrir que eu era forte. Forte em dizer, em determinados momentos, para as pessoas que mais amo no mundo, que não poderia me fazer presente. Assim, inicio, de fato meus agradecimentos, que será longo porque tive anjos na vida e nesse período, afirmando que eu sei que nunca estive sozinha, apesar da caminhada, sei que tinham pessoas, sendo meu *staff*, logístico, emocional, espiritual e organizacional mesmo que de longe.

Ao meu marido, Leonardo. Fomos colegas, no tempo do colégio e, desde lá, a tua presença me fazia bem. Porém, quando durante o namoro, noivado e casamento, te digo, sem sombras de dúvidas, tu fazes bem para minha alma. Contigo, posso ser, sem medo, a Letícia que ri, sorri, fica triste, chora, ganha um abraço, se acalma e volta a sorrir. Obrigada meu marido, amigo, companheiro, confidente, por entender as minhas ausências, incentivar meus estudos, respeitar meus medos e angústias, mas acima de tudo e qualquer coisa, obrigada por sermos felizes com o que temos, com quem somos e planejarmos tudo numa lógica de valorizar o “vai, que eu estou contigo.” Te amo. Ainda assim, lembro da nossa *Maia* que, nossa companheirinha de quatro patas, acreditem, entendia quando eu dizia que precisava estudar e ficava deitada nos meus pés até o momento de eu dizer: pronto, podemos brincar.

Aos meus pais, Marta e Ricardo. Vocês são os melhores pais que alguém pode ter. Vocês foram amorosos, cada um do seu jeito, desde os primeiros dias das nossas vidas. Vocês foram justos na educação minha e dos meus irmãos, desde uma divisão de simples chocolate até os conselhos mais importantes. Obrigada por me levantarem, quando eu caí. Obrigada por me chamarem a atenção, quando eu precisei. Obrigada pelos sins, mas também, pelos nãoos que me deram, quando

necessário. Obrigada por nos dizerem: Vocês sempre terão tudo, se estudarem. Apesar de não compreender muito bem essa frase, desde a primeira vez que vocês me falaram, pois era muito pequena, hoje tenho a plena noção do que ela significa. Obrigada por respeitarem a essência de vida minha e dos meus irmãos, nos incentivarem e nos deixarem voar. Vocês são a minha referência. Minha heroína e meu herói. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Giovana e Leonardo. Em uma época governamental em que as poupanças estavam ameaçadas eu tinha apenas um pedido: quero irmãos. O resto era problema do pai e da mãe. De tanto eu pedir, o Papai do Céu, escolheu a dedo e mandou os melhores que eu poderia ter. Antes de virem para nós, Ele disse: desçam, encantem e arrasem. E é isso que vocês fazem a mais ou menos 23 anos. Quem disse que irmão só porque é mais novo não inspira o mais velho? Vocês me inspiram todos os dias, com vocês a vida se torna mais doce e feliz. Nunca esqueçamos o que nossos pais nos ensinaram: juntos, sempre seremos mais fortes. Amo vocês.

Agradeço todos os meus familiares que pediam notícias do meu doutorado sempre, tia Elisa, fostes um socorro todas as vezes que precisei. Meus sogros, Luiz Roberto e Salimara, por compreenderam minhas ausências e perguntarem, mesmo que por mensagens, se estava tudo bem ou se eu precisava de alguma coisa. Meus amigos, que nossa, me perdoem o, necessário, afastamento físico nesse período, mas fiz o melhor que eu pude dentro do possível, tenham a certeza que estão no meu coração, todos representados pelas meninas: Bruna Salamoni, Fernanda Scheidt, Letícia Borges, Luize Bettanzo, Luiza Cirolini, Liziane Ferreira e Mirela Barreto.

À minha querida ULBRA e aos meus amigos e colegas de trabalho. Agradeço a Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, por acreditar no meu trabalho. Ao meu, sempre, professor, Mauro Cervi que me incentivou e preparou desde o 3º semestre da graduação a me dedicar a pesquisa e a escrita para alcançar o Doutorado que sempre foi meu sonho, na época Coordenador do Curso, hoje, Diretor do Campus Santa Maria. A Diretora Nádia T. Schröder pelas conversas e apoio nessa fase final da tese. Ao Prof. Marcelo Mendes Arigony pela parceria, pelos incentivos e pela companhia de me acompanhar em diversas coletas de dados nos locais mais diversos da cidade de Santa Maria.

À UNISC. Instituição que me acolheu de pronto, me apresentando novos professores, colegas e amigos que levarei para a vida. Meus colegas de Turma, Aneline, Fábio, Felipe, Julia e Rafael, obrigada por terem tornado as aulas, mas

principalmente, os intervalos mais leves e ainda assim sempre com muito aprendizado acadêmico e de vida. Julia, foste ímpar na minha caminhada, obrigada pela amizade além do doutorado. Tu és especial.

Meus colegas bolsistas, representados pelos colegas Bárbara, Luiza e Rodrigo. Todos com uma competência absurda e sempre dispostos a ajudar, seja com uma conversa ou com dicas nos artigos e trabalhos. Mas nem só de mal tempo vivem os doutorandos. Obrigada pelos momentos de descontração, pelos almoços e jantas, pelos inúmeros cafés, por terem dividido a vida de vocês comigo. Principalmente a Luiza, minha fiel amiga e companheira de viagem.

As *PPGD GIRLS*, que tornam toda a logística do PPGD possível para os alunos, Enívia, Morgana e Rosane, obrigada por toda dedicação, amor e comprometimento que desenvolvem o trabalho de vocês.

Aos meus queridos Mestres. André, Clóvis, João Pedro, Jorge, Ricardo e Rogério. Vocês foram maravilhosos, cada um ao seu jeito. Obrigada por dividirem comigo o conhecimento de vocês, farei o possível para honrar os ensinamentos de vocês.

Por fim, a mulher que, para mim é exemplo na academia e tornou o sonho do Doutorado plena realidade, Prof. Marli M. Moraes da Costa. Quando fiz a prova do doutorado, ela era minha escolha, mas eu estava muito insegura se eu seria a dela. Na primeira aula, havia aquele furor sobre qual professor seria o orientador de cada aluno e quando me falaram: Letícia, a professora Marli quer falar contigo, hoje posso contar, tive que passar uma água no rosto, porque fiquei tão nervosa que estava suando, sem parar. Não estava acreditando que estava para realizar, ter a Prof. Marli como minha orientadora.

Entendo a relação orientador e orientando como um casamento e, por assim entender, passamos por alguns momentos difíceis, mas muito mais momentos maravilhosos, como a reestruturação do tema, trabalhos apresentados, livro e artigos publicados com *qualis* e prêmio recebido. A caminhada foi de grande aprendizado, dividindo meus receios, sempre com a certeza de que estava bem amparada com a orientadora que tenho. A Senhora, para mim, é um exemplo de mulher, orientadora que não deixa seus “pintinhos” na mão, como a Sra. mesmo diz.

Obrigada por tudo, pelos abraços, elogios e também pelas chamadas de atenção, afinal tudo nos faz crescer e sermos melhores. Tenha a certeza que a Senhora é o sonho, como foi o meu, de doutorandos que pensam em aprenderem e

crecerem na vida acadêmica com os seus direcionamentos nos amparando. O que aprendi com a Senhora, com certeza, não ficará aguardado em uma gaveta ou pendurado em um quadro, pois não condiz com a grandeza das coisas que aprendi. O meu mais sincero, muito obrigada.

Encerro meus agradecimentos, referenciando a Prof. Solaine, da Secretaria de Educação, que autorizou e acompanhou a minha pesquisa na rede municipal de educação, sempre doce e gentil comigo. Ao Fábio e ao Rodrigo, do NEPEs que me auxiliaram no encaminhamento da pesquisa na Secretaria de Saúde, sempre céleres e cuidadosos para que a pesquisa fosse autorizada e desenvolvida da melhor maneira possível. E assim, aos professores e médicos que aceitaram participar da pesquisa, voluntariamente.

Agradeço a CAPES pela taxa durante o Doutorado, pois sem ela a evolução e desenvolvimento da pesquisa e do estudo seria muito mais difícil.

Obrigada a todos vocês citados pessoalmente ou por representação, que fazem com que eu olhe para trás e tenha orgulho do trabalho que desenvolvi. Isso só foi possível porque vocês estavam ao melhor lado.

Diante de tudo e todos, agradeço à Deus por me proporcionar trilhar a minha vida, realizando meus sonhos, com pessoas maravilhosas no meu caminho, pois sem Ele nada seria possível.

*A única coisa de valore que podemos
dar às crianças é o que somos, e não o que temos.
Leo Buscaglia*

RESUMO

Essa tese, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Direito - Doutorado da UNISC, possui como área de concentração as demandas sociais e as políticas públicas, com o eixo temático de diversidade e políticas públicas, têm o seu problema de pesquisa, sobre os objetivos do Programa Saúde na Escola, tendo em vista o fenômeno social da medicalização infantil com foco no metilfenidato, ou seja, se as diretrizes atuais do PSE comportam essas mudanças sociais sobre a saúde mental, especificamente, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o TDAH, relacionada a medicalização de crianças entre 06 e 12 anos? A pesquisa ancorou-se doutrinária e juridicamente nos direitos à saúde e à educação de crianças e adolescentes, em atenção a Teoria da Proteção Integral, tendo como marcos jurídicos a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Metodologicamente, a pesquisa foi estruturada pelo procedimento analítico conjuntamente com o estatístico, por tabular, ao fim, dados coletados. De natureza bibliográfica, as técnicas de pesquisa terão como base as fontes primárias e secundárias, contato finalmente, com uma pesquisa de campo quantitativa exploratória a fim de mapear a situação das crianças e da medicalização infantil, pelos olhos dos professores e médicos vinculados à rede municipal de educação e saúde do Município de Santa Maria, entre o lapso temporal de 2018 e 2019. Em vista disso, propõe-se uma adequação no modo de compreensão do processo de aprendizagem com a neuroeducação e ainda uma integração maior e mais profunda entre a saúde e educação a fim de salvaguardar, proteger e promover tais direitos para as crianças e os adolescentes.

Palavras-Chaves: Direito da Criança e do adolescente; Medicalização Infantil; Metilfenidato; TDAH.

ABSTRACT

This thesis, linked to UNISC's Post-Graduate Program in Law and PhD, focuses on social demands and public policies, with the thematic axis of diversity and public policies, have their research problem, on the objectives of the Health in School Program, in view of the social phenomenon of child medicalization with a focus on methylphenidate, that is, if current PSE guidelines include these social changes on mental health, specifically Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, related to medicalization of children between 6 and 12 years? The research was anchored doctrinally and legally in the rights to health and education of children and adolescents, in view of the Theory of Integral Protection, having as legal frameworks the Federal Constitution of 1988 and the Statute of the Child and the Adolescent. Methodologically, the research was structured by the analytical procedure together with the statistic, by tabular, at the end, data collected. Of bibliographic nature, the research techniques will be based on primary and secondary sources, finally contact with an exploratory quantitative field research in order to map the situation of children and the medicalization of children by the eyes of teachers and doctors linked to the municipal network of education and health in the Municipality of Santa Maria, between the time span of 2018 and 2019. In view of this, it is proposed an adequacy in the way of understanding the learning process with neuroeducation and also a greater and deeper integration between health and education in order to safeguard, protect and promote such rights for children and adolescents.

Keywords: Child and adolescent rights; Infant Medication; Methylphenidate; Integral Protection; ADHD.

RESUMEN

Esta tesis, vinculada al Programa de Post-Graduación en Derecho - Doctorado de la UNISC, tiene como área de concentración las demandas sociales y las políticas públicas, con el eje temático de diversidad y políticas públicas, tienen su problema de investigación, sobre los objetivos del Programa Salud en la Escuela, teniendo en cuenta el fenómeno social de la medicalización infantil con foco en el metilfenidato, o sea, si las directrices actuales del PSE comporta estos cambios sociales sobre la salud mental, específicamente, el trastorno de déficit de atención y la hiperactividad, TDAH, relacionada con la medicalización de niños entre 06 y 12 años? La investigación se ancló doctrinaria y jurídicamente en los derechos a la salud ya la educación de niños y adolescentes, en atención a la Teoría de la Protección Integral, teniendo como marcos jurídicos la Constitución Federal de 1988 y el Estatuto del Niño y del Adolescente. Metodológicamente, la investigación fue estructurada por el procedimiento analítico conjuntamente con el estadístico, por tabular, al final, datos recolectados. De carácter bibliográfico, las técnicas de investigación tendrán como base las fuentes primarias y secundarias, contacto finalmente, con una investigación de campo cuantitativa exploratoria a fin de mapear la situación de los niños y de la medicalización infantil, por los ojos de los profesores y médicos vinculados a la red municipal de educación y salud del Municipio de Santa Maria, entre el lapso temporal de 2018 y 2019. En vista de ello, se propone una adecuación en el modo de comprensión del proceso de aprendizaje con la neuroeducación y aún una integración mayor y más profunda entre la salud y educación para salvaguardar, proteger y promover tales derechos para los niños y los adolescentes.

Palabras Claves: Derechos del Niño y adolescente; Medicamento Infantil; metilfenidato; Protección Integral; TDAH.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DE MENINOS E MENINAS E DOS ADOLESCENTES.....	18
2.1. O sistema internacional protecional dos direitos das crianças e dos adolescentes.....	18
2.2. A ressignificação axiológica da criança e do adolescente no Brasil e sua estruturação sistemática pela proteção integral.....	29
2.3. A necessidade de diálogo entre diferentes áreas de conhecimento em prol da prioridade absoluta de crianças e adolescentes.....	41
3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DESAFIOS DA MEDICALIZAÇÃO.....	52
3.1 A educação como direito básico.....	52
3.2 O direito à saúde como elemento da dignidade social.....	63
3.3 A união da educação e saúde no Programa Saúde na Escola.....	74
4. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E AS CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO ABUSIVA.....	83
4.1. Conhecendo o TDAH.....	83
4.2. O impacto do TDAH em meninos e meninas e a ação do metilfenidato.....	95
4.3 O fenômeno da medicalização infantil abusiva.....	104
5. A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA EM RELAÇÃO AO TDAH E A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE.....	116
5.1 O município de Santa Maria em números na saúde e na educação..	116
5.2 A percepção da medicalização infantil e do TDAH pelos médicos vinculados ao município de Santa Maria.....	121
5.3 Os professores pactuados ao PSE no município de Santa Maria e o TDAH e a medicalização infantil.....	138
6. PROPOSIÇÕES PARA (RE)ADEQUAR AÇÕES INTERSETORIAIS EM RELAÇÃO AO TDAH.....	160
6.1 A neuroeducação e o processo de aprendizagem.....	160
6.2 A importância do poder local para a efetivação dos direitos de saúde e educação das crianças.....	174
6.3 Ações para o cuidado com a saúde mental: TDAH e medicalização.....	185
7.CONCLUSÃO.....	194
8. REFERÊNCIAS.....	201
9. ANEXOS	216

10. APÊNDICES 219

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a sociedade está em busca constante pelo alto índice de sucesso nas relações, sejam elas sociais, laborativas e até escolares. Uma das questões que se faz cada vez mais presente é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o TDAH, nos espaços escolares. O tema do estudo consiste em analisar a realidade da vinculação dos direitos à saúde e à educação, no que tange o TDAH e a medicalização infantil em prol da aprendizagem, com base nas ações conjuntas das agendas das secretarias vinculadas ao Programa Saúde na Escola no município de Santa Maria.

Um transtorno característico da fase infantil geralmente é identificado na escola quando inicia, de fato, o processo de aprendizagem regular. A suspeita e o diagnóstico envolvem um universo bastante complexo que abrange não só a família, devendo ser analisado sob a ótica biopsicossocial. Além do diagnóstico, há graus de TDAH, pois nem todos são tratados com medicamentos, sendo o apoio multidisciplinar indicado. Quanto ao uso de medicamentos, os mais comumente indicados para o tratamento do TDAH são à base de metilfenidato, encontrado no fármaco com nome comercial de Ritalina.

Além do tratamento farmacológico adequadamente indicado e receitado, há que se falar no fenômeno social da medicalização infantil. Em razão de comportamentos agitados e/ou desatentos, algumas crianças são encaminhadas para médicos especializados em neuropediatria ou neuropsiquiatria, para que investiguem a suspeita do TDAH.

A criança possui um conjunto de atitudes próprio da fase, podendo dizer que consiste em uma conduta mais ativa e enérgica e, por vezes, os comportamentos mais salientes não estão sendo tolerados como normalidade. Tais elementos, sendo acompanhados de notas baixas, são quase o atestado confirmador do TDAH aos olhos de grande parte de pais e professores.

Desta maneira, os médicos são procurados, a partir do relato de pais e professores que, dependendo de como é descrito, acabam por induzir o uso do medicamento. Como o TDAH é um transtorno que possui uma linha muito tênue com o comportamento infantil, sabe-se que a investigação é fundamental, tanto em razão do impacto que o uso da droga possui no Sistema Nervoso Central, o SNC, como pelos pontos negativos da falta de um tratamento adequado quando o TDAH está

realmente presente. Como consequência disso, a aprendizagem pode acabar sendo muito prejudicada, dependendo de como cada quadro é conduzido. Esse transtorno, porém, não é fundamentalmente da aprendizagem, como o da leitura, o da matemática ou o da expressão escrita, mas possui grande impacto na vida dos acometidos.

Sob essa ótica, o estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria, com foco no diálogo entre as Políticas Públicas de Saúde e de Educação, através do Programa Saúde na Escola, o PSE, do Governo Federal. Neste sentido, objetivou-se verificar a realidade através da percepção de professores e médicos no que tange o TDAH e a medicalização infantil, como forma de assegurar e proteger os direitos a saúde e educação das crianças e adolescentes no viés da Teoria da Proteção Integral, entre os anos de 2018 e 2019.

Nesse sentido, o estudo delimitou-se em coletar dados das escolas da rede municipal de ensino, pactuadas ao PSE, bem como dos médicos das unidades básicas de saúde que auxiliavam as escolas, com a visão de trabalho conjunto em prol da maior proteção aos direitos das crianças escolares, no município de Santa Maria, no ano de 2019. A pesquisa foi aplicada na forma de questionários fechados, para ambas as classes profissionais, com a ressalva de professores até o 5º ano do ensino fundamental.

A partir disso, questionou-se: Qual é a realidade do município de Santa Maria, com foco no ensino fundamental das escolas municipais frente aos dados médicos das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas diante do PSE, no que tange a medicalização infantil direcionado ao TDAH e ao uso do Metilfenidato? Dessa forma, sob a ótica conjunta dos setores de saúde e de educação do município foi proposto desenvolver uma ação intersetorial para o acompanhamento da saúde mental com foco na medicalização através de uma equipe multidisciplinar.

Para o melhor desenvolvimento do estudo, dividiu-se o mesmo em 5 capítulos capazes de apresentar individualmente cada temática inserida no TDAH e na medicalização infantil, pelo viés do direito a educação e saúde. Assim, o primeiro capítulo abordou a evolução dos direitos das crianças e dos adolescentes, com a mudança de paradigma entre a teoria da situação irregular e a doutrina da proteção integral, bem como a necessidade de diálogo entre o direito e a saúde no que tange os direitos da criança e do adolescente.

No segundo capítulo, o estudo direcionou-se aos direitos e as suas políticas de saúde e educação, bem como a sua organização, suas especificidades e necessidades no cenário brasileiro. Ainda assim, apresentou-se o PSE, por ser aquele que uniu as pastas de saúde e de educação em prol dos direitos dos escolares, principalmente das crianças, foco deste estudo.

O terceiro capítulo explica o conceito, os tipos, os impactos em diferentes áreas, o funcionamento e demais especificidades do TDAH. Nesse sentido, foi contextualizado também, as movimentações neuronais do transtorno e dos seus neurotransmissores, assim como o comportamento dos fármacos indicados para seu tratamento no SNC. Ainda assim, foram reunidos outros estudos que traça o perfil TDAH em meninos e meninas.

O quarto capítulo consiste na pesquisa de campo feita no município de Santa Maria, com professores das séries iniciais das escolas da rede municipal de ensino pactuadas no PSE. Sendo demonstrada, por meio de amostragem, a percepção dos professores sobre o TDAH e a medicalização em Santa Maria. Quanto à esfera da saúde, aplicou-se o questionário aos médicos vinculados a rede municipal de saúde, nas unidades básicas de saúde e/ou de estratégia de saúde da família, pois são eles que fazem a primeira análise de diagnóstico, dando o encaminhamento se necessário.

Por fim, o quinto capítulo traz estratégias que, na prática, possuem grandes chances de melhorar o processo de aprendizagem das crianças, como a capacitação dos professores em questões básicas da neuroeducação. Somado a isso, foi apresentada a importância do poder local para que essas ações sejam colocadas em prática, como a atuação das secretarias municipais de saúde e de educação e, assim, conseguir o adequado enfrentamento social da generalização do TDAH e a necessidade de medicalização infantil.

No que tange a metodologia das pesquisas de cunho científico, essas devem conter alto grau de estruturação, objetivando o melhor desenvolvimento do trabalho. Para atingir a máxima qualidade, algumas questões devem ser contempladas para o desenvolvimento da pesquisa, ou seja, a indicação do método científico. Inseridos em uma matriz metodológica, é necessário especificar o método de abordagem, o método de procedimento e a técnica de pesquisa que será utilizada. Estes apontamentos demonstram ao leitor como o trabalho foi desenvolvido.

Neste sentido, parte-se, inicialmente de uma direção dedutiva para o desenvolvimento da pesquisa. A compreensão de uma abordagem dedutiva indica um

pressuposto geral que aponta para questões mais particulares e singulares. Na pesquisa, isto é visto em razão do caminho pelo qual o tema perpassa. Neste caso, seria o direito à saúde, pois o fundamento principal está na garantia deste direito às crianças por meio de um diagnóstico ou não de TDAH, acompanhado por uma equipe que presta apoio multidisciplinar a criança e seus familiares, viabilizando uma qualidade de condições melhor para a aprendizagem.

A pesquisa parte de uma ideia base, que consiste no direito à saúde, estabelecido no panorama direcionado às crianças, restringindo-se àquelas que necessitam ter o acesso ao direito à saúde assegurado, tendo em vista a possibilidade de serem diagnosticadas com TDAH. Justifica-se, então, a utilização do método de abordagem hipotético-dedutivo partindo desta ideia central, objetivando uma potencialização na ação municipal relacionada à saúde de crianças que consiste na capacitação básica de professores para a neuroeducação, a fim de beneficiar o campo de aprendizagem dos escolares.

Foi utilizado o método de procedimento analítico, por analisar e buscar um aprofundamento em conceitos já contidos na doutrina, a fim de concluir a pesquisa com argumentos plausíveis e consistentes no que tange a possibilidade de reestruturação e adequações em relação ao TDAH. O resultado da pesquisa terá como alicerce a evolução dos direitos das crianças e dos adolescentes, ou seja, o reconhecimento dos mesmos como sujeitos de direito, através da Teoria da Proteção Integral, bem como o trajeto socialmente percorrido para que o direito à saúde seja elencado como direito fundamental social.

Neste sentido, com base em tais conceitos, foi utilizado um segundo método de procedimento, o estatístico, com o escopo de organizar e verificar os dados coletados pela aplicação do questionário aos professores, a fim de evidenciar a compreensão destes acerca do direito à saúde em relação à criança, em especial ao TDAH. Com esta coleta de dados estatísticos, será possível demonstrar a importância da criação de uma ação intersetorial com o apoio de múltiplas áreas a fim de assessorar as escolas, os professores, as famílias e as crianças nas duas vertentes: aos acompanhamentos necessários e a desmistificação do fenômeno social da medicalização infantil voltada ao TDAH.

Como a pesquisa possui natureza bibliográfica, as técnicas de pesquisa serão as fontes primárias e secundárias no que tange à fundamentação teórica e conceitual dos direitos das crianças e dos adolescentes, da Teoria da Proteção Integral, das

políticas públicas, do direito à saúde e do Transtorno de Déficit de Atenção. As legislações, os códigos e as constituições, bem como os livros, os artigos científicos, as páginas da *internet* e as revistas relacionados ao tema da pesquisa serão utilizados com técnica secundária a fim de sustentar a hipótese de reestruturação e adequações em relação ao TDAH no município de Santa Maria.

Ainda assim, realizar-se-á uma pesquisa de campo de caráter quantitativo-exploratório, a fim de verificar a realidade do acesso às políticas de saúde em Santa Maria, bem como a aplicação de um questionário fechado aos professores da rede municipal de ensino vinculados ao PSE. Os dados coletados através do questionário servirão para fundamentar a importância da relação da aprendizagem pela neuroeducação no que tange o TDAH, tendo em vista a garantia do direito à saúde das crianças de 06 até 12 anos da rede municipal, vinculadas ao Programa Saúde na Escola.

Os professores foram escolhidos para aplicação do questionário em razão de que são os principais profissionais aos quais as crianças são expostas quanto ao processo de ensino e aprendizagem. Da mesma forma que os médicos da atenção básica, pois são a primeira referência de saúde do município próxima a cada comunidade ou escola. Assim os dados foram tabulados para facilitar a percepção sobre a realidade do município de Santa Maria quanto ao TDAH e o fenômeno social da medicalização infantil na rede de saúde e nas escolas municipais no Ensino Fundamental.

2 O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DE MENINOS E MENINAS E DOS ADOLESCENTES

Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças. (Nelson Mandela)

O reconhecimento de direitos não é um acontecimento pronto e estático que permeia a sociedade. Para que o reconhecimento seja concretizado, há de se atravessar um longo caminho sociológico cultural com o objetivo de que os atores sociais alterem e modifiquem a sua compreensão diante de algo. O reconhecimento de direitos relacionados às crianças e aos adolescentes ocorreu através dos tempos.

Nesse sentido, busca-se, aqui, apontar documentos, momentos e acontecimentos cruciais, em âmbito nacional e internacional, para que as crianças e os adolescentes fossem reconhecidos como partes fundamentais que integram a sociedade e que, como os adultos, possuem direitos, mas carecem de uma rede especial de proteção. A partir dessa compreensão, documentos internacionais e nacionais foram surgindo com assuntos relacionados às crianças e aos adolescentes que abrangem todo o seu desenvolvimento e possíveis exposições.

O desenvolvimento pleno e sadio das crianças e dos adolescentes não envolve, apenas, uma determinada área ou ciência, nem ao menos uma instituição ou órgão. Desse modo, faz-se necessário ressaltar acerca da importância da interação das áreas em prol do melhor interesse da criança e do adolescente em um caráter de proteção integral.

Este capítulo se utilizará de dados documentais a fim de demonstrar a evolução valorativa no que tange ao reconhecimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Para tanto, os dados documentais serão fundamentados pela doutrina buscando demonstrar a realidade de cada período e suas respectivas legislações. Assim, a utilização dos dados é requisito estruturante do capítulo e localização temporal e espacial dos direitos das crianças e dos adolescentes durante o século XX.

2.1. O sistema internacional protetional dos direitos das crianças e dos adolescentes

As modificações sociais acontecem ao longo dos anos. Os comportamentos, costumes, ações, exposições e reconhecimentos alteram-se ou adequam-se mediante as necessidades e possibilidades apresentadas durante o desenvolvimento social. Essas variáveis não são regras ou obrigatoriedades, tendo em vista que a necessidade de uma comunidade ou sociedade pode não ser a mesma de outra.

Assim, as histórias de desenvolvimento e realidades alteram-se de acordo com as raízes sociais desse ou daquele determinado povo e território, tendo como mote seus costumes, tradições, valores e princípios sociais. Entretanto, existem questões em que são urgentes a alteração de análise e reconhecimento e dentre elas, encontram-se a infância e a juventude. Nessa ótica, Florisbal Del'Olmo compartilha da mesma compreensão, pois afirma que “convém notar que uma categoria de direitos não aparece como um todo, em dado momento, surgindo gradativamente.” (DEL'OLMO, 2011, p.237)

Durante o Século XX, diversos foram os documentos, convenções, cartas e declarações que versavam sobre os direitos de todos os seres humanos e também sobre os direitos das crianças e dos adolescentes¹. Em uma análise sistemática, é possível identificar os sistemas internacionais de proteção, que podem ser regionais, ou seja com o cerne voltado às características geográficas, como o europeu ou o latino-americano, ou ainda se valer de outra classificação, do que ou quem busca-se proteger, ou seja, o destinatário da proteção.

Restringe-se a análise para a segunda classificação exposta, que possui mais duas subdivisões, sendo elas o sistema homogêneo e heterogêneo de proteção, também conhecidos como geral ou universal e particular ou especial, respectivamente. A nomenclatura toma emprestada a conceituação tida em outras ciências como a química, compreendendo que algo homogêneo possui uma fase, ou seja, por analogia, é igual para todas as pessoas, independente de sexo, gênero, cor, raça, nacionalidade ou qualquer outra distinção que possa ocorrer.

Já o sistema de proteção heterogêneo possui duas ou mais fases, em uma análise química, e assim não é adequado para todo e qualquer ser humano e, sim, a um grupo específico que necessita de previsões direcionadas e expressas no que tangem os seus direitos. As mulheres, os idosos e as crianças e os adolescentes são

1 Não foram abordados todos os documentos internacionais e sim, aqueles que julgou-se importante para o desenvolvimento do tema, a medida dos seus objetivos.

grupos que tiveram suas individualizações feitas, com a evolução social, tendo em vista as suas necessidades e especificidades.

Na clássica obra de Norberto Bobbio, *A Era dos Direitos*, o autor se limita a discutir alguns exemplos no campo dos direitos sociais que demandam proteção específica, apontando diretamente para o grupo das crianças e dos adolescentes em razão da sua imaturidade física e psicológica. O autor afirma que fica “claro que os direitos da criança são considerados como um *ius singulare* com relação a um *ius commune*; o destaque que se dá a essa especificidade, através do novo documento, deriva de um processo de especificação do genérico.” [grifo do autor] (BOBBIO, 2004, p.21)

A partir dessa compreensão, um exemplo clássico de sistema de proteção homogêneo é a Declaração Universal dos Direitos Humanos porque trata de todo e qualquer ser humano; e a Declaração dos Direitos da Criança consiste em um sistema heterogêneo de proteção, pois restringe a sua aplicabilidade às crianças. Analisando, cronologicamente, os documentos do Século XX, as Convenções da OIT – Organização Internacional do Trabalho apresentaram apontamentos relacionados às crianças e aos adolescentes.

A Organização Internacional do Trabalho consiste em uma organização das Nações Unidas que objetiva, desde a sua fundação no ano de 1919, promover a justiça social relacionada ao exercício laborativo. A OIT formula resoluções com normas internacionais do trabalho, e quando essas são ratificadas por um Estado e perpassam seus tramites internos, integram o seu ordenamento jurídico (OIT, [2017?])

Dentre as convenções da primeira Conferência Internacional do Trabalho, em 1919, adotou-se a proteção à maternidade, estipulou-se a idade de 14 como sendo a mínima para exercer forma de trabalho nas indústrias e, também, proibiu-se o trabalho noturno para as mulheres e os menores de 18 anos. (OIT, 1919) Salienta-se, então, que, desde a primeira Conferência da OIT, atores sociais como as crianças e os adolescentes estavam entre as prioridades protecionistas. Sinteticamente, a OIT convencionou em seu Artigo 2º que:

As crianças menores de 14 anos não poderão ser empregadas, nem poderão trabalhar, em empresas industriais públicas ou privadas ou em suas dependências, com exceção daquelas em que unicamente estejam empregados os membros de uma mesma família. (OIT, 1919)

De acordo com a regra geral exposta da Convenção nº5, consideravam-se ainda crianças os menores de 14 anos e, que independia se a empresa era pública ou privada para o exercício da atividade laborativa. Porém, a Convenção traz os países Japão e Índia em artigos específicos, permitindo trabalhos fáceis e ligeiros para crianças menores de 12 anos e em minas, cantarias e indústrias extrativas de qualquer classe, respectivamente. (OIT, 1919a)

Da mesma forma, a Convenção nº6 pontuou que o trabalho noturno seria regulamento pela mesma, para os Estado que a ratificassem e proibindo, via regra geral, o trabalho noturno para menores de 18 anos. Adiante, as exceções aparecem. No ponto 2, do Artigo 2º, está exposto que a proibição não iria acontecer para pessoa maiores de 16 anos que, em razão da natureza do trabalho, continuariam trabalhando dia e noite como, por exemplo, fábricas de vidro e papel, engenho de açúcar bruto e redução do minério de ouro. (OIT, 1919b) Novamente, Japão e Índia tiveram artigos específicos para suas realidades. Nessa Convenção adotou-se que o termo noite significava onze horas consecutivas, compreendendo das 22 horas até às 5 horas.

Embora o Brasil seja considerado membro fundador da OIT, ou seja, participante e integrante desde a primeira reunião, a ratificação das Convenções nsº5 e 6, de 1919, ocorreu, apenas, em 26 de abril de 1934, vindo a serem promulgadas através do Decreto n.423, de 12 de novembro de 1935. (BRASIL, 1935) Em se tratando de sistema internacional de proteção, as convenções da OIT foram tratadas como um avanço no que tange a observação especial para crianças e adolescentes no exercício de atividades laborativas.

Analisando a linha evolutiva de reconhecimento dos direitos das crianças e dos adolescentes, por vezes, as Convenções n. 5 e 6 não se fazem presentes. Entretanto, julgou-se importante referenciar tendo em vista que foram umas das primeiras pontuações em documentos do século XX e que fazem referência direta na relação da criança e do adolescente com o desenvolvimento de atividade laborativa. Passados quase cem anos, a sociedade ainda enfrenta o que se chama, atualmente, de trabalho infantil.

Em 1924, outro marco internacional é referência no reconhecimento dos direitos relacionados ao grupo, podendo vir a ser considerado o primeiro documento que abordou especificamente a criança. A Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, também conhecida por Declaração de Genebra de 1924, foi adotada pela, extinta, Liga das Nações. A ideia central da existência da Liga ou Sociedade das

Nações era materializar uma organização de caráter internacional que proporcionasse o diálogo entre as nações, objetivando sempre a paz e evitando tensões que pudessem culminar em outra grande Guerra.

A busca pela proteção dos direitos da criança pautou-se no desenvolvimento material, moral e espiritual, referindo questões como saúde, alimentação, educação, ou seja, referindo especial atenção para a criança. (UNICEF, 2009) Porém, a referência de que era reconhecido, por homens e mulheres de todas as nações, que as crianças mereciam o que de melhor tinha soou como um sentimento de pena. Nesse sentido, é possível afirmar que na referida Declaração, confundiu-se noções básicas entre o direito e o dever, pois se verifica no texto um pedido e não uma exigência, caracterizando uma solicitação a boa vontade da humanidade. (DALLARI; KORCZAK, 1986)

A criação da Liga das Nações foi uma proposta do Presidente Wilson, dos Estados Unidos da América, contudo a nação não integrava a Liga. Já o Brasil auxiliou a criação da Liga e fez parte com a ocupação de uma cadeira temporária até a sua saída, em 1926. A saída aconteceu em razão da não ocorrência de grande apoio para que o País passasse a ocupar uma cadeira permanente no Conselho. Após 20 (vinte) anos da saída brasileira, a Liga foi dissolvida oficialmente, repassando suas atribuições para a então Organização das Nações Unidas – ONU.

Posteriormente, o mundo recebeu uma diretriz geral e abrangente, caracterizada como um sistema de proteção internacional homogêneo, que é a Declaração Universal dos Direitos Humanos. A ONU iniciou suas atividades, ainda no ano de 1945, ou seja, antes da dissolução oficial da Liga das Nações, e o seu primeiro documento foi a Carta das Nações (1945) que apregoou o sentido e o objetivo da criação e manutenção de uma organização internacional, lendo em seu preâmbulo que:

(...) os povos das Nações Unidas, resolvidos a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que, por duas vezes no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes de direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla. E para tais fins praticar a tolerância e viver em paz uns com os outros, como bons vizinhos, unir nossas forças para manter a paz e a segurança internacionais, garantir, pela aceitação de princípios e a instituição de métodos, que a força armada não será usada a não ser no interesse comum, e empregar um

mecanismo internacional para promover o progresso econômico e social de todos os povos. (ONU, 1945)

A Carta das Nações Unidas proporcionou ao mundo vislumbrar que os países estavam se unindo com a finalidade de manter e buscar sempre a paz, através da tolerância entre os povos, preconizando um tratamento digno a todo e qualquer povo. Diante desse sentimento, em 1948, a ONU marcou o necessário e urgente reconhecimento declarando em seu Artigo I que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.” (ONU, 1948)

Ainda nesse sentido, a Declaração de 1948 manifesta que todo o ser humano possui a capacidade de exercer seus direitos, independente da raça, cor, religião ou qualquer outra diferença. Considera-se, aqui, que o cerne da previsão tanto do Artigo 1º, quanto da Declaração, é a compreensão da abrangência e profundidade que o termo “dignidade” traz a todos os outros dispositivos. Para que seja possível qualquer tipo de reconhecimento ou exercício de direitos, deve-se ter uma abordagem digna de existência.

Nota-se que as terminologias “criança” e/ou “adolescente não aparecem de forma expressa nos primeiros artigos da Declaração. Porém cabe lembrar que esse documento integra um sistema homogêneo de proteção, ou seja, extenso a todo e qualquer ser humano, independentemente de qualquer diferença. Assim, as crianças e os adolescentes também são destinatários de tal proteção.

Entendendo que esse grupo carecia, naquele período, e ainda carece de proteção específica, a Declaração foi mais expressa nos itens 1 e 2 do Artigo XXV. Ratificou que todo ser humano deve ter a proteção a sua saúde e seu bem-estar, incluindo a alimentação, vestuário, habitação estendendo às realidades da viuvez e velhice. Ressaltou, então, que a infância e a maternidade possuíam direitos especiais, incluindo os filhos oriundos de relações extraconjugais (ONU, 1948). Isso foi considerado uma inovação da temática nesse período.

Nesse período, o Brasil estava sob a vigência do Código Civil de 1916, (BRASIL, 1916) que discriminava o filho dito “bastardo” não reservando a esse qualquer direito. Nota-se, ainda, que o direito à educação acompanha os objetivos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, acreditando que, através da educação, os povos irão dar o devido respeito aos direitos e liberdades salvaguardados a fim de alcançar o seu exercício pleno.

Após 11 (onze) anos de vigência da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1959, um documento específico foi aprovado com a finalidade de proteger e assegurar os direitos das crianças. A Declaração dos Direitos da Criança (UNICEF, 1959) pontua dez princípios direcionados às fases e desenvolvimento das crianças, ancorada em direitos na seara de proteção. É possível perceber que os princípios muito assemelham-se, em caráter formal, à Declaração de Genebra de 1924, porém essa não apontava o protagonismo das crianças e adolescentes para com seus direitos e deveres, relacionando-os com seu desenvolvimento.

Com base na abrangência e impacto internacional do documento de 1959, as crianças adquiriram outro *status*, ou seja, abandonaram formalmente a perspectiva objeto de pertencimento de alguém, transportando-se para uma posição de sujeito. “A Declaração dos Direitos das Crianças de 1959 marcou o início da nova concepção da criança como sujeito passivo do processo, titular de direitos e obrigações próprios da sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento.” (RICHTER, VIEIRA, TERRA. 2010, p.50)

Analisando o preâmbulo da Declaração, a mesma faz referência à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e à Declaração de Genebra de 1924. Lembra o compromisso de todos os povos, sem qualquer distinção, seja ela social, de nacionalidade, política, raça ou cor, de proteger o alcance e o exercício dos direitos assegurados. Lê-se que:

A criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidade e serviços, a serem estabelecidos em lei por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança. (UNICEF, 1959)

Fica evidente no Princípio II que a criança passa a ser considerada sujeito de direito que possui um caráter protecional especial, pois se reconhece, de acordo com o texto da Declaração de 1959, que a criança é um ser humano em desenvolvimento. Além de apontar que qualquer criança possui esses, entre outros direitos, a Declaração é bastante clara ao afirmar que as crianças que possuem deficiência, seja ela física ou mental, obtenham cuidados específicos e mais especiais, levando em consideração a sua deficiência, a fim de evitar sofrimento ou algum impedimento social.

No dia 22 de novembro de 1969, foi assinada, na cidade de San José da Costa Rica, pela Conferência Especializada sobre Direitos Humanos, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, com o propósito de buscar o respeito às liberdades pessoais e à justiça social, tendo em vista os direitos essenciais do homem. A Convenção também é chamada de Pacto de São José da Costa Rica e enumera direitos e deveres em 82 (oitenta e dois) artigos.

Da mesma forma que outros documentos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção adota o sistema de proteção homogêneo por se tratar de um caráter geral. A Convenção possui, apenas, um dispositivo que aborda os direitos das crianças de modo específico, porém a amplitude da rede de proteção fica explícita, entendendo que “toda criança tem direito às medidas de proteção que a sua condição de menor requer, por parte da sua família, da sociedade e do Estado”, conforme explicita o Artigo 19 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. (CIDH, 1969)

Observa-se que a Convenção utilizou o termo “condição de menor” o que, atualmente, possui um sentido negativo quando atrelada à sujeição da criança. Opta-se, contemporaneamente, em utilizar “condição de desenvolvimento”.² Outro apontamento cabível é a clarificação das esferas responsáveis pela proteção da criança em todas as suas especificidades. Sendo assim, percebeu-se que a criança necessita de atenção e proteção especial e integral, não cabendo, somente, à família ser a responsável por tal salvaguarda e, sim, compartilhando essa responsabilidade com a sociedade e com o poder estatal.

Cronologicamente, as Regras mínimas das Nações Unidas para a administração da Justiça da Infância e da Juventude (CNJ, 2016), conhecidas como Regras de Beijing ou Pequim, foram adotadas em novembro de 1985. As regras versam sobre o tratamento adequado para crianças ou jovens que tenham cometido ato infracional.

Permanecendo na seara internacional, dentre os documento já aprovados pela Organização das Nações Unidas, a Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada em 20 de novembro de 1989, detém considerável importância. Dos documentos adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção foi o que teve a maior e mais rápida aderência dos países, “tornando-se o tratado de

² Essa abordagem será melhor trabalhada no próximo item.

direitos humanos internacionais mais amplamente ratificado na história.”(ONU, 2015). Sendo adotada em 26 de janeiro de 1990 e posteriores aderência pelos países, apenas, 3 (três) países do mundo não haviam ratificado, a Somália, o Sudão do Sul e os Estados Unidos da América.

Acredita-se que tamanha aderência se deu em razão de um comportamento ético e moral, prevendo a importância e a responsabilidade dos países signatários para com as crianças do mundo e à sociedade como um todo. Atualmente, a Somália já iniciou o processo de ratificação, e o Sudão do Sul já ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança, sendo, então, os Estados Unidos da América o único país do mundo que não aderiu ao documento (ONU, 2015). Cabe lembrar que, além de não assinar esta Convenção, os EUA também não assinaram a Declaração de 1959, como já fora referenciado.

A Convenção de 1989 apresenta-se, formalmente, com o preâmbulo de 54 artigos relacionados aos direitos das crianças, envolvendo outros atores sociais responsáveis por facilitar, possibilitar, assegurar e proteger que os direitos sejam efetivados. Ressalta-se que a “dignidade”, vista em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Declaração de 1959, está explicitada também na Convenção sobre os Direitos da Criança, compreendendo que, para que se tenha um reconhecimento, tratamento adequado, proteção aos direitos e deveres, o ponto inicial para qualquer sistema protecional, seja ele homogêneo ou heterogêneo, é a dignidade.

Afirma-se que a Convenção sobre os Direitos da Criança se apresentou um “amplo e profundo sentimento de repulsa à banalização dos direitos das crianças e dos adolescentes, com a reafirmação de esforços no plano internacional no intuito de fortalecimento da justiça e da paz no mundo por meio da proteção desses direitos.” (RICHTER, VIEIRA, TERRA. 2010, p.52) Buscando, então, afastar qualquer possibilidade de violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, além do fortalecimento da justiça, paz e dignidade, a Convenção convoca que se tenha e mantenha o espírito de tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade (ONU, 1989).

A previsão de tais referências demonstram a necessidade de fortalecimento do sistema de proteção, compreendendo este como um sistema retroalimentar, ou seja, se uma dessas previsões é ausente ou ineficaz, todo o sistema de proteção é afetado, comprometendo a promoção e a proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes. Se uma menina não possui o direito de estudar, pelo fato de ser do

sexo feminino, a previsão de igualdade, referenciada na Convenção, é ferida diretamente, afetando, conseqüentemente, a justiça social, a dignidade e a liberdade, por exemplo.

Dentre as matérias expostas nos dispositivos da Convenção, chama-se atenção para a previsão de promoção do seu bem estar nos três níveis, sendo eles o social, o espiritual e o moral. Porém, o documento refere diretamente a preocupação com a saúde física e mental das crianças e dos adolescentes (ONU, 1989), orientando o favorecimento e o encorajamento para práticas de leitura, de integração social e cultural, principalmente, aos integrantes de grupos minoritários.

Além da saúde, referencia-se a educação, que em nome do interesse superior da criança, os pais possuem responsabilidade de educação, tendo em vista o melhor e mais completo desenvolvimento da criança. Entretanto, cabe aos Estados garantir que seja possível que os pais e as crianças acessem as instituições e serviços relacionados a assistência à infância no que tange os direitos à educação.

Ou seja, fica evidente que a rede de proteção necessidade dos pais, bem como do ente estatal, tendo em vista que este é o responsável por prover o direito à educação, através de locais específicos para a efetivação desse direito e aos pais a responsabilidade de fazer com que a criança e o adolescente ingressem ao sistema educacional. Segundo Josiane Veronese e Wanda Falcão a:

natureza dos direitos alhures são agrupados em três categorias (conhecidas como “3P”): (i) participação – reconhecidos os direitos de civis e políticos: como registro, nome, nacionalidade, acesso à informação, liberdade de pensamento, consciência e credo; (ii) provisão – seriam os direitos econômicos, sociais e culturais: saúde, previdência social, educação, lazer, recreação e atividades culturais; e (iii) proteção – que versam sobre proteção contra o abuso e violência, à criança refugiada, à criança portadora de deficiência, à situação abusiva de trabalhos e, à situação em conflito armado. (VERONESE; FALCÃO, 2017, p.20)

A fim de corroborar a importância e potencializar o respeito e efetividade da Convenção sobre os Direitos da Criança, foram adotados os chamados Protocolos Facultativos. O primeiro refere-se à venda de crianças, prostituição e pornografia infantil, e o segundo protocolo se refere ao envolvimento de crianças em conflitos armados. O Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança no ano de 1990, sendo incorporado ao direito interno através da promulgação do Decreto n. 99.710, de 1990 (BRASIL, 1990). Cabe referenciar que são orientações a serem seguidas pelos países que a ratificaram, porém não há um instrumento que se impõe

coercitivamente perante aos Estados membros, além do apelo moral e ético para que respeitem os princípios, diretrizes e, assim, os direitos das crianças e dos adolescentes.

Os anos 90 foram marcados pela expansão do processo de globalização e, os direitos humanos, se já eram um tema recorrente nas agendas, foram impulsionados de maneira mais evidente. Assim, em 1993 a Conferência Mundial de Viena reafirmou os direitos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, evidenciando que tais direitos são extensos a todos os seres humanos e em todas as suas relações. Nesse sentido, “as atenções passaram voltar-se crescentemente às pessoas e grupos particularmente vulneráveis, em necessidade especial de proteção, o que realçou a importância do princípio básico de igualdade e não discriminação.” (CANÇADO TRINDADE, 2003, p.415)

Em uma análise sobre os documentos internacionais de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, é possível observar que, primeiramente, as abordagens foram tímidas, com alguns dispositivos. Posteriormente, são elaborados documentos específicos de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, entretanto, sem a devida valorização pela comunidade internacional.

Cronologicamente, o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de proteção especial, tendo em vista o seu estado de desenvolvimento, as organizações internacionais, bem como os Estados passaram a reconhecer, por diversas questões, éticas, morais ou pelo próprio senso de responsabilidade e que era necessário promover e proteger direitos a esse grupo. Nesse sentido, as declarações, convenções, regras, pactos e protocolos foram adquirindo maior receptividade e reconhecimento durante o passar dos anos.

Nota-se que, através das previsões de dignidade, a rede de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes aumentou, sendo estendida para, além dos pais e responsáveis, a sociedade e ao estado. A dignidade, nesse sentido, pode ser referida como o cerne da proteção integral, atualmente, amplamente reconhecida. Dando-se para a criança e o adolescente a sua dignidade, conseqüentemente, compreende-se que se faz necessária a promoção e proteção de direitos à medida do seu desenvolvimento social, físico e emocional.

2.2. A ressignificação axiológica da criança e do adolescente no Brasil e sua estruturação sistemática pela proteção integral

A caminhada para o reconhecimento de direitos sempre foi longa. Historicamente, sabe-se que, para se ter os direitos previstos expressamente em documentos, seja de cunho internacional ou nacional, diversos entraves foram ultrapassados. O Brasil é considerado um país novo, se comparado com outros Estados europeus, por exemplo, porém, possui um histórico de ressignificação no que tange à criança e ao adolescente.

Na contramão dos apontamentos internacionais, o Brasil manifesta um viés integral de proteção no final da década de 80 e início da década de 90. No entanto, cabe ressaltar que tal ressignificação deve derivar da sociedade e ser acompanhada de material legislativo a fim de corroborar e adequar um comportamento social.

Em um viés sociológico, não é possível que um comportamento social seja alterado de modo abrupto, ou seja, é necessária uma construção social de novos modos de pensar e analisar determinadas situações, diante das necessidades que surgem com o passar do tempo. Assim, no caso em tela das crianças e dos adolescentes, essa construção aconteceu de maneira clara, durante o século XX.

As compreensões das causas das mudanças sociais não são uníssonas. Se o autor base para análise for Auguste Comte, considerado o fundador da Sociologia, as mudanças sociais eram aceitas, porém ele não admitia a quebra da ordem social. Se a base teórica, para mudanças sociais, for Max Weber, as mudanças sociais serão justificadas no contraponto do progresso e da urbanização, ancoradas pelo capitalismo. Já Karl Marx acreditava que o cerne de qualquer mudança social está fundado na luta entre as classes e na disputa de condições econômicas. Por fim, se o autor de referência for Émile Durkheim a mudança social é consequência das relações de trabalho.

Para que seja possível uma alteração na ordem social de uma sociedade, um dos elementos presentes é o tempo. Assim, através de debates, lutas, estudos dentre outros fatores, o comportamento social acaba por se alterar através das gerações e se, em tempos passados, a criança era vista como um pequeno adulto, objeto de direitos dos pais, atualmente, ela é vista como um sujeito de direitos relativos ao estado de desenvolvimento em que se encontra.

Para ter um aporte conciso da ressignificação das crianças e dos adolescente no cenário que envolve o Brasil, é necessário abordar historicamente, e assim, é possível visualizar, nas sublinhas, a presença de crianças em diversos momentos. A

coisificação das crianças está entrelaçada com a história do Brasil, desde as embarcações que aportavam aqui para fins de povoamento.

Em qualquer condição, eram os “miúdos” quem mais sofriam com o difícil dia a dia em alto mar. A presença de mulheres era rara, e muitas vezes, proibida a bordo, e o próprio ambiente nas naus acabava por propiciar atos de sodomia que eram tolerados até pela Inquisição. Grumetes e pajens eram obrigados a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos. Crianças, mesmo acompanhadas dos pais eram violadas por pedófilos e as órfãs tinham que ser guardadas e vigiadas cuidadosamente a fim de manterem-se virgens, pelo menos, até que chegassem à Colônia. (RAMOS, 2016, p.19)

Nesse cenário de humilhação e desrespeito ao ser humano, as crianças portuguesas tinham expectativa de vida, em média, de 14 anos, entre os séculos XV e XVIII. Segundo relatos, eram consideradas um pouco mais que animais e, em razão da baixa expectativa de vida, seu trabalho deveria ser explorado ao máximo, tendo em vista seus poucos anos de vida.

Além disso, muitas dessas crianças que povoavam as embarcações haviam sido raptadas de seus pais, de origem judia, com duas finalidades: mão de obra e controle da população judia em Portugal. (RAMOS, 2016, p.20) O período das embarcações foi bastante trágico para as crianças que, além de não carecerem de proteção, eram expostas às piores condições de fome, sede, humilhações, explorações e a total ausência de dignidade a fim de que pudessem lograr êxito de sobreviverem.

Durante o século XVI, o período jesuíta também se utilizou da sensibilidade e maleabilidade das crianças para a catequização. De acordo com Rafael Chambouleyron (2016), a documentação do período refere-se ao fato de que a conversão para a religião era muito mais fácil com as crianças, pois as mesmas demonstravam pouca resistência, sendo assim, mais receptivas. Outra referência da coisificação da criança é que os pais, indígenas, entregavam os seus filhos para serem catequizados a fim de possibilitar uma aliança entre os indígenas e os padres.

Quanto à saúde das crianças e aos cuidados com a alimentação, tinha-se a errônea impressão de que um bebê saudável era um bebê “gordinho”. Ou seja, a preocupação não pairava sobre a alimentação, propriamente dita, mas, sim, com dar-lhe comida, por vezes, não compatível com seu grau de desenvolvimento digestivo e bucal. (DEL PRIORI, 2016) Salienta-se que gerações não muito afastadas de hoje,

ainda possuíam essa referência de que o bebê, com o peso dito adequado, atualmente, estava passando fome.

Outra referência do período, trazida por Mary Del Priori (2016), é de que as crianças eram vestidas como adultos em miniaturas, roupas pomposas, pesadas a fim de demonstrar o poder econômico da família. Diante dessa realidade, haviam grandes distinções entre as famílias ricas e os escravos, via de regra, a cor da pele acompanhava essa distinção social, pois, aos 7 anos, os filhos de famílias abastadas eram direcionados aos estudos e, com a mesma idade, os filhos de escravos iniciavam o trabalho pesado. Entretanto, “pouco a pouco, a educação e a medicina vão burilando as crianças do Brasil colonial Mais do que lutar pela sua sobrevivência, tarefa que educadores e médicos compartilhavam com os pais, procurava-se adestrar a criança, para assumir responsabilidades.” (DEL PRIORI, 2016, p. 104)

Ainda hoje a luta a qual Mary Del Priori comenta, existe, entretanto com uma nova roupagem. As crianças possuem realidades diversas correspondendo, muitas vezes, ao berço familiar e às possibilidades e necessidades de cada família. Ou seja, via de regra, famílias que possuem uma condição e qualidade de vida satisfatórias, possibilitam que seus filhos permaneçam direcionados a educação para que, futuramente, sejam melhores quanto à qualificação e, conseqüentemente, consigam atividades laborativas que os satisfaçam.

Em detrimento a essa realidade, as famílias que possuem mais necessidades, sejam elas laborativas ou qualquer outra, como econômica, mas que coloque em xeque a sua plena qualidade de vida, podem comprometer o acesso à educação das suas crianças, tendo em vista a sua própria existência. As famílias que dependem, por exemplo, das filas para acessarem o sistema de saúde, que as escolas próximas da residência não tenham vagas suficientes para matricularem os filhos, que não sejam deficitárias economicamente, são realidades que contribuem para que essas crianças e adolescentes ingressem no meio laborativo mais cedo, em busca da dita sobrevivência e o gozo de um mínimo de dignidade.

Sendo assim, tal distinção ainda existe, hoje não por uma imposição dos senhores, mas, sim, por uma necessidade social de sobrevivência digna, ou seja, mesmo que com outros cenários, fato é que o acesso ainda não é igualitário. O aporte legislativo do Brasil do século XX, que abrange os direitos das crianças e dos adolescentes, demonstra a mudança social para a ressignificação valorativa da

infância e da adolescência. O tratamento coisificado era visto nas legislações do século XX de maneira bastante clara e não aceitável social e juridicamente.

Em um cenário que objetivava a organização da sociedade, a Constituição Política do Império do Brasil pautava-se, formalmente, pela justiça e equidade para elaborar Códigos que norteassem os comportamentos civis e criminais, segundo o Artigo 179, inciso XVIII. (BRASIL, 1824). Dessa forma, o Código Criminal de 1830 possuía algumas previsões que envolviam as crianças e os adolescentes. Analisando-o de forma crítica, nota-se que já havia uma diferenciação no modo de analisar o comportamento desse grupo. Os menores de 14 anos não seriam julgados como criminosos, diferentemente dos demais, e, se fosse constatado que uma criança ou adolescente, com idade até 14 anos, tivesse agido com discernimento, seria encaminhado a uma casa de correção, não podendo ultrapassar os 17 anos. (BRASIL, 1830)

Enfatizando a ressignificação da criança e do adolescente no século XX, cabe salientar algumas referências fundamentais para compreender a evolução pela qual este direito atravessou a fim de verificar o caráter axiológico destinado às crianças e aos adolescentes. Dada a situação política do período o qual ainda a república estava tomando forma, uma das preocupações surgidas foi o assim chamado, problema dos menores abandonados e delinquentes e, para tratar legislativamente tal realidade, foi editado um regulamento para a assistência e proteção dos, então, menores, através do Decreto n.16.272, de 20 de dezembro de 1923 (BRASIL, 1923), com a finalidade de regulamentar a justiça no Distrito Federal.

A assistência e a proteção aos menores abandonados e delinquentes eram, na verdade, uma solução para a República afastar socialmente essas crianças e adolescentes, pois os menos eram desajustados sobre a ótica do que se esperava para crianças e adolescentes. Assim, o Juízo de Menores criado pelo Decreto n.16.272 de 1923 (BRASIL, 1923) impulsionou a atuação do poder judiciário no que tange à assistência.

Considera-se que a assistência prestada saiu às avessas, do que se compreende na doutrina moderna e contemporânea de proteção e promoção dos direitos. O intuito era retirar as crianças e os adolescentes das ruas, fazendo uma limpeza social, levando-os a centros de correção de educação e comportamentos adequados e, por fim, reintegrando-os à sociedade através de bases morais e religiosas (SCHUELER, 1999, p.10). De março de 1924 até fevereiro de 1926 foram amparados

3.121 abandonados e processados 216 delinquentes. Desse modo, o Presidente Arthur Bernardes afirmou que:

os sacrifícios que para isso se fizerem serão remuneradores porque, protegida a geração dos abandonados, vê-se-á diminuída a população das prisões e dos hospitais, praticando-se, assim, uma obra de benemerência social, com reflexos positivos na vida econômica da nação. (BRASIL, 1926)

Pelo entusiasmo e ansiedade de fazer do Brasil uma potência econômica, algumas questões eram urgentes, como os menores abandonados e delinquentes, pois esses não contribuiriam em nada para o sistema econômico, pelo contrário, onerariam a máquina pública com as construções de prisões e hospitais. Diante disso, era mais conveniente economicamente e socialmente afastar essas crianças e adolescentes, encaminhando-os para locais específicos para os seus *problemas* e, depois, reintegrá-los à sociedade.

Através do papel do Judiciário em alocar e determinar o futuro dos chamados menores abandonados e delinquentes, o magistrado que protagonizou as primeiras ações com caráter de priorizar o assistencialismo à infância e à juventude, procurando suprir as necessidades e possibilidades apresentadas pelo período, foi José Cândido de Albuquerque Mello Mattos. Dentre seus feitos, estão a criação do Abrigo de Menores, a remodelação da Escola 15 de Novembro para abandonados e para os delinquentes, a Escola João Luiz Alves, entre outras instituições, entregando-as para a administração das entidades de caridade. (CARVALHO, 1980, p.114)

Dentro desse processo de ressignificação da criança e do adolescente, questões que integram, atualmente, as agendas relacionadas ao tema, como combate ao analfabetismo, adoção intervenção estatal no pátrio poder, não podem ser consideradas novas. Irma Rizzini e Francisco Pilotti expõem que o diretor da Escola 15 de Novembro elaborou um relatório ao Ministro da Justiça, na época, José Joaquim Seabra, que demonstrava:

o drama social dos menores e defendia, entre outros pontos, o combate ao analfabetismo (visto por ele como uma causa maior de todos os males sociais), o incentivo à adoção de menores abandonados por famílias moralmente edificadas, a intervenção do Estado no pátrio poder e a não detenção de menores com adultos. (RIZZINI, 2009, p.74)

Dos apontamentos feitos a quase 100 (cem) anos atrás, alguns foram superados, outros ainda estão recebendo tratamentos específicos. A detenção de crianças e adolescentes não é permitida, tendo em vista que os mesmos, quando em

conflito com a lei, possuem medidas específicas, tendo em vista o seu estado de desenvolvimento, recebendo esse tratamento especial até os 17 anos, 11 meses e 31 dias, pois, pela legislação brasileira, considera-se adulto a partir dos 18 anos. (BRASIL, 1990) Da mesma forma que o estado é responsável pela promoção, proteção de salvaguarda dos direitos das crianças e dos adolescentes, do mesmo modo que a família e a sociedade, (BRASIL, 1988) podendo o Estado intervir no pátrio poder quando esse não estiver sendo realizado de maneira a proteger integralmente a criança e o adolescente.

Durante a década de 20, existiram normas regulatórias e decretos esparsos, mas ao final, no dia 12 de outubro de 1927, as normas existentes foram consolidadas como Código a fim de adquirir um novo panorama para a situação das crianças e dos adolescentes no Brasil. O Decreto n. 17.943 – A (BRASIL, 1927), também chamado de Código Mello Mattos, ficou vigente por 52 (cinquenta e dois) anos, sendo a codificação das leis de assistência e proteção aos menores a esperança de um novo *status* no Direito brasileiro. (ROMÃO, 2017, p.11)

O viés que permeia o Código de Menores de 1927 pode ser analisado claramente através do seu Artigo 2º, pois explicitava que “toda criança de menos de dois anos de idade entregue a criar, ou em ab lactação ou guarda, fora da casa dos pais ou responsáveis, mediante salário, torna-se por esse fato objeto da vigilância da autoridade pública, com o fim de lhe proteger a vida e a saúde.” (BRASIL, 1927) Nota-se que o Código deixa claro, nesse artigo, a coisificação da criança, ou seja, essa não é tratada como um sujeito que possui necessidades especiais relativas à idade e de seu grau de desenvolvimento, mas, sim, é percebida como um objeto que será vigiado pelas autoridades e submetido, conforme o Artigo 1º³, às medidas de assistência e proteção.

Entretanto, há a previsão de que ninguém com idade inferior a 18 (dezoito) anos será encaminhado para a prisão comum, evidenciando também que a situação dos indivíduos com até 18 anos é diversa dos adultos. De acordo com João Batista Costa Saraiva:

A ideia de incapacidade dos menores, colocados como insusceptíveis de qualquer responsabilidade, os colocava em uma condição similar aos inimputáveis por sofrimento psíquico, tanto que as medidas aplicáveis aos

3 Art. 1º O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código. (grafia original) (BRASIL, 1927)

menores faziam-se por tempo indeterminado, em um caráter muito semelhante à medida de segurança aplicável aos inimputáveis por incapacidade mental. (SARAIVA, 2005, p.43)

Durante o período que o Código esteve vigente, o Brasil passou por momentos em que a segurança nacional justificava, praticamente, todas as ações ou omissões e legislações, deixando às margens das discussões a essência dos interesses das crianças e dos adolescentes. Assim, o governo militar tratou o *problema dos menores* como assunto de segurança nacional, mas não com um viés promocional e/ou protetivo e, sim, como uma necessidade de manutenção da ordem e da paz.

Foi na vigência desse Código, em 1941, que a conhecida *sucursal do inferno*, chamada formalmente de Serviço de Assistência a Menores – SAM, foi criada pelo então Presidente Getúlio Vargas. (BRASIL, 1941) O serviço recebeu apelido em razão das condições de miserabilidade a que seus internos eram expostos. E, posteriormente, em dezembro de 1964, a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor – FUNABEM foi criada, através da Lei n. 4.513 de 01 de dezembro de 1964 (BRASIL, 1964) vindo essa a ser revogada pela Lei n.8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Depois de o Governo Médici extinguir a tramitação, em 1971, do projeto de um novo Código de menores, que tramitava desde 1956 no Congresso Nacional, o Senador Nelson Carneiro, opositor ao regime militar apresentou um novo projeto de Código de Menores, sofrendo um substitutivo do Senador José Lindoso. (ROMÃO, 2017, p.12) E é na década de 70 que a nomenclatura da doutrina da situação irregular repousa, ou seja, através do magistrado Alyrio Cavallieri que calçou o termo para embasar uma nova disciplina, sendo ela Direito do Menor, de caráter optativo. Assim:

[...] de acordo com essa doutrina, a atividade jurisdicional com o Direito do Menor operava através da prevenção e do tratamento, a partir da situação irregular. Para prevenir tal situação, o juiz poderia exercer sua jurisdição indistintamente a todos os menores, contudo, em relação ao tratamento, o juiz só atuaria se constatada a situação irregular, que à época da estruturação doutrinária incidia sobre os abandonados e delinquentes/infratores, quando, então, poderia aplicar medidas conforme a situação verificada, sendo as principais: internação, guarda, guarda mediante soldada, tutela, delegação de pátio poder, adoção, afastamento do lar, da família da comunidade. (ROMÃO, 2017, p. 13)

A Doutrina da Situação Irregular ainda é referenciada hoje com o objetivo de afastar qualquer semelhança ou aproximação do tratamento dispendido às crianças e

aos adolescentes nesse período. De acordo com André Viana Custódio, deve-se atentar para a relação entre a segurança nacional, referenciada anteriormente, e a doutrina da situação irregular. Para ele, é “evidente a ideia de centralização como o referencial para o modelo de gestão de políticas públicas predominante” (CUSTÓDIO, 2008, p.25), tendo em vista que, para manter o sistema, as práticas de controle centralizado e repressivo deveriam estar organizadas sobre as entidades associativas.

Fundado na Doutrina da Situação Irregular, o Novo Código de Menores foi instituído pela Lei n. 6.697 em 10 de outubro de 1979, acompanhando a ideia do menorismo. A semelhança entre os Códigos era pautada pelo enquadramento dos então “menores” como delinquentes, abandonados, infratores ou em situação irregular. A crítica presente nesse modelo é de que os magistrados eram os responsáveis pela interpretação e pelo enquadramento do menor, ou seja, se ele seria, então, delinquente ou abandonado, por exemplo. De acordo com André Viana Custódio:

O papel do Estado estava alinhado à perspectiva de um modelo autoritário que supostamente o sustentava, onde a atuação estava direcionada para a contenção pela via da violação e restrição dos direitos humanos; tendo por consequência a (re)produção das condições planejadas de exclusão social, econômica e política, assentada em critérios individuais que acentuavam as práticas de discriminação racial e de gênero, segundo o qual o marco referencial construía uma imagem de infância por aquilo que ela não tinha e não era. (CUSTÓDIO, 2008, p.24-25)

Porém, além de toda a desassistência e inobservância quanto ao tratamento que deveria ser despendido para as crianças e para os adolescentes, fica evidente que a “consequência disso foi uma omissão dos governos que deixavam a assistência aos menores a cargo dos juizados”. (ROMÃO, 2017, p.14) Desse modo, o futuro das crianças e dos adolescentes era muito mais uma matéria pertinente ao sistema judiciário em detrimento a políticas governamentais de atenção especializada.

Felizmente, o Código de Menores de 1979 não teve vigência igual ao de 1927, sendo vigente por 10 (dez) anos. Um documento fruto do período ditatorial deu espaço, por pressão da sociedade, a uma nova e urgente valoração dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil. Salienta-se que, através da possibilidade de participação popular, temas de cunho social e político passaram a integrar os discursos e diálogos do cotidiano das pessoas.

E, nesse ínterim, um olhar mais sensível para a realidade das crianças e dos adolescentes sobreveio através da Emenda Popular n.1 de 1987, propondo a inclusão, no texto constitucional, que “toda criança tem direito à vida, a um nome, a uma família, à educação, à saúde, ao lazer, à moradia, à alimentação, à segurança social e afetiva.” (BRASIL, 1987)

A Constituição Federal de 1988 rompe com uma sistemática de objetivismo e menorismo da criança e do adolescente, apresentando, a partir do novo marco legal, a condição de sujeito de direito para as crianças e os adolescentes. Essa nova ordem rompeu com a reconhecida doutrina da situação irregular, pois, com a Constituição Federal de 1988, evidenciou-se a prioridade na atenção aos direitos das crianças, dos adolescentes e dos jovens, por considerar, especialmente, aqueles sujeitos em desenvolvimento emocional, físico e social. Assim, “foi possível a incorporação dos novos ideais culturais surgidos na sociedade, implementando, ao menos formalmente, a democracia participativa.” (COSTA e HERMANY, 2006, p.168)

A nova ordem constitucional apresentou, formalmente em seu texto, normas que representavam a sociedade pós ditadura, com previsão do direito de liberdade e igualdade, por exemplo, tendo como fundamento o princípio da dignidade da pessoa humana. Culturalmente e socialmente, o povo buscou se utilizar de possibilidade de participação para incluir, através de seus representantes, direitos e deveres fundamentais para o maior bem-estar social e político de modo mais abrangente e profundo.

De acordo com Ingo Wolfgang Sarlet, a Constituição Federal de 1988 utilizou-se de um conceito aberto de direitos fundamentais, ou seja, algumas normas presentes no texto são, apenas, de cunho organizatório, representando um caráter formal. Já outras são formalmente e materialmente fundamentais, tendo em vista que são objeto de especial proteção, evidenciando a fundamentalidade peculiar dos direitos fundamentais (SARLET, 2015, p.143)

Essa ressignificação surge através do rompimento da antiga ordem ditatorial que o Brasil atravessava, tendo em vista que a legislação, até então vigente, não compatibilizava com os anseios e interesses da sociedade em um viés social e político. Apresentava-se, então, uma necessidade de contemplar novos temas e assuntos no novo texto constitucional que eram urgentes na legislação brasileira e, então, na vigência da Constituição Federal de 1988, o artigo 227 explicitou que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988)

No texto redigido em 1987/1988, o artigo abordava somente as crianças e os adolescentes, porém, posteriormente, através da Emenda Constitucional n.65 de 2010, o artigo passou a reconhecer os mesmos direitos aos jovens. Em análise ao conteúdo exposto, é possível notar e reconhecer uma mudança bastante significativa quanto a axiologia direcionada aos interesses das crianças e dos adolescentes. A partir desse artigo, a criança passa a ser reconhecida legislativamente e juridicamente, mas, especialmente, socialmente como sujeito de direito, merecendo respeito e atenção aos seus interesses e direitos.

A Doutrina da Proteção Integral passou a reger os interesses das crianças e dos adolescentes, reconhecendo absoluta prioridade dos temas que relacionam esses sujeitos, estando presente, subjetivamente, no artigo 227 da Constituição Federal de 1988. O marco da nova doutrina significou um grande avanço tendo em vista a proteção dos direitos fundamentais das crianças, dos adolescentes e dos jovens. Para tanto, a partir da Constituição Federal de 1988 vislumbrou-se a necessidade de abordar o tema, e não mais problema, da infância, adolescência e juventude de maneira mais específica.

Utilizando-se de marcos e documentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, as Regras de Beijing de 1985, entre outros documentos, o material legislativo e jurídico brasileiro aumentou suas proporções quanto ao sistema protetional e garantidor de direitos. Assim, a ressignificação axiológica da criança e do adolescente ultrapassou as limitações da coisificação, reconhecendo que esses são sujeitos de direitos, carecedores de maior proteção, cuidado e atenção quanto aos seus interesses e direitos em razão do seu estado especial de desenvolvimento.

Seguindo a linha evolutiva de ressignificação das crianças e dos adolescentes, a Doutrina da Proteção Integral foi o pilar de estruturação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei n.8.069 de 13 de Julho de 1990, tratando a criança e o adolescente como “sujeito-cidadão”, de acordo com Josiane Rose Petry Veronese (1999). Nesse sentido, João Batista Costa Saraiva acredita que a Doutrina da

Proteção Integral “apresenta-nos um conjunto conceitual, metodológico e jurídico que nos permite compreender e abordar questões relativas às crianças e aos adolescentes sob a ótica dos direitos humanos, dando-lhes dignidade e o respeito do qual são merecedores”. (SARAIVA, 2002)

Na mesma linha de reconhecimento e salvaguarda da Constituição Federal de 1988, o ECA preceituou que as crianças e os adolescentes gozam de todo e qualquer direito fundamental enquanto pessoas humanas, para que seja facilitado a esse grupo de direitos especiais o seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, evidenciando as condições de liberdade e dignidade correspondentes às crianças e aos adolescentes. Em seguida, o estatuto da Criança e do Adolescente tratou de estender a responsabilidade perante a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes, estipulando, em seu Artigo 4, que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Além dos direitos fundamentais preceituados no Artigo 5º, Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente cunhou em seu Título II os Direitos Fundamentais. Assim, o Artigo 7º clarifica que toda criança e adolescente “têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” (BRASIL, 1990)

Nesse viés, cabe uma referência, extremamente clássica, de Immanuel Kant, tendo em vista o potencial de dignidade que as crianças e os adolescentes passaram a ser titulares, como sujeitos de direitos que são. De acordo com Kant:

No reino dos fins, tudo tem ou não um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente, mas quando uma coisa está acima de todo preço e, portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade. (KANT, 1997, p.77)

A criança e o adolescente, no Brasil, pós Estatuto da Criança e do Adolescente, se apresentam como atores sociais que devem ser valorizados pela tríade constitucionalmente posta: o Estado, a sociedade e a família. A dignidade, sensivelmente, referenciada por Kant, evidencia que toda e qualquer pessoa possui a

sua dignidade, incluindo aí as crianças e os adolescentes. Ou seja, em tempos de equilíbrio entre a universalidade, enquanto sociedade e, as individualidades, toda a pessoa é portadora de dignidade por ser um ser único. (SILVA, 2009, p.43)

No Estatuto da Criança e do Adolescente, fica evidente que os direitos serão regidos a partir do que se entende por proteção integral. Nesse sentido, “os princípios que formam um conjunto de valores que formam a Doutrina da Proteção Integral” são oriundos da Declaração Universal dos Direitos das Crianças, de 1959. (VERONESE; CUSTÓDIO, 2013, p. 120)

A partir, então, do final da década de 80 e início da de 90, o princípio da dignidade humana, elencado na Constituição Federal de 1988, abarcou as crianças e os adolescentes como sujeitos de sua titularidade. E a proteção integral estendeu a responsabilidade protetional, formando uma rede de cuidados a fim de possibilitar maior efetividade na concretização dos direitos das crianças e dos adolescentes. Entretanto, concorda-se com Rosane Leal (2009) que toda mudança que causa rupturas na ordem até então vigente necessita de novos assentos sociais, políticos e culturais, carecendo de tempo para ser incorporada pela sociedade.

E é justamente nesse sentido, de ruptura sistemática, de tamanha abrangência material, profundidade doutrinária e necessária atenção, que André Viana Custódio, acredita que atualmente, não se fala em Doutrina e sim, em Teoria da Proteção Integral. Custódio referencia que tal teoria é um referencial paradigmático quando o assunto é direito das crianças e dos adolescentes.

Há possibilidades concretas para se demonstrar que as forças que constituíram a Teoria da Proteção Integral resultaram em grande parte da contraposição da doutrina da situação irregular e da doutrina da proteção integral produzindo algo diferente, com magnitude capaz de consolidar elementos com capacidade suficiente para afirmar o Direito da Criança e do Adolescente como um campo jurídico aberto de possibilidades, mas seguro quanto às suas diretrizes, princípios, regras e valores. (CUSTÓDIO, 2008, p. 29)

O direito da criança e do adolescente ultrapassou limites de discussões ou meras conjecturas e planos futuros. O direito é realidade e de tamanho reconhecimento, integra agendas de diferentes esferas, partindo da municipal até as agendas internacionais, pois a infância e a adolescência devem integrar matérias, direitos e de instituições que garantam a possibilidade de maior efetividade.

A proteção integral, emancipada para teoria, fez com que, em um dado momento histórico, os princípios, os valores, normas e regras fossem ressignificadas, trazendo uma nova era de direitos. Essa perspectiva abandonou a ótica menorista, transformando o problema da infância em proteção integral em nome do melhor interesse da criança e do adolescente, dando a esses o caráter de sujeitos titulares de direitos como todo e qualquer ser humano.

Diante das abordagens, fica evidente que o direito da criança e do adolescente não pode ser assegurado e protegido apenas por uma vertente de direitos. Nesse sentido, não é suficiente que para garantir o melhor interesse da criança, tomando como base a teoria da proteção integral, assegure-se a liberdade, a saúde, a educação, a moradia ou ainda a sua segurança. Como exposto, a criança e o adolescente precisam ter a melhor possibilidade de desenvolvimento físico, moral, espiritual e social.

2.3. A necessidade de diálogo entre diferentes áreas de conhecimento em prol da prioridade absoluta de crianças e adolescentes

Em tempos que tudo e todos estão conectados e entrelaçados em uma sociedade em rede, se reconhece, também, que as matrizes científicas diversas também devem caminhar conjuntamente em prol de seus objetivos. Com o passar dos tempos, foi possível perceber que as ciências, em analogia ao Artigo 2º da Constituição Federal de 1988, quanto ao reconhecimento dos poderes legislativo, executivo e judiciário, são independentes porém harmônicos entre si.

As diferentes áreas das ciências, no passado, deveriam ser e estarem bem especificadas quanto a sua abrangência, aplicabilidade, definindo, assim, as áreas de atuação da mesma e dos profissionais dessa ou daquela área científica. Entretanto, considerando que, de modo sociológico, as sociedades romperam a classificação de simples para sociedades complexas, em razão da sua evolução, os fatos, atos, acontecimentos e problemas sociais também passaram a ter novas faces e configurações.

Na obra “Tempos Líquidos”, Zygmunt Baumann, afirma que a sociedade “é cada vez mais vista e tratada como uma “rede” em vez de uma “estrutura”: ela é percebida e encarada como uma matriz de conexões e desconexões aleatórias e de um volume essencialmente infinito de permutações possíveis.” (2007, p. 9). Concorda-

se com o autor na medida em que tudo nessa sociedade é considerado urgente, líquida, imediatista e uma casca sem substância, tornando a sociedade frágil.

Tomando como verdade a fragilidade da sociedade atual, conseqüentemente, as relações humanas sociais tornam-se frágeis de maneira igual, tendo em vista que a rede formada pelos laços dependiam da confiança, segurança e do investimento de tempo para que os laços fossem fortificados e seguros. Em tempos de fragilidade social, a busca por sucesso e vitórias pessoais sobrepõe-se, muitas vezes, aos objetivos centrais de Estado e sociedade, como o bem-estar e a qualidade de vida,

Nesse sentido, as crianças e os adolescentes configuram grupos que necessitam de atenção e proteção de maneira mais específica, conforme a Teoria da Proteção Integral. Para tanto, a prioridade absoluta no cuidado e salvaguarda aos seus direitos são essenciais para que esses possam atingir níveis de desenvolvimento satisfatórios quanto ao desenvolvimento físico, moral, espiritual e social.

A importância do diálogo entre as diferentes áreas da ciência tomam forma quando invocada a prioridade absoluta, conforme referenciada no Artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e no Artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente. Nessa referência, o ECA entende que a prioridade compreende a:

primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. (BRASIL, 1990)

A prioridade absoluta é assegurada pela compreensão de que a Teoria da Proteção Integral indica o trinômio família, sociedade e Estado como responsáveis pelo pleno desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. O princípio da cooperação, exposto no Artigo 18-A⁴ do Estatuto da Criança e do Adolescente, é fundamental para estruturar essa lógica, salientando a responsabilidade de todas as partes objetivando o atendimento adequado de todas as necessidades.

As responsabilidades são concorrentes, porém cada uma com focos específicos. Para a família, via de regra, cabe a responsabilidade de apresentar as

⁴ A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los. - Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014. (BRASIL, 1990)

primeiras referências de princípios e valores com os quais aquela criança irá agir em busca do bem agir social. Ao Estado cabe o agir no que se refere à necessidade, ou seja, como ente superior, a atuação dele é fundamental quando a instituição família se mostrar hipossuficiente na concretização de necessidades básicas. Por fim, mas não menos importante, a sociedade, como parte do trinômio, será a figura cooperativa como pilar para a plenitude de direitos. (LAMENZA, 2011)

A dignidade da pessoa humana é o princípio fundamental para o reconhecimento e, também, para a previsão de direitos, garantias e deveres. A partir disso, a Constituição Federal de 1988 expõe um rol exemplificativo de direitos, considerados fundamentais para a melhor qualidade de vida e pleno gozo do direito à vida em sua mais profunda completude.

Além dos direitos fundamentais, outros são necessários para que o ser humano tenha a possibilidade de atingir o seu desenvolvimento em um sentido completo. Os direitos sociais possuem um caráter positivo de aplicabilidade, ou seja, fazem com que o Estado esteja em uma posição de agir ativamente, porém a sociedade, como integrante do Estado, também é promotora da concretização desses direitos. Assim, forma-se a tríade composta pelas pessoas, sociedade e Estado.

O Artigo 5º da Constituição Federal de 1988 apregoa em seu *caput* a “inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988). Sabe-se que, para a garantia e concretização desses direitos, são necessários, ainda, outros direitos. Em um breve exemplo, fica evidente que não é possível garantir-se o direito à vida, sem o acesso às condições mínimas de saúde.

O direito à vida é o mais básico e fundamental dos direitos, pois, sem ele, todos os outros direitos perdem a essência de ser. De acordo com Francismar Lamenza, o direito à vida é o supremo, pois o viver é o existir. (2013, p.33). Se tratando da criança como um sujeito de direito, o direito à vida, além de estar presente na Constituição Federal de 1988, nos Artigos 5º e 227, está previsto como integrante de legislação de aplicabilidade específica, no *caput* do Artigo 4º e no Artigo 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O direito brasileiro prevê que os direitos são assegurados ao indivíduo a partir do seu nascimento, com o reconhecimento da sua personalidade civil, porém há uma ressalva no mesmo Artigo 2º, do Código Civil Brasileiro, a Lei 10.406 de 10 de janeiro

de 2002, que o nascituro também tem seus direitos assegurados, compatível com tal condição.

O direito à liberdade é igualmente previsto na Constituição Federal de 1988, como no ECA. A liberdade possui algumas vertentes como o direito de ir e ficar, de permanecer, de crença, de expressão. A relação que deve ser feita é que, ao passo que a liberdade deve ser tratada como um direito do indivíduo, o Estado deve respeitar e os demais indivíduos possuem esse como dever em relação aos demais indivíduos, cada um como o seu direito pleno de liberdade.

O Artigo 16 do ECA compreende que o direito à liberdade das crianças e dos adolescentes são de “ir, vir, estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais.” (BRASIL, 1990). No entanto, a aplicabilidade dessa análise deve ser compatível com a adequação à faixa etária em questão, conforme o Artigo 75, da mesma legislação. (BRASIL, 1990). Ressalta-se que comparação do direito à liberdade de ir e vir diverge da vivência de rua:

Constatando-se crianças ou jovens nessa situação de vivência de rua (quadro diferente das pessoas na rua, de caráter transitório, meramente passageiro), o Estado incumbir-se-á, por meio dos Conselhos Tutelares e/ou dos Juízos da Infância e da Juventude, de realizar a busca e apreensão desses infantes ou adolescentes, encaminhando-se-os para abrigo adequado (público ou privado). (LAMENZA, 2013, p.43)

O direito à liberdade é extenso às crianças e aos adolescentes, entretanto afirma-se que é uma liberdade plena, pois assim a Constituição Federal de 1988 prevê, contudo apresenta algumas limitações em razão da condição especial de desenvolvimento, sendo assim compatível com a sua faixa etária. E é por essa razão que existe a diferenciação entre as pessoas na rua, de caráter passageiro e as pessoas que vivem da rua, de caráter mais prolongado.

Nessa segunda referência é que o Estado possui o dever de agir, garantindo e provendo o direito à moradia, que nesse caso configura-se pelo encaminhamento a abrigos, desenhando a apreciação do direito social à moradia, presente no Artigo 6 da Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1988) Outra referência que comprova que o direito à liberdade das crianças e dos adolescentes é pleno, mas com restrições, é a presença dos mesmos a qualquer estabelecimento. Prevê o ECA (1990) que não é permitida a entrada de crianças e adolescentes aos estabelecimentos que explorem

jogos de bilhar, sinuca ou ainda, casa de jogos, prezando pela integridade física, psíquica e moral desses sujeitos de direitos.

O direito ao lazer está previsto expressamente nos dois diplomas legais, na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente. A previsão constitucional abarca todas as pessoas independente do grupo social o qual integram, ou seja, a sociedade, inclusas as crianças e os adolescentes. Já a presença do direito ao lazer no ECA significa que é deveras importante para que a criança, além das responsabilidades compatíveis com a idade, como as atividades escolares, tenha assegurado o direito a momentos que rompam com a rotina para que, justamente, seja possível um desenvolvimento completo.

Concorda-se com o entendimento de que o direito ao lazer “favorece o público infanto-juvenil pela prática que venham em benefício de sua recreação e da quebra das rotinas do dia a dia. A brincadeira, a leitura ou o simples descanso são atitudes das quais o ser humano necessita [...]” (LAMENZA, 2013, p.75) Nessa referência, chame-se atenção para um palavra que na sociedade atual é de fundamental compreensão: rotina.

A rotina da atual sociedade é bastante diversa de sociedades passadas. Os adultos de hoje estão expostos a um bombardeio de informações, pressões, urgências em um alto grau de competitividade que anos atrás não existia, muito em razão da globalização, da internet, dos aplicativos de mensagens e redes sociais. Para que seja possível gerir todas essas informações e atividades, é necessário fazer o uso de uma rotina. A etimologia da palavra remete à origem francesa “routine” e seu significado é de “caminho habitualmente seguido ou trilhado; caminho já sabido [...]” (MICHAELIS, 2009)

As crianças são inseridas em rotinas desde o momento de seu nascimento, a rotina da alimentação, do sono e, posteriormente, das brincadeiras, da televisão, da escola, do acesso a telefones celulares, aplicativos de mensagens, jogos em rede, entre outras atividades. E em nome da competitividade e de um futuro de sucesso, as crianças são expostas a um rol de atividades diárias extremamente exaustivo como aulas de línguas, atividades esportivas, aulas extras de conteúdo curricular entre outras, deixando o dia da criança quase ou totalmente preenchido de atividades.

Entretanto, o ideal, de acordo com Honoré, é equalizar o tempo das crianças para um ritmo mais lento ou desacelerado, diante do que a sociedade exige atualmente, a fim de que a rotina dessas crianças não seja a pressa. Ou seja, as

atividades não precisam ser lentas ou aceleradas e, sim, adequadas ao perfil, idade e desenvolvimento da criança (HONORÉ, 2012), expondo, assim, essa criança ao contato com os esportes, à cultura, mas, também, à convivência familiar e ao lazer.

De acordo com Roberto João Elias, em um comparativo com outros países, “uma melhor oferta de áreas de lazer e de esporte influi, decisivamente, na redução de infrações cometidas por menores. Destarte, afastam-se a criança e o adolescente dos perigos da droga, do alcoolismo e de outros vícios que deturpam a personalidade [...]” (ELIAS, 2004, p.86)

Inserir na rotina das crianças períodos de lazer são fundamentais para que o melhor interesse da criança seja atendido e respeitado, preconizando o seu melhor desenvolvimento. Sucumbir as pressões atuais não é difícil, pois cada vez mais o capital é o fator que assume a prioridade, interferindo no tempo da família, da escola, das crianças, causando conflitos, pois cada ator ou entidade tem os seus modos de gerir e qualificar os seus tempos. (BARBOSA, 2006, p.141)

Saber gerir e qualificar é fundamental para se garantir o respeito ao melhor interesse da criança, tendo como objetivo a proteção aos direitos dela, tendo em vista a proteção integral e a prioridade absoluta das suas necessidades. A má gestão do tempo impacta na vida dos adultos, mas, principalmente, na vida das crianças que carecem de atenção e proteção, tendo em vista o seu estágio especial de desenvolvimento.

Por consequência, outros direitos fundamentais e sociais podem vir a ser afetados com as pressões sociais atuais e com o grau acelerado da vida e, conseqüentemente, das atividades, como o direito à saúde e à educação. Esses direitos sociais são considerados fundamentais para atingir o pleno desenvolvimento do indivíduo, sendo previstos igualmente no *caput* do Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

O conceito aceito mundialmente de saúde foi cunhado pela Organização Mundial da Saúde, a OMS, em 1946, e consiste em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946). Em uma análise comparativa com os direitos da criança e do adolescente, a previsão de atenção e cuidado com a esfera física, mental e social também é referenciada, tendo em vista a sua proteção integral, a prioridade absoluta e o seu melhor interesse.

Entretanto, há uma distinção bastante importante entre as previsões legais nacionais e internacionais quanto à abrangência, limitações e dimensões de recursos e aplicabilidades da saúde e a realidade da saúde no Brasil, por exemplo. Cabe aqui, a ponderação de Maria Elisa Villas-Bôas:

De fato, como ideal, a noção de uma plena satisfação física, mental e social é o objetivo buscado por qualquer indivíduo, consciente ou inconscientemente. O problema surge, entretanto, quando se passa a questionar a extensão de cada um desses elementos e a possibilidade efetiva de atingi-los ou, ainda, quando sua busca passa a ser, por si, uma fonte de patologias. (VILLAS-BÔAS, 2014, p.25)

A satisfação e o pleno gozo do direito à saúde depende de diversos fatores, pois as características do que significa o “completo bem-estar físico, mental e social” podem ser diversas. Entre a diversidade e discrepâncias entre as culturas, legislações, investimentos, a possibilidade de atingir o direito à saúde depende, também, de outras áreas da ciência como a medicina, odontologia, farmacologia, biologia, psicologia, serviço social, por exemplo.

Da mesma forma acontece com o direito à educação. Não raras às vezes restringe-se o direito à educação ao fato de ter acesso à escola, porém essa é a outra face do direito à educação. A educação possui relação próxima ao princípio da dignidade da pessoa humana, isso porque “a educação promove o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e da cidadania e contribui para construir a identidade social. [...] propicia o desenvolvimento de uma sociedade livre, mais justa e solidária, [...] atrelado a forte sentimento de solidariedade social.” (SOUSA, 2010, p.34)

Em sentido amplo, a educação atrelada à cultura, ao respeito, é considerada por Gomes (2011) veículo responsável de formação integral do ser, ultrapassando os limites territoriais, pois auxilia a compreender e difundir, por exemplo, a cultura dos direitos humanos. A essencialidade e “o raio de influência da educação não estão circunscritos à transmissão do conhecimento científico, mas, à transmissão de valores que permeiam o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como fundamento da igualdade, liberdade, justiça e paz no mundo.” (GOMES, 2011, p.46)

O acesso ao conhecimento científico consiste em uma faceta da educação, porém, com essa face, outros valores devem agregar a realidade educacional para que seja possível atingir o melhor resultado possível, dentro de cada realidade valorativa. Nesse sentido é que, cada vez mais, se faz necessário que o direito, em

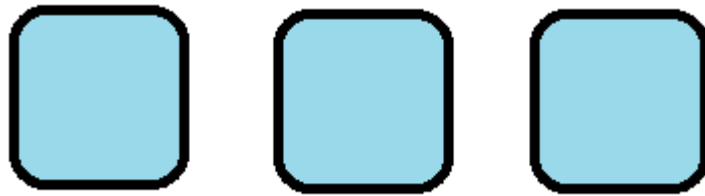
razão de suas previsões constitucionais, mantenha diálogo com outras áreas a fim de alcançar o objetivo primordial de fazer com que a sociedade tenha os seus direitos respeitados e possa fazer uso deles sem qualquer prejuízo físico, emocional ou social, garantindo o seu bem-estar e, assim, a sua qualidade de vida.

A sociedade atual é caracterizada, pela sociologia, como uma sociedade complexa e para abordar-se com mais propriedade ou, ainda, atingir o objetivo de maneira mais ampla, adequada e profunda, é necessário que as diferentes áreas atuem de forma conjunta a fim de que os temas, assuntos, facilidades e dificuldades sociais sejam tratados de maneira conjunta. A multidisciplinaridade, a interdisciplinariedade e a transdisciplinaridade configuram-se como métodos de abordagem entre as disciplinas.

Apesar de existirem diversas discussões sobre o tema, ainda existem noções divergentes quanto à conceituação precisa e fechada dessas abordagens disciplinares, tendo em vista que uma a uma possui um enfoque diferente. Porém, utilizar-se-á referências reconhecidas pela comunidade acadêmica quanto ao tema. De acordo com o entendimento de Almeida Filho (1997), a multidisciplinaridade é uma justaposição de disciplinas, ou seja, as disciplinas estudam uma temática comum, porém não há interesse em interação de conteúdo ou em níveis metodológicos entre as disciplinas.

O processo de funcionamento da multidisciplinaridade é que se tem disciplinas diversas trabalhando o mesmo tema, dentro da sua área de concentração. Assim, o resultado não terá uma resposta integrada, pois a multidisciplinaridade não altera a sua metodologia e, nesse sentido, as disciplinas não sofrerão alteração de conteúdo ou metodologia, pois são independentes entre elas.

De acordo com Domingues (2005), as principais características da multidisciplinaridade são “a) aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos; b) diversidade de metodologias: cada disciplina fica com a sua metodologia; c) os campos disciplinares, embora cooperem, guardam suas fronteiras e ficam imunes ao contato.” (DOMINGUES, 2005, p. 22). Pode-se, então, vislumbrar que a multidisciplinaridade possui a seguinte organização:



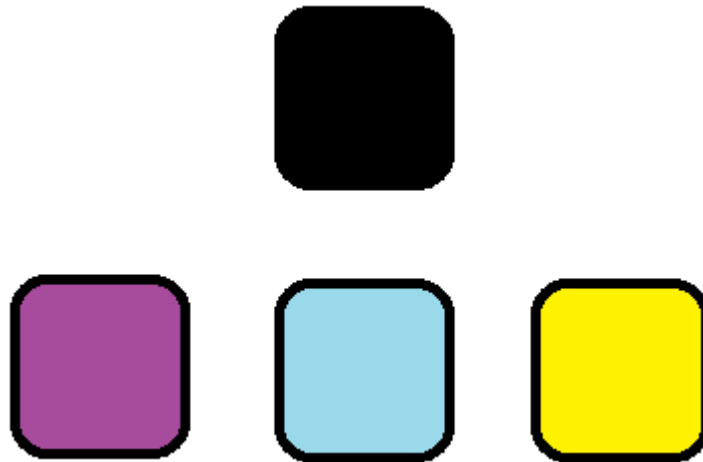
A figura representa diferentes áreas ou disciplinas, que tratam sobre o mesmo assunto, porém com metodologias, conteúdo e conhecimentos diversos, sem a necessidade de uma intervir na área da outra. Assim, a multidisciplinaridade configura-se como a forma de organização mais tradicional de conteúdos e disciplinas.

Outro método possível de abordagem do conhecimento é a interdisciplinaridade. Nela, o conhecimento ultrapassa a justaposição, percebida na multidisciplinaridade, trabalhando, então, com a ideia de reciprocidade entre os diferentes saberes. Sendo assim, “ao mesmo tempo que aprofunda a inteligibilidade deste ou daquele domínio do conhecimento, é capaz de situar o seu saber na totalidade do saber, isto é, no horizonte global da realidade humana” (GUSDORF, 2006, p. 56)

A interdisciplinaridade consiste na inter-relação entre duas ou mais áreas ou disciplinas, com a finalidade de relacionar seus conteúdos para aprofundar os níveis de conhecimento. Outro conceito bastante aceito na área da educação é o de que a interdisciplinaridade consiste em um

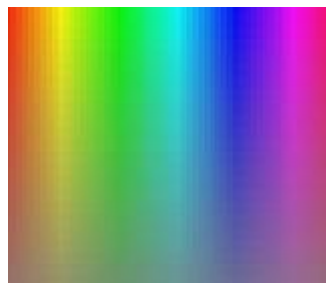
Método de pesquisa e de ensino susceptível de fazer com que duas ou mais disciplinas interajam entre si, esta interação podendo ir da simples comunicação das ideias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa (JAPIASSU; MARCONDES, 1993, p. 136).

É possível pensar que o método de abordagem de conhecimento interdisciplinar consiste em uma interação com conhecimentos diversos, porém de forma estruturada e coordenada, tendo uma metodologia comum a fim de integrar os conhecimentos. Cabe salientar que a base de interesse de cada área não se desfaz em razão desse intercâmbio disciplinar, ou seja, o foco de conhecimento específico de cada área permanece, porém são aprofundados com o auxílio de outras disciplinas. É possível vislumbrar a interdisciplinaridade assim:



Dos processos ou formas de conhecimento que foram citados, a transdisciplinaridade é o último a ser abordado, justamente por se compreender que é o mais alto grau de interligação entre as áreas ou as disciplinas. Em uma análise conceitual, refere-se que o prefixo *trans* o indica, diz respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de toda disciplina.

Sua finalidade é a compreensão do mundo atual, e um dos imperativos para isso é a unidade do conhecimento.”. (UNESCO, 1997) A transdisciplinaridade ultrapassa os limites das disciplinas, por atuar de maneira unificadora, permitindo, assim, que não haja limites exatos entre uma área ou disciplina e outra.



Na transdisciplinaridade não é possível identificar de maneira exata onde inicia o conteúdo ou a metodologia dessa ou daquela área ou disciplina, pois elas trabalham e atuam de forma conjunta e cooperada. A transdisciplinaridade é tida como o método adequado de teorias que atuam através de sistemas para a compreensão e o aprofundamento do conhecimento.

Em uma análise escalonada entre as três referências, temos que a multidisciplinaridade é, ainda hoje, a mais comum dentre os métodos de aquisição de conhecimento. A interdisciplinar exige uma atuação mais conjunta e organizada dentre as áreas e as disciplinas para que seja possível utilizar-se de conceitos pontuais de outras áreas com a finalidade de aprofundar o conhecimento em um determinado ponto.

E, por fim, mas ainda não estanque, a conceituação da transdisciplinaridade ainda é foco de discussões e ponderações no que refere a sua abrangência e aplicabilidade. Entretanto é uníssono que a transdisciplinaridade é o método mais alto de cooperação e relação entre as áreas e disciplinas, pois o conhecimento é a construção de conceitos de diversas áreas, porém sem distingui-las de modo fechado.

Entende-se, portanto, que é a necessária proteção da criança e do adolescente, no que tange os seus direitos, de maneira específica à saúde e educação, relativos, por exemplo, a medicalização abusiva, seja abordado de maneira interdisciplinar, tendo em vista que são necessários conceitos, métodos e protocolos de diferentes áreas das ciências. A forma interdisciplinar permite que o direito, a farmácia, a medicina, a psicologia, a pedagogia e o serviço social, entre outras áreas atuem de forma cooperada, com base nos seus pilares em um foco comum, a efetividade dos direitos das crianças e dos adolescentes, em respeito à prioridade absoluta.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DESAFIOS DA MEDICALIZAÇÃO

*Hoje é sempre o dia certo de
fazer as coisas certas,
de maneira certa.
Amanhã será tarde.
Martin Luther King*

Os direitos sociais também recebem a distinção de fundamentais tendo em vista a sua importância perante a sociedade. Desse modo, o capítulo terá como objetivo auxiliar na construção da compreensão lógica e evolutiva das previsões dos direitos sociais na legislação, especificamente, dos direitos à saúde e à educação. É de suma importância transportar esses direitos para o universo das políticas públicas, pois elas constituem instrumentos que visam possibilitar a maior efetividade desses direitos por parte do Estado em relação aos indivíduos.

O direito à educação no Brasil ainda não é considerado efetivo e abrangente da maneira esperada, conforme preceitua a Constituição Federal de 1988. Mesmo que já se tenha evoluído consideravelmente nos níveis de aprendizagem, principalmente nas áreas básicas, como português e matemática, o País não possui índices satisfatórios nas redes públicas de ensino. O ensino e a aprendizagem são apenas algumas facetas do direito à educação, porém que carecem de uma maior efetividade a fim de que as crianças e adolescentes atinjam os melhores níveis possíveis de desenvolvimento educacional.

O direito à saúde atravessou um processo de estruturação e reestruturação em razão das necessidades presentes no período de amadurecimento do Estado. Hoje, reconhecida como um direito fundamental social, a saúde conta com dispositivos constitucionais e legislações infraconstitucionais que preveem a sua organização, princípios e objetivos a fim de nortear as ações e serviços prestados pelo Poder Público. Compreende-se, fundamentalmente, que os direitos devem ser integrados a fim de garantir a melhor qualidade de vida, em amplo sentido, para as pessoas.

3.1 A educação como direito básico

A Constituição Federal de 1988, chamada também de Constituição Cidadã, deu um aporte importante na previsão de direitos caros ao Estado Brasileiro e à sociedade. A ampla previsão de direitos, caracterizados como fundamentais, foi muito bem

recebida pela sociedade, em razão do Brasil estar retornando à democracia, após mais de 20 anos de ditadura.

Os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 apresentam-se no Título II, intitulado “Dos direitos e garantias fundamentais”; no Capítulo I, “Dos direitos e deveres individuais e coletivos”; no Artigo 5º (BRASIL, 1988). Salienta-se, porém, que o referido artigo contempla um rol exemplificativo de direitos fundamentais e que esses não se limitam ao Artigo 5º, pois existem outros artigos ao longo do texto constitucional que fazem referências a direitos também fundamentais em relação à pessoa humana.

Os direitos que possuem o caráter da fundamentalidade são normas material e formalmente constitucionais. São formais porque integram o texto constitucional positivado do País e materiais em razão do cerne axiológico da ideia de Direito, presente nos dispositivos. (CANOTILHO, 2000, p. 354) Assim, os direitos fundamentais possuem aplicabilidade imediata, figurando como cláusulas pétreas.

A fim de garantir a proteção à dignidade da pessoa humana, os direitos fundamentais são configurados como um extenso catálogo de previsões que explicitam direitos das pessoas, e, subjetivamente, o dever dessas para com os direitos fundamentais de outras, mas principalmente em relação ao Estado, abarcando assim direitos políticos, direitos de nacionalidade e, também, os direitos sociais.

A necessidade de existência dos direitos fundamentais sociais ocorreu, muito, em razão do Estado de cunho Liberal, no âmbito da liberdade contratual, ou seja, as condições de trabalho em fábricas, minas e indústrias desrespeitavam muito a condição de dignidade. De acordo com a Constituição Federal de 1988, “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988) Todos esses direitos configuram-se como fundamentais para a aquisição ou manutenção da qualidade de vida e bem-estar.

Nesse sentido, Canotilho acredita que “os direitos sociais e os princípios socialmente conformadores significam, no atual contexto, a legitimação de medidas públicas destinadas a garantir a inclusão do indivíduo nos esquemas prestacionais dos sistemas sociais funcionalmente diferenciados.” (CANOTILHO, 2015, p.21) A referência aponta para a necessidade de reestruturação de um Estado Social, onde a inclusão social poderia ser, de fato, o cerne de funcionamento estatal e social. O autor afirma que necessita-se de uma reinvenção, razão pela qual apresenta críticas em

relação ao modelo passado de Estado Social, como a capacidade de possuir normativas, porém não apresenta condições de garantias.

Em consonância com a necessidade real de garantir os direitos, não se pode abandonar a ideia de aplicabilidade do texto constitucional, pois “o que torna a Constituição de um Estado verdadeiramente sólida e duradoura é o fato de as conveniências serem de tal forma observadas que as relações naturais e as leis estão sempre de acordo nos mesmos pontos” (ROUSSEAU, 1996, p.64), fazendo com que exista um sistema de retroalimentação, pois uma norma ratifica e assegura a outra, proporcionando um sistema constitucional estável. Sabiamente, Rousseau (1996) entendeu que não há como um sistema ser estável e efetivo socialmente se existem princípios divergentes, referenciando, por exemplo um princípio voltado para a riqueza e outro para a população.

Os interesses da sociedade, como o seu bem-estar e a sadia qualidade de vida, devem ser o ponto central das normas e dos princípios, tendo em vista que, em uma relação de comparação com o Estado, a sociedade é considerada hipossuficiente, necessitando da atuação do Estado para que seja possível gozar de direitos a ela assegurados. Uma das vertentes sociais que o Estado deve se fazer presente e garantir o pleno gozo é em relação ao direito à educação, previsto no *caput* do Artigo 6º.

Em razão dos direitos fundamentais e sociais previstos, bem como o respeito e a observância do princípio da dignidade humana, cabe referenciar que o “mínimo existencial é o marco definidor e inderrogável do conteúdo mínimo dos direitos fundamentais. [...] necessita de condições materiais para sua efetivação.” (SOUSA, 2010, p.31). A relação do princípio da dignidade da pessoa humana com o direito à educação é bastante próxima.

A proximidade apresenta-se através dos limites, de acordo com Ingo W. Sarlet (2015), que a dignidade da pessoa humana impõe, pois atua de duas formas, fundamentalmente, estruturantes. A primeira como limites dos direitos e a outra como limite dos limites, ou seja, preconizando que, ao menos, o mínimo existencial seja garantido à pessoa. Entretanto, Rousseau chamou a atenção para o fato de que quando “o vínculo social começa a afrouxar e o Estado a debilitar-se, quando os interesses particulares começam a se fazer sentir [...] o interesse comum se altera e encontra oponentes [...] e a vontade geral deixa de ser vontade de todos.” (1996, p.126)

O direito à educação não é, apenas, o ensino regular conhecido, como maternal, pré-escola, ensino fundamental, o ensino médio e o ensino superior. Essa é uma face do direito à educação, tendo em vista que contempla elementos culturais, de reconhecimento, de identidade, de personalidade e de pertencimento. Entende-se que “a educação tem a missão de conscientizar os seres humanos sobre seus direitos e apontar caminhos que permitam a efetivação da igualdade, liberdade, justiça e paz social para o exercício de uma vida digna.” (GOMES, 2011, p.44)

Em um breve apontamento histórico, quanto ao caminho do direito à educação a partir da primeira constituição, sabe-se que durante o período imperial, o acesso ao ensino superior era o objetivo das classes mais abastadas, que figuravam entre a aristocracia. (MOREIRA, 1960, p.64) O direito à educação na Constituição Imperial, de 1824, preceituava que a instrução primária seria gratuita, porém o entendimento do custeio da formação universitária era, culturalmente, da família ou da Igreja, muito presente nesse período. Mesmo com a gratuidade prevista, o índice de analfabetismo no período era de 85%. (HORTA, 2007, p.188)

Com a implementação da laicidade no Estado, na Constituição de 1891 houve o rompimento das amarras católicas com o Estado, direcionando o ensino para longe dos olhos da Igreja. Uma das ausências mais sentidas é que não há, com clareza, que o ensino primário ficara sob a responsabilidade do Estado, apontando apenas para os estabelecimentos públicos. A referência feita é que, no Artigo 72, § 6º, “será leigo o ensino ministrado nos estabelecimento públicos” (BRASIL, 1891).

Os assuntos pertinentes à educação passaram a integrar uma pasta conjunta, na década de 30, sob o governo do Presidente Getúlio Vargas, com a nomenclatura de Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, sendo possível perceber a forte ligação entre as áreas. E assim, nos anos que seguiram, a Constituição de 1934 trouxe alguns apontamentos importantes para a estruturação da educação no Brasil, com o objetivo de “traçar as diretrizes da educação nacional” (BRASIL, 1934) Uma das grandes críticas atuais, presente na Constituição de 1934, repousa no Artigo 138, alínea b, “estimular a educação eugênica. ⁵” Em seguida, no Artigo 149, o texto constitucional explicitou que:

5 De acordo com Simone Rocha, doutora em História da Ciência, com Pós Doutorado em História da Educação “A maioria dos autores que deixaram suas contribuições no Boletim de Eugenia, incluindo Kehl e Domingues, concordava que somente através da educação e de condições sociais favoráveis à população, não seria possível introduzir mudanças significativas na nação. A herança era mais importante. Sem uma “boa herança”, os efeitos da educação não seriam efetivos [...] O ideal de educação para boa parte dos eugenistas

A educação é direito de todos e deve ser ministrada, pela família e pelos Poderes Públicos, cumprindo a estes proporcioná-la a brasileiros e a estrangeiros domiciliados no País, de modo que possibilite eficientes fatores da vida moral e econômica da Nação, e desenvolva num espírito brasileiro a consciência da solidariedade humana. (BRASIL, 1934)

Com características constitucionais diversas quanto a origem, sendo outorgada, a Constituição de 1937 foi bastante direta no que tange as responsabilidades educacionais. Sendo assim, de acordo com o Artigo 125, a responsabilidade educacional e integral era, primeiramente, dos pais, sendo o Estado participante dessa sistemática educacional, caso a educação particular apresente deficiências ou lacunas. (BRASIL, 1937) De acordo com esses indicativos constitucionais, o orçamento da educação foi inexistente, ficando clara que em detrimento a Constituição atual, não era, naquele período, um direito de todos.

Na década de 40, alguns avanços foram feitos na área da educação, como as Leis Orgânicas direcionadas ao ensino primário, secundário, industrial e agrícola. Por ordem cronológica, em 1942, a Lei Orgânica do Ensino Industrial se tornou vigente através do Decreto-Lei n. 4.073 de 30 de janeiro. As finalidades básicas do ensino eram, principalmente, dar a formação de ofícios e técnicas industriais; e proporcionar uma qualificação profissional, ao invés de apenas diplomar ou habilitar.

Ainda assim, proporcionar cursos de aperfeiçoamento e especialização para os trabalhadores já diplomados e/ou habilitados e, por fim, divulgar os conhecimentos atuais daquele período. Observa-se, que no parágrafo único, há um cuidado com o aperfeiçoamento e a especialização de professores para algumas determinadas disciplinas. (BRASIL, 1942a)

O Decreto-Lei n.4.244, de 9 de abril de 1942, que tratou do ensino secundário, teve como finalidades formar a personalidade integral dos adolescentes; acentuar a formação espiritual dos mesmos, através da consciência patriótica e humanística, bem como preparar intelectualmente os adolescentes para que, futuramente, possam avançar para estudos de grau elevado e profundo. (BRASIL, 1942b)

estava associado à formação da consciência eugênica com o intuito de que os jovens não contraissem matrimônio com raças e classes sociais diferentes. Tinha em vista que os casais pudessem gerar filhos eugenizados em número maior que os degenerados. Para tal fim, seria necessário que os jovens contraissem matrimônio de forma antecipada, concorrendo para a formação de uma elite nacional. Ou seja, os jovens considerados eugenicamente sadios, deveriam ter filhos logo no início do matrimônio, de forma que o número de filhos fosse maior do que em casais degenerados, contribuindo assim para a formação do país. (ROCHA, 2018, p. 65-66)

Bem como os decretos-lei anteriores, a Lei Orgânica do Ensino Primário, de 2 de janeiro de 1946 – n. 8.529, tinha como principal finalidade proporcionar a iniciação cultural com o foco na vida nacional e nas virtudes Morais e cívicas. Por se tratar de ensino primário, as crianças de 7 a 12 anos receberam atenção especial a fim de se desenvolver uma formação equilibrada e, também, a sua personalidade. Outra finalidade condiz com a elevação dos níveis de conhecimento à vida na família a defesa da Saúde e a iniciação nas atividades laborativas. (BRASIL, 1946a)

No mesmo dia, 2 de janeiro de 1946, a Lei Orgânica do Ensino Normal - Decreto-Lei n.8.530, preceituou que as suas finalidades eram, naquele tempo, prover a formação pessoal do docente vinculado às escolas primárias, habilitar os administradores escolares e, ainda, desenvolver os conhecimentos voltados à educação da infância. (BRASIL, 1946b) Nesse mesmo ano, porém, em 20 de agosto, o Decreto-Lei n.9.613 abordou as diretrizes do ensino agrícola. Assim, as finalidades do ensino agrícola eram, de acordo com o Decreto-Lei, formar profissionais aptos para diferentes modalidades de trabalhos agrícolas, proporcionar aos trabalhadores agrícolas não diplomados instrumentos que aumentassem a sua eficiência e produtividade e, por fim, aperfeiçoar os conhecimentos e as capacidades técnicas daqueles trabalhadores agrícolas que já eram diplomados. (BRASIL, 1946c)

Seguidamente, a Constituição de 1946, de 18 de setembro de 1946, determinou, na alínea d, do inciso XV do Artigo 5º como competência da União, legislar acerca das diretrizes e bases da educação nacional. Outra referência importante sobre o direito à educação, nessa constituição, foi no Capítulo II, destinado à educação e cultura. Foi previsto que a educação “é direito de todos e será dada no lar e na escola. Deve inspirar-se nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana.” (BRASIL, 1946d)

Apesar de a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB, ter sido discutida por um longo período no Congresso Nacional e prevista ainda na Constituição de 1934, foi apenas em 1961 que a primeira LDB foi sancionada, sob a Lei n.4.024. (BRASIL, 1961) Foi entre o lapso temporal da Constituição de 1946 e a LDB de 1961, que, em 1953, a pasta da saúde recebeu maior autonomia e a educação e a cultura receberam a sigla de MEC, sendo, a partir daí, o Ministério da Educação e Cultura. Anos depois, em 1985, a cultura recebeu pasta própria e 7 anos depois, em

1992 o Ministério da Educação recebeu o Desporto para sua administração e, por fim, somente em 1995, a pasta passou a cuidar somente da educação. (BRASIL, 2016?)

Aponta-se ao fato que se analisarmos, comparando com a realidade atual, haverão críticas, porém, para aquele determinado momento, a LDB era compatível com a realidade social, correspondendo com os ditamos da constituição vigente, sendo considerada um marco quanto a direito à educação no País. Em diversas passagens a LDB retoma trechos expostos na Constituição de 1946, como sendo a educação direito de todos e dada no lar e também na escola. Dentre as questões abordadas pela Lei, ela tem por finalidade:

- a) a compreensão dos direitos e deveres da pessoa humana, do cidadão, do Estado, da família, e dos demais grupos que compõem a comunidade;
- b) o respeito à dignidade e às liberdades fundamentais do homem;
- c) o fortalecimento da unidade nacional e da solidariedade internacional;
- d) o desenvolvimento integral da personalidade humana e a sua participação na obra do bem comum;
- e) recursos científicos e tecnológicos que lhes permitam utilizar as possibilidades e vencer as dificuldades do meio;
- f) a preservação e expansão do patrimônio cultural;
- g) a condenação a qualquer tratamento desigual por motivo de convicção filosófica, política ou religiosa, bem como a quaisquer preconceitos de classe ou de raça.

A LDB de 1961 apresentou um caráter humanitário no decorrer de seu texto, referenciando de maneira recorrente, mesmo que de forma subjetiva, os direitos e deveres da pessoa, em um viés digno, com o exercício das liberdades em nome de um bem comum. A lógica tradicional, ou seja, a educação com ensino verticalizado estava se modificando, apesar das correntes conservadoras. Assim, a inovação era a liberdade de aproveitar o espaço e o tempo para que os alunos tivessem novas experiências de aprendizagem, que não somente a tradicional, professor – quadro – aluno.

Analisando a LDB com a legislação vigente, ela rompe com uma lógica enraizada quanto ao tratamento de assuntos pertinentes às crianças e aos adolescentes. A LDB, vigente a partir de 1961, divide o espaço infraconstitucional com o Código de Menores de 1927, que tinha como referência a Doutrina da Situação Irregular, que afastava o caráter protetional em relação às crianças e aos adolescentes, pois estes atores sociais eram tratados como problemas sociais.

Em um sentido positivo, no que tange às crianças, diretamente, a finalidade do ensino primário, a partir dos sete anos, tem por objetivo precípua o desenvolvimento

do raciocínio e de atividades que possibilitem as crianças atividades de expressão, bem como a interação com o meio físico e social. Nesse sentido:

O direito à educação, como pertencente à ordem dos direitos fundamentais, é essencial à ordem jurídica nacional. É um tipo de direito que ultrapassa o próprio sistema nacional. Essa superação do sistema nacional diferencia-se em dois aspectos: um substancial e outro sistemático. Os direitos fundamentais ultrapassam o sistema nacional de forma substancial porque, se eles devem fazer jus às exigências que lhes são estabelecidas, não de contemplar os direitos humanos. (SOUSA *apud* ALEXY, 2015, p.38) Palestra proferida por Robert Alexy na Fundação Casa de Rui Barbosa, Rio de Janeiro, em 10 de dezembro de 1998. Tradução informal de Gilmar Ferreira Mendes.

A atual Lei que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional é a n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, com a observância da Lei n. 10.870, de 19 de maio de 2004 que institui a “taxa de avaliação in loco das instituições de educação superior e dos cursos de graduação” (BRASIL, 2004), da ADIN 3324-7 de 2005, em que o Supremo Tribunal Federal julgou procedente por unanimidade, para que seja analisada e observada a natureza de origem da instituição como sendo privada ou pública, garantindo, assim, a matrícula do interessado. (BRASIL, 2005). Ainda assim, contempla-se a Lei n.12.061, de 27 de outubro de 2009, que alterou alguns incisos da LDB de 1996 a fim de assegurar o acesso de todos que tenham interesse no ensino médio público (BRASIL, 2009). Por fim, a Lei n.13.666 de 16 de maio de 2018 incluiu o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. (BRASIL, 2018)

Cabe salientar de imediato a amplitude que o Artigo 1º dá à compreensão de educação, sendo que a mesma abrange “os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.” (BRASIL, 1996) É possível analisar que o desenvolvimento e a formação dos indivíduos são fundamentais para a estruturação educacional do mesmo, integrando, a isso, os processos familiares e as relações sociais, não discriminando as práticas culturais a fim de que esse indivíduo consiga atingir o seu pleno desenvolvimento. Nesse sentido, os princípios que norteiam o ensino estão pautados, conforme o Artigo 3º da LDB, na:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

- II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;
 - III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas;
 - IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância;
 - V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
 - VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;
 - VII - valorização do profissional da educação escolar;
 - VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino;
 - IX - garantia de padrão de qualidade;
 - X - valorização da experiência extra-escolar;
 - XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais.
 - XII - consideração com a diversidade étnico-racial.
 - XIII - garantia do direito à educação e à aprendizagem ao longo da vida.
- (BRASIL, 1996)

Além do dever da família de possibilitar e garantir o acesso à educação é dever do Estado promover o direito à educação com ensino escolar pública através da educação básica, integrando a pré-escola, o ensino fundamental e médio, além de garantir atendimento especializado gratuito para educandos que possuem deficiência ou outras peculiaridades como superdotação. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional ainda explicita que é dever da esfera pública, bem como dos pais, zelar pela frequência à escola e, daqueles, efetuarem a matrícula na educação básica a partir dos 4 (quatro) anos. (BRASIL, 1996)

De acordo com a LDB, em seu Artigo 8º está previsto que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios organizarão, em regime de colaboração, os respectivos sistemas de ensino. Além de outras atribuições, o Plano Nacional de Educação será elaborado pela União, sendo que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios participarão de forma colaborativa. Aos Estados, dentre outras atribuições, caberá a elaboração e execução das políticas e planos educacionais, respeitando o Plano Nacional de Educação, fazendo a integração e coordenando as suas ações com as dos municípios. (BRASIL, 1996). Por fim, mas não menos importante, os Municípios estão incumbidos de:

- I - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino, integrando-os às políticas e planos educacionais da União e dos Estados;
- II - exercer ação redistributiva em relação às suas escolas;
- III - baixar normas complementares para o seu sistema de ensino;
- IV - autorizar, credenciar e supervisionar os estabelecimentos do seu sistema de ensino;
- V - oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas, e, com prioridade, o ensino fundamental, permitida a atuação em outros níveis de ensino somente quando estiverem atendidas plenamente as necessidades de sua área de competência e com recursos acima dos percentuais mínimos vinculados pela Constituição Federal à manutenção e desenvolvimento do

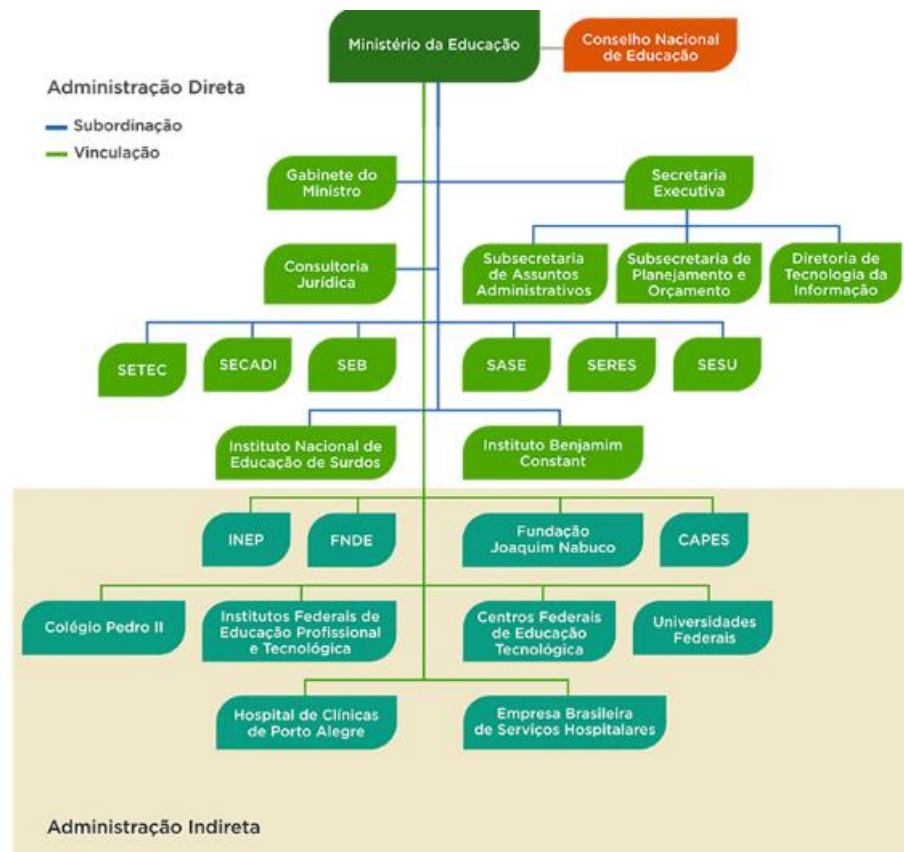
ensino.

VI - assumir o transporte escolar dos alunos da rede municipal.

Parágrafo único. Os Municípios poderão optar, ainda, por se integrar ao sistema estadual de ensino ou compor com ele um sistema único de educação básica. (BRASIL, 1996)

Os municípios são as esferas que possuem maior proximidade com o cidadão, com o morador, e para tanto possui fundamental importância na organização e nas formas de implementação e desenvolvimento das diretrizes previstas na LDB. Ainda assim, são desenvolvidas políticas com o objetivo de fomentar a efetivação de ações, serviços de atendimento que, por vezes, são consideradas deficitárias ou insuficientes.

O fundamento principal de políticas voltadas à educação origina-se no âmbito federal, mas nada impede que existam políticas, programas e/ou ações desenvolvidas em níveis menores, como nos Estados e Municípios. A nível federal, é fundamental compreender a estrutura da administração direta e indireta, ou seja, quais são os órgãos subordinados e vinculados e quais são as suas funções primordiais perante a efetivação do direito à educação em relação à sociedade. Nesse sentido, o Ministério da Educação se organiza da seguinte maneira:



FONTE: BRASIL. Estrutura Organizacional, 2016?a.

Para a área de desenvolvimento do estudo, chama-se atenção para duas secretarias, sendo a primeira delas a Secretaria de Educação Básica – SEB. Essa secretaria é responsável pela educação básica, fundamental e pelo ensino médio, buscando desenvolver habilidades do estudante que assegurem, durante o seu desenvolvimento, a formação para a cidadania e demais vertentes como a inserção no mercado de trabalho e/ou continuidade dos estudos. (BRASIL, 2014)

Com esse foco, a Secretaria de Educação Básica busca reduzir as desigualdades sociais através da educação sendo possível afirmar que a SEB tem como objetivo a emancipação do educando para que ele atinja o pleno e satisfatório desenvolvimento. Para que essa emancipação educacional e, conseqüentemente, pessoal e social seja possível, a SEB observa “os princípios da equidade e da valorização da diversidade, os direitos humanos, a gestão democrática do ensino público, a garantia de padrão de qualidade, a acessibilidade, a igualdade de condições para o acesso e permanência do educando na escola.” (BRASIL, 2014)

Além da Secretaria de Educação Básica, a compreensão da atuação de outra secretaria é fundamental para o entendimento do desenvolvimento do estudo, a

Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, também conhecida por SECADI. Essa Secretaria tem papel fundamental para as demais secretarias, tendo em vista que a mesma age de forma transversal, ou seja, aborda diretrizes e objetivos que devem permear e integrar a atuação de todas as demais secretarias e unidades do Ministério da Educação.

O cerne da SECADI é a “universalização e o efetivo exercício do direito à educação” (BRASIL, 2014a). Para tanto, temas como raça, cor, questões econômicas, questões de gênero, deficiências, indígenas, quilombolas devem ser integradas no sistema educacional buscando afastar o preconceito, a exclusão social e a marginalização dos envolvidos. Através desses focos, as políticas públicas são desenvolvidas a fim de facilitar a integração e o respeito entre as diferenças de indivíduos, evidenciando que a educação deve ser para todos sem qualquer distinção, promovendo a equidade e a inclusão de grupos que necessitam de atenção relativa às suas peculiaridades.

O direito à educação, com foco no ensino formal, ou seja, aquele desenvolvido em instituições reconhecidas que seguem as diretrizes da LBD de 1996 e suas atualizações, deve chegar de maneira integral até o educando que é o ator social principal de todo o movimento educacional. Desde o Ministério da Educação, a nível federal, até as escolas municipais que aplicarão as diretrizes, o direito à educação deve ser priorizado, com total observância aos direitos fundamentais sociais previstos na Constituição Federal de 1988.

É através do desenvolvimento educacional que o indivíduo vai atingir sua emancipação pessoal, social e profissional, sendo possibilitado a ele galgar um lugar na sua comunidade, como possuidor de uma dignidade humana de cunho educacional, com condições reais de atingir a plena e digna qualidade de vida. Para tanto, é imprescindível que o cuidado e atenção com o desenvolvimento educacional ocorra desde os primeiros anos.

3.2 O direito à saúde como elemento da dignidade social

O rol de direitos fundamentais presentes na Constituição Federal de 1988 refere o direito à vida como um dos, senão o principal, bens de salvaguarda do arcabouço jurídico. Destarte, existem diversas compreensões de analisar o direito à vida, pois, para alguns, de nada vale a vida se a realidade for estar em uma cama de

hospital em estado vegetativo, para outros uma vida sem conforto não tem muito valor. O que permeia essas avaliações é a concepção de cada um sobre no que consiste a dignidade, pois é ela, ao nosso entendimento, que traz o caráter axiológico aos direitos previstos na Constituição Federal de 1988.

O que é inseparável é que a garantia do direito à vida, em uma análise direta e biológica, perpassa pelo pleno gozo do direito à saúde, tendo em vista que a saúde compreende as faces física, mental e social, não se restringindo, apenas, a ausência de enfermidade. Até a conceituação atual, a saúde passou por diversos momentos, entre eles de reconhecimento, conceituação, reestruturação, momentos de cunho mais individualista e outros de cunho mais social.

Em uma breve análise histórica brasileira acerca da evolução do direito à saúde, sabe-se que, no início do século XIX, havia medidas, cujas finalidades eram prever a existência da saúde pública. Para tanto utilizou-se como bases doutrinárias principais para esse retrospecto os autores Ana Paula Oriola de Raeffray e Júlio César Ballerini Silva.

Tendo em vista a grande área litorânea do Brasil e a chegada de embarcações, foi criado, em 1809, o cargo de Provedor-mor de Saúde da Corte e Estados do Brasil a fim de assegurar que o Brasil não fosse acometido por contágio de enfermidades dos passageiros que chegavam, bem como controlar os alimentos. (RAEFFRAY, 2005, p.138-139) Cabe salientar que nesse período, precisamente a partir de 1810, havia exames para atestar se os profissionais poderiam exercer suas atividades, como os médicos e farmacêuticos.

Uma referência importante, da primeira constituição, é que a Constituição de 1824 previa a garantia de socorros públicos, presente no Artigo 159, inciso XXI (BRASIL, 1824), mas mantinha uma obscuridade se a saúde, na sua essência, seria pública ou privada. Porém, pondera-se que, de acordo com as indicações previstas no *caput* do Artigo, a saber “A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Imperio, pela maneira seguinte.”(grafia original), refere-se somente aos cidadãos e, assim, por analogia, as mulheres estariam excluídas dessa garantia, tendo em vista que adquiriram, de fato, o *status* de cidadã após a conquista do voto.

Nesse sentido, Ballerini ressalta uma análise peculiar de alocação de direitos relacionados à vida ou à saúde, na Constituição Política do Império do Brasil. Ele

analisou como a ausência de deferência para direitos tão fundamentais, tendo em vista que estavam postados ao lado das disposições transitórias da Constituição. (BALLERINI, 2009, p.66-67)

Doutrinariamente, entendeu-se que os socorros públicos faziam referência à saúde pública, mesmo que de uma forma precária. A saúde, durante o período da primeira constituição, passou por turbulências, como a febre amarela, a varíola e conseqüentemente, a necessidade de serviços de salubridade e higiene pública a fim de garantir que a população tivesse condições mínimas de saúde bem como a garantia de saúde da corte, ampliando os serviços de vigilância sanitária dos portos aos açougues. (BALLERINI, 2009, p.69) Tiveram ações relacionadas à saúde mental, dando início a era dos hospícios sendo que os demais enfermos eram encaminhados para instituições de cunho religioso, particulares em sua maioria, exonerando o Estado da salvaguarda da saúde desses. (RAEFFRAY, 2005, p.153-154)

Nos anos de vigência da Constituição de 1891, houve acontecimentos importantes, embora o texto constitucional não abordasse de maneira explícita as questões de saúde e vida. Sabe-se que, historicamente, as mudanças sociais acontecem, geralmente, por interesses econômicos e, nesse período, não foi diferente. A preocupação com a saúde foi evidenciada quando, de acordo com Ana Paula Oiola de Raeffray, as endemias e problemas de saneamento tomaram conta dos centros urbanos em razão do acúmulo cafeeiro, afastamento da mão-de-obra (2005, p.156) Porém, a Primeira Constituição Republicana, continuou não reconhecendo, de acordo com Ballerini, o *status* constitucional dos direitos à vida e à saúde. (BALLERINI, 2009, p.70)

O renomado Instituto Oswaldo Cruz, conhecido como referência em pesquisa no Brasil, foi denominado na vigência da Constituição de 1891, em 1908. A preocupação com as condições de salubridade, em razão do crescimento urbano, foi tamanha que foi implementada, em 1923, uma reforma ao atendimento à saúde, por Carlos Chagas. Na reforma, 30 dias para licença gestante e a proibição de trabalho por crianças menores de 12 anos em indústrias e fábricas. (RAEFFRAY, 2005, p.157)

Concorda-se com Ballerini (2009) quando afirma que a Constituição de 1934 também silenciou sobre o *status* constitucional do direito à vida e à saúde. O Artigo 5, inciso XIX, alínea c, referenciava que era de competência privativa da União legislar sobre assunto de cunho assistencialista voltado ao social. (BRASIL, 1934) Seguidamente, no Artigo 10, inciso II, cuidar da saúde e das assistências públicas era

competência concorrentes entre a União e os Estados. Salienta-se que o termo “saúde” aparece apenas uma vez no texto.

A assistência ao trabalhador também foi contemplada em 1934, como no Artigo 121, alínea h, que referiu a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, prevendo descanso antes e depois do parto, sem prejuízo salarial e do emprego, bem como cuidado a favor da velhice, invalidez em casos de acidente ou morte. (BRASIL, 1934). Além do Artigo 138 falar da educação eugênica, referenciado no tópico anterior, o artigo imputa a responsabilidade à União, Estados e aos Municípios garantir o amparo aos desvalidos, maternidade e infância e, ainda, socorrer as famílias de prole numerosa. (BRASIL, 1934)

A questão da proteção ao trabalhador é muito dignificada durante o governo de Getúlio Vargas, porém, há correntes que afirmam que essa proteção não detinha um cunho social puro, mas, sim, era revestido de uma política de cuidado a fim de proteger a relação capital – mão de obra – trabalho. Entretanto, é nesse período que o Brasil dá início à previdência social, contudo os avanços ocorreram somente a partir da Constituição de 1937. (RAEFFRAY, 2005, p.170)

Nessa Constituição, chama-se a atenção para o fato de que a saúde seria matéria de privativa da União e, em casos de deficiências da lei federal ou de casos locais, os estados também poderiam legislar. As previsões do trabalhador e da gestante foram mantidas. Acredita-se que a saúde era por vezes confundida com assistência social, enfatizando mais a última. Entretanto, ambas configuram uma via de mão dupla, sendo que as previsões quanto à saúde devem estar clarificadas no texto a fim de que a assistência social possa auxiliar a efetivação desse direito.

Já a Constituição de 1946, no que tange à saúde, muito se assemelhava a constituição de 1934. O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS surgiu em 1966, com a união dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, possibilitando um maior e melhor amparo aos segurados.

A assistência à saúde na Constituição de 1967 e suas Emendas era tratada, pontualmente, nos Artigo 8 e 165, reafirmando a competência da União para legislar sobre o assunto como o seguro e previdência social, bem como a defesa e proteção da saúde. (BRASIL, 1967) Em razão do momento de puro autoritarismo e imposições do período, de modo formal, os direitos foram mantidos, entretanto, materialmente, o exercício pleno não foi condizente com o texto, tendo em vista que tais direitos e suas garantias constituíam objetivo de lei ordinária. (RAEFFRAY, 2005, p.229)

Durante as décadas de 60 e 70, diversas posições e acontecimentos incidiram sobre a temática da saúde. As questões relacionadas com a medicina de grupo passaram a integrar os debates e agendas nacionais, pois, foi firmado, em 1964 o convênio da Previdência Social, criando empresas especializadas em medicina de grupo, referindo-se aos trabalhadores diretamente.

Em seu histórico, o Ministério da Saúde combateu, através de ações, a malária, doença de Chagas e a Febre Amarela. Porém, foi na década de 60 que a atenção para a relação entre a saúde e o desenvolvimento ganharam mais visibilidade, pois a:

desigualdade social, marcada pela baixa renda *per capita* e a alta concentração de riquezas ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panaceia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro, Estácio Souto-Maior, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social. (BRASIL, sd)

As despesas eram repassadas de acordo com os serviços oferecidos e escolhidos, contudo, os planos de pessoas jurídicas, dos quais o trabalhador era automaticamente parte, os custos eram repassados integralmente às empresas. Já os demais, em que há a divisão dos custos, a vinculação do trabalhador era opcional. (RAEFFRAY, 2005, p.231) Sinteticamente, diversas ações, de fato, foram tomadas durante o período, entretanto, pontuações sociológicas não foram consideradas.

Vislumbra-se, neste sentido, que a efetivação do direito à saúde é acompanhada por questões econômicas, mas também culturais da sociedade. As condições de saúde que ainda eram agravadas pelos baixos índices de renda *per capita*, impulsionavam negativamente a crise na saúde, propiciando que a população adquirisse doenças e enfermidades com dificuldades para a sua cura.

Do mesmo modo, refere-se às questões culturais em razão de que, à medida em que a sociedade percebe, como um todo, quais são as suas necessidades maiores, bem como as suas prioridades, enquanto qualidade de vida, o direcionamento do interesse público é demonstrado através de medidas como a formulação da Política Nacional de Saúde, através da Reforma Administrativa Federal de 1967, com base no Decreto-Lei n. 200. (BRASIL, 1967).

Sendo a saúde um direito e bem extremamente precioso ao indivíduo, para que esse tenha pleno gozo, a realidade desse deve ser analisada. Ou seja, quase nada vale, ou de nada, se a realidade econômica, social, laborativa e familiar não forem ponderadas de maneira previa. Cabe referenciar que:

Em 17 de junho de 1975 é regulamentado o Sistema Nacional de Saúde mediante a Lei n.6.229 (revogado pela Lei 8.080/90). A partir deste evento, a assistência à saúde se sobrepõe à Saúde Pública, passando-se a almejar pela universalidade no atendimento. O Sistema Nacional de Saúde é definido como: complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltado para ações de interesse da saúde e na qual são estabelecidos os campos de ação dos diferentes órgãos que integram o referido sistema. Segundo esse diploma legal, cabe ao Ministério da Saúde a formulação da Política Nacional de Saúde e a promoção ou execução de medidas preferencialmente de alcance coletivo [...] (RAEFFRAY, 2005, p.239)

Diante da já comentada inobservância da realidade social com os planos e ações propostos nesse período, a recessão instalou-se e uma grave crise econômica, por consequência, desestabilizou o modelo vigente e ruiu a Previdência Social. A fim de romper com essa realidade, movimentos começaram a serem feitos em na década de 80 findando o período com a promulgação do novo texto constitucional.

Em razão do retorno à democracia e ao afastamento do período de cunho autoritário, os movimentos voltados ao bem-estar, a qualidade de vida e a proteção relacionada aos direitos de caráter fundamental para a plena existência foram se tornando recorrentes no cenário nacional. Nesse sentido, as Conferências Nacionais de Saúde abordavam assuntos primordiais ao tema a fim de melhorar e desenvolver ações direcionadas em relação às necessidades percebidas.

Sabe-se que o texto constitucional sofreu e ainda sofre diversas críticas, sendo uma construção com a representação de diversos grupos da sociedade com objetivos específicos. Trata, por vezes, de assuntos que não condizem diretamente com assuntos constitucionais, que poderiam ser abordados, por exemplo, em legislações infraconstitucionais.

As constituições anteriores do Brasil, de modo geral, não trouxeram o direito à saúde, como caráter fundamental a manutenção da vida das pessoas. Tampouco, reconheceram a saúde um dos elementos primordiais para a dignidade humana. Em uma análise crítica, as questões relacionadas a saúde foram deixadas às margens das principais discussões, como outros direitos atualmente reconhecidos, em razão

de que o Brasil precisava assentar e definir as suas fontes de poder, como ele seria exercido e de qual seria o poder de cada representante.

Quer se dizer que o Brasil precisava se definir enquanto estado soberano organizado política, administrativa e socialmente, e, assim, preocupava-se com a saúde e com o assistencialismo, principalmente, quando havia ameaças de prejuízo à saúde dos trabalhadores e da mão-de-obra barata. Ainda nesse sentido, a possibilidade das doenças se descontrolarem, em razão da precariedade das práticas de higiene e vigilância sanitária, dizimando parte da população, era grande, pois, além dos navios que atracavam trazendo pessoas, a expansão urbana foi rápida e nem tanto controlada, e a industrialização cresceu, não sendo acompanhada estruturalmente a higiene e a vigilância sanitária.

Assim, a dignidade, através da saúde, não se fez presente em grande e boa parte da evolução temporal do Brasil. Os cuidados com a saúde foram tomando forma com o passar dos anos, tendo em vista que as enfermidades chegavam aos Brasil, em sua maioria, pelos portos, e que a população precisava do auxílio do Estado a fim de que as mesmas não virassem endemias ou pandemias, dizimando a população.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 teve um caráter social, apesar de críticas, bastante considerável se comparada com textos anteriores. Levando em consideração o momento findado, o texto constitucional representou um avanço social e político buscando a cidadania de fato. Em uma manifestação crítica, corajosa e verdadeira, Ulysses Guimarães escreveu que:

O homem é o problema da sociedade brasileira: sem salário, analfabeto, sem saúde, sem casa, portanto, sem cidadania. A Constituição luta contra os bolsões de miséria que envergonham o País. Diferentemente das sete Constituições anteriores, começa com o homem. Graficamente testemunha a primazia do homem, que foi escrita para o homem, que o homem é seu fim e sua esperança. É a Constituição Cidadã. Cidadão é o que ganha, come, sabe, mora, pode se curar. A Constituição nasce do parto de profunda crise que abala as instituições e convulsiona a sociedade. Por isso mobiliza, entre outras, novas forças para o exercício do governo e a administração dos impasses. O governo será praticado pelo Executivo e o Legislativo. Eis a inovação da Constituição de 1988: dividir competências para vencer dificuldades, contra a ingovernabilidade concentrada em um, possibilita a governabilidade de muitos. É a Constituição Coragem. Andou, imaginou, inovou, ousou, ouviu, viu, destróçou tabus, tomou partido dos que só se salvam pela lei. A Constituição durará com a democracia e só com a

democracia sobrevivem para o povo a dignidade, a liberdade e a justiça. (GUIMARÃES *apud* LIMA *et. al.*, 2013).⁶

Esse prefácio retrata os anos de abandono social do povo, e o caminho da indignidade da saúde, formal e constitucionalmente, é rompido. A Constituição de 1988 veio como um suspiro de esperança social para o povo, que acabava de se libertar de anos de inobservância com questões que servem como pilares para a dignidade, como a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho e a moradia, por exemplo.

A Constituição Federal traz em seu texto o Título II, que se refere aos “Direitos e Garantias Fundamentais”, sendo que os direitos sociais apresentam-se no Capítulo II. Porém cabe salientar que, como já mencionado anteriormente, o rol de direitos fundamentais e também sociais não são estáticos, nem mesmo exauridos nos Artigos integrantes das referências supracitadas.

A abrangência do direito à saúde não seria comportada por poucos incisos, levando em consideração que o direito à saúde se dê por prestações de caráter positivo por parte do Poder Público, mas também possibilitando a prestação de auxílio privado. A Constituição Federal de 1988 é taxativa, afirmando, em seu Artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e totalitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Nota-se que o texto da Constituição Federal de 1988 proporcionou um novo tratamento ao direito à saúde, tendo como base a instituição do Sistema Único de Saúde. A saúde passa a se de acesso total para todos que dela necessitassem.

Sendo que, seria disponibilizado um outro setor para os que tivessem condições e possibilidades de manter-se, o setor privado de saúde, através dos planos e seguros de saúde, bem como prevê a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 199, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. (BRASIL, 1988) De acordo com Paulo Faveret Filho e Pedro Jorge de Oliveira (1990), em um caráter crítico, o sistema privado era financiado e o setor privado migrava de um sistema contributivo para um universalista. (FAVERTE FILHO; OLIVEIRA, 1990)

⁶ Considerada uma edição muito rara, os primeiros vinte e cinco mil exemplares da Constituição Federal de 1988 vinham com esse texto de Ulysses Guimarães como Prefácio. Porém, com a escusa de que o texto, logo seu conteúdo, não havia sido votado, as demais tiragens passaram a não trazer o texto.

Esses fatores combinados culminaram na redução da qualidade nos serviços públicos, no aumento no tempo de espera e na redução na oferta de serviços. E o sistema privado, pelo contrário, refinou o atendimento, expandiu a oferta de serviço em razão da forma de financiamento. Porém as ações e serviços de saúde, mesmo que no setor privado não acontecerão sem a devida regulamentação, a fiscalização e o controle do Poder Público, conforme o Artigo 197, da Constituição Federal de 1988.

No que concerne o sistema público, a Constituição Federal de 1988 destinou alguns artigos para tratar da matéria em uma seara constitucional. Ou seja, o Artigo 198 prevê, prioritariamente, que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Além da previsão constitucional, a Lei Orgânica da Saúde, a Lei n.8.080 de 19 de Setembro de 1990, aborda precipuamente as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. (BRASIL, 1990b) De imediato, no 2º Artigo da Lei, a mesma ratifica a localização e a importância do direito à saúde, vista na Constituição Federal de 1988, sendo essa um direito fundamental, devendo o Estado, através de prestações de caráter positivo, garantir condições para seu pleno gozo.

A Lei n.8.080/90 também é taxativa em afirmar que o Sistema Público de Saúde, o SUS, consiste em um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990b) A fim de buscar efetivar a amplitude de ações, o legislador elencou três objetivos basilares para o SUS, sendo eles:

a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social [...] e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990b)

A legislação do Sistema Público de Saúde possui raízes na seguridade social a fim de universalizar o direito à saúde. O sistema de saúde pública, no Brasil, possui um caráter protecional, tendo em vista as mudanças ocorridas no processo de reconhecimento e a necessidade de garantia ampla e universal da saúde e não mais contributiva, sendo restrita para faixas sociais da população. Para tanto, os princípios do SUS são a universalização, a equidade e a integralidade.

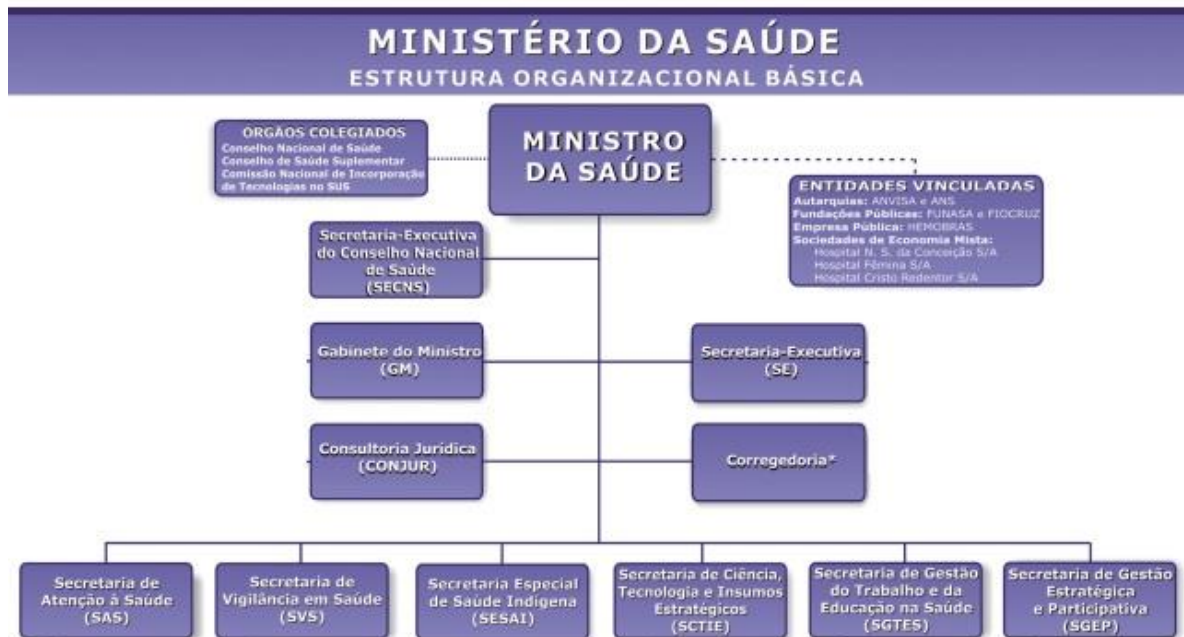
A universalização está relacionada com a compreensão de que o direito à saúde é um direito de cidadania, garantindo a toda e qualquer pessoa o acesso às ações e aos serviços, independentemente das características sociais e pessoais. A equidade pauta-se em reduzir as desigualdades, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, levando em consideração as necessidades e urgências de cada pessoa ou grupo social. E a integralidade significa que o atendimento será em relação ao todo, ou seja, integrando ações e serviços para que haja a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Aqui é onde a saúde pode articular-se com outras políticas públicas a fim de garantir o melhor bem-estar e qualidade de vida para as pessoas. (BRASIL, sd)

O SUS também conta com o setor privado, em casos determinados pela Constituição Federal, como o setor suplementar. Ou seja, somente em caráter de complemento ao oferecido pelo SUS o setor privado possui autorização para participar. Sinteticamente, quando o SUS tiver recursos insuficientes para dar assistência à população em um determinado segmento, abre-se a possibilidade do setor privado. Cabe salientar que a preferência é por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. (CANUT, 2013, p.22) Entretanto, cabe salientar que:

O sistema público, ao oferecer atenção integral, engloba também, procedimentos de alta complexidade ou inovadores, assistência farmacêutica e outros serviços não-cobertos pelo seguro privado de saúde. São tratamentos que, no financiamento do sistema público, concorrem por recursos com os demais níveis de atenção. Esse fato possui claras implicações sobre a equidade no acesso, em face da maior facilidade de acesso da população de mais renda, inclusive via judicial, a essas prestações de alto custo não-cobertas pelo setor privado e que competirão com a atenção primária no setor público, o qual atende basicamente a população excluída daquele mercado. (GLOBEKNER, 2011, p.154)

O Sistema Único de Saúde “operacionaliza a efetivação da política pública de saúde e compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal [...]” (BRASIL, 2014b, p.8) A política

pública de saúde está ancorada no Ministério da Saúde que possui a seguinte organização:



Fonte: BRASIL, 2014b, p.13. - Vide organograma completo ANEXO A

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, pela Lei n.1.920 de 25 de julho daquele ano, conjuntamente com a área da Educação, conforme explanado no item anterior. A fim de responder todas as suas atribuições e competências conta com algumas secretarias, até 2018, como a Executiva, a de atenção à saúde, a de gestão estratégica e participativa, a de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, a de gestão e trabalho e educação na saúde, a de vigilância em saúde e a secretaria especial de saúde indígena.

O direito à saúde, no Brasil, possui diversos focos de urgência para o melhoramento das ações e serviços. Sabe-se que a Lei n.8.080/90 possui um texto bastante completo e denso em uma análise legislativa, entretanto, na prática, o Sistema Único de Saúde possui muitas deficiências, seja por falta, em números, de recursos humanos, por falta de equipamentos, de material e insumos da saúde, fármacos entre outros.

Os reflexos da não efetividade do direito à saúde são percebidos em outros direitos, tendo em vista que o não acompanhamento de determinados sinais pode afetar a saúde física, mental, emocional e social da pessoa à luz do conceito de saúde

da Organização Mundial. Um dos direitos que podem ser afetados é o direito à educação, principalmente durante a infância e a adolescência.

3.3 A união da educação e saúde no Programa Saúde na Escola

Os direitos de saúde e educação são primordiais para o pleno desenvolvimento humano nas searas físicas, mental, emocional e social e, para tanto, são direitos previstos e garantidos constitucionalmente. Porém, existem casos em que a sociedade precisa de uma efetividade maior, célere e urgente visando o seu pleno bem-estar e o gozo dos direitos assegurados pelo Estado. Portanto, cabe a esse atuar estrategicamente com uso de instrumentos políticos e sociais a fim de que tais direitos sejam efetivados de forma satisfatória perante a sociedade.

O Estado faz uso de instrumentos objetivando alcançar o maior nível de efetividade quanto aos direitos à saúde e à educação, através das políticas públicas. Nas palavras de Maria Paula, as políticas públicas buscam “coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (BUCCI, 2002, p. 135). Cabe salientar duas questões quanto às políticas públicas.

A primeira questão é que não há um conceito unânime no que tange às políticas públicas e sim uma ideia central que norteia a sua conceituação. A segunda referência é que as políticas públicas não devem ser analisadas de maneira estanque, tendo em vista que “definir as políticas públicas como campo de estudo jurídico é um movimento que faz parte de uma abertura do direito para a interdisciplinaridade”. (BUCCI, 2006, p. 02) Ou seja, para a melhor efetividade da política pública, ela deve ser compreendida, estudada e implementada levando em consideração diferentes faces da realidade social.

As políticas públicas não podem ser analisadas de forma isolada, pois fazem parte de um contexto social que é, ao mesmo tempo, determinante e determinado pelas demandas da sociedade. Cabe ao Estado promover o desenvolvimento econômico, ao mesmo tempo em que deve assegurar o desenvolvimento social. E essa é uma das questões que provocam inquietações, pois é uma equação de difícil solução, mas que não é impossível de ser resolvida (COSTA; REIS. 2009, p.176).

Assim, o ciclo das políticas públicas conta com um aparato de diversas áreas da ciência e isso é fundamental para o real sucesso, ou seja, a maior efetividade da

política pública. Essa efetividade perpassa pelo viés acadêmico, porém necessita do viés prático, ou seja, como a política pública será implementada, qual é a fatia da sociedade que é foco da política pública, de que forma serão colhidos os resultados de efetividade da política pública, entre outros questionamentos.

Wilson Liberati adota uma posição mista no conceito de políticas públicas, compreendendo que o importante é conseguir contemplar a racionalidade com as prioridades coletivas. Ou seja, levando em consideração que haja um processo conjunto de:

escolha racional e coletiva de prioridades para a definição dos interesses públicos reconhecidos pelo Direito, que inclui, também, os princípios, diretrizes, objetivos e normas [...] visando coordenar os meios à disposição do Estado, e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Políticas públicas são metas coletivas conscientes e, como tais, um problema de direito público, em sentido lato. (LIBERATI, 2013, p.85-86)

Dessa forma, a política pública possui um processo de implementação a fim de evitar que recursos econômicos sejam desperdiçados sem alcançar a real efetividade. Para tanto, o ciclo de uma política pública consiste em 5 (cinco) fases ou etapas. A primeira refere-se à percepção e a identificação do problema; a segunda fase consiste na inserção na agenda política; a terceira etapa é a formulação da política pública; a quarta fase é a implementação da mesma; e a última consiste na avaliação da política pública. (SCHMIDT, 2008)

O mesmo entendimento das etapas das políticas públicas é compartilhado por Joan Subirats (2008), compreendendo que as fases devem consistir em identificar o problema; inserir tal demanda na agenda política; formular a política pública, implementar e avaliar. Nota-se que a compreensão de Schmidt e Subirats é praticamente a mesma.

Além do entendimento de João Pedro Schmidt e Joan Subirats, outros autores seguem a mesma linha de compreensão de que as políticas públicas possuem 5 (cinco) etapas. Antoni Fernández (2008) diverge um pouco do entendimento de Schmidt, porém, de modo geral, entendem que a lógica é a mesma. Para Fernández, o ciclo comporta a identificação do problema, a elaborar uma solução, tomar a decisão, executar as ações e, por fim, avaliar os resultados.

O autor Klaus Frey (2000) reconhece também 5 (cinco) fases. Diferentemente de Schmidt e Fernández, o autor aglutina algumas fases expostas pelos autores

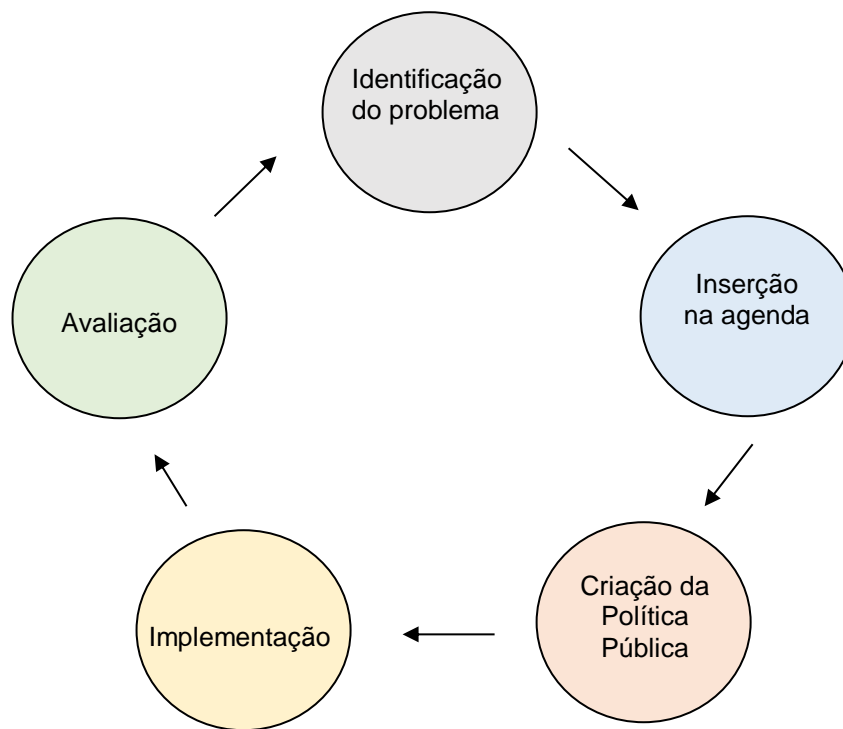
anteriores, evidenciando outras etapas. Para ele as cinco fases das políticas públicas são divididas em: compreender e definir o problema, inserir na agenda, elaborar os programas e tomar a decisão; implementar a política pública; avaliar a mesma e corrigir o que está equivocado. A grande diferença da compreensão de Klaus Frey é propor que se corrijam os erros ou equívocos a fim de tornar a política pública mais efetiva.

Cabe salientar que da mesma forma que há diversos conceitos sobre políticas públicas, a interpretação de cada autor varia quanto ao número de fases necessárias para compor o ciclo de uma política pública. Assim, existem autores que reconhecem 6 (seis) ou 7 (sete) fases. Gianfranco Pasquino (2010), Marta Rodrigues (2010) e Celina Souza (2006) afirmam que são necessárias seis etapas para que o ciclo de uma política pública esteja completo.

Para Gianfranco Pasquino (2010), a identificação do problema, a inserção na agenda, a discussão das possibilidades, a decisão, a execução da política pública e a avaliação compõem o ciclo da política pública. Para Marta Rodrigues (2010), o cerne é mantido, havendo, apenas, algumas leves diferenças, pois as seis etapas contam, primeiramente com a decisão política, a inserção na agenda, a formulação da política pública, a implementação, o monitoramento e a avaliação. Já Celina Souza acredita que o ciclo ideal deve definir na agenda a inserção de uma política pública; vislumbrar as alternativas possíveis, avaliar essas alternativas, escolher a melhor alternativa, implementar e avaliar.

As sete fases no ciclo de uma política pública são remetidos à compreensão de Henrique Saraiva (2006) e Leonardo Secci (2010). O primeiro aponta que o ciclo deve inserir, primeiramente, na agenda, delimitar um problema, identificar uma alternativa, planejar a execução, executar, acompanhar e avaliar. Já Leonardo Secci (2010) entende que é fundamental identificar o problema, formar a agenda da política pública, pensar em alternativas, tomar a decisão, implementar, avaliar e extinguir a política pública.

Entende-se que, por mais que haja divergências e distinções entre as etapas das políticas públicas, há etapas fundamentais que podem aglutinar outras etapas. Assim concorda-se com os autores que compreendem o ciclo das políticas públicas da seguinte maneira:



Referencia-se que cada fase do ciclo das políticas públicas possui fundamental importância para que a política pública tenha alcançado seu objetivo máximo, ou seja, para efetivar direitos garantidos constitucionalmente ao final do ciclo. Dentre os direitos explicitados na Constituição da República Federativa do Brasil, estão os direitos à saúde e à educação, demonstrando que o Estado Social manifesta-se através das políticas públicas. (LIBERATI, 2013, p.86) Esses instrumentos são implementados com base nas pastas específicas, no caso, alocados nos Ministérios da Saúde e da Educação.

As políticas públicas que abarcam a saúde e a educação, bem como a habitação e a previdência social são chamadas de políticas sociais, em referência ao Estado Social. Porém, além da política pública de caráter social, existem a macroeconômica, a administrativa e a específica ou setorial. A macroeconômica tem relação com as áreas fiscal, monetária, cambial e industrial. A política pública de caráter administrativo versa sobre a democracia, a descentralização e a participação social. E, por fim, mas igualmente importante, a política específica ou setorial que discutirá e implementará ações sobre o meio ambiente, a cultura e os direitos humanos. (DIAS; MATOS, 2012, p17)

A Política de Saúde afirma que é dever do Estado, mas também das pessoas e das famílias, das empresas, garantir o direito à saúde, porém cabe ao Estado, em razão das prestações positivas, formular e executar políticas que assegurem o amplo acesso aos serviços e ações relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990)

Da mesma forma, aplica-se a necessidade de efetivação do direito à educação, que está intimamente ligado ao direito à saúde. Na separação ocorrida em 1953, a sigla, ainda utilizada atualmente, surgiu justamente em razão da autonomia dada à saúde, pois surgiu o Ministério da Educação e Cultura – MEC. A década de 60 foi fundamental para a melhor estruturação do sistema educacional no País, tendo em vista que, até então, o ensino era todo centralizado, e a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, em 1961, os órgãos estaduais e municipais receberam maior autonomia (BRASIL, SDb).

Somente no ano de 1995 o Ministério ficou restrito à área específica da educação e, em 1996, nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, ainda vigente, foi implantada. A Lei 9.394/96 afirma que “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. (BRASIL, 1996)

A principal questão que deve ser observada na implementação das políticas públicas é a legalidade (LIBERATI, 2013, p.87). Nesse caso, cabe fazer um contraponto com o pensamento de Norberto Bobbio, os direitos humanos podem, mas não devem ser justificados e sim realizados (BOBBIO, 1993, p.23). Ou seja, se as políticas públicas repousam em princípios constitucionais e normas de direito fundamental formalmente reconhecidas, devem ser materialmente aplicadas de forma imediata.

Cabe ressaltar que as políticas públicas não são leis, porém devem conviver harmoniosamente com elas, pois é com base nas leis que a política pública irá ser organizada. (LIBERATI, 2013, p.94) De igual forma, as políticas públicas não estão presentes no texto constitucional, contudo ali há direitos que serão, por vezes, efetivados através de políticas públicas.

O instrumento das políticas públicas não possui uma formatação ideal, além de contar com a legalidade, que deve estar presente em todas as políticas públicas. A formatação ideal é aquela que leva em consideração a realidade social, as

necessidades da comunidade, os custos e o tempo para que determinado direito seja efetivo de maneira satisfatória. Assim, não existe uma forma correta ou ideal de política pública.

Mesmo que não tenham uma formatação ideal, algumas características são aspectos fundantes das políticas públicas. De acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento – o BID, as características que colocam em xeque a qualidade da política pública são: estabilidade, adaptabilidade, coerência e coordenação, qualidade da implementação, implementação efetiva, consideração do interesse público e eficiência. (2007, p.17)

A fim de que as políticas públicas completem o ciclo, observando as características expostas, dentro do seu tipo de política pública, os atores sociais envolvidos também são uma parte fundamental da política. O quadro abaixo demonstra a gama de atores sociais que fazem com que a política se torne efetiva à sociedade:

ATORES	DESCRIÇÃO
Atores fundamentais	Políticos e alta equipe administrativa. Presidente, governadores, prefeitos, ministros, secretários, senadores, deputados e vereadores.
Partidos Políticos	Tanto os de situação quanto os de oposição.
Equipes de governo	Pessoas nomeadas para integrar equipes que assessoram os políticos
Corpo técnico	Burocracia, constituída por funcionários de carreira.
Juízes	Poder judiciário
Mídia	Veículos de comunicação de massa (jornais, rádios, TVs e Internet)
Empresas	Corporações transnacionais, pequenas e médias empresas.
Sindicatos e associações profissionais	Organizações sindicais e de representação profissional.
Organizações do terceiro setor	ONGs, entidades filantrópicas, fundações
Atores do conhecimento	Escritórios de assessoramento legislativo, institutos vinculados a

	partidos políticos, organismos internacionais, centros de pesquisa.
Grupos de pressão	Conjunto de indivíduos que procuram defender seus interesses junto aos órgãos de governo.
Movimentos sociais	Movimentos de curta duração com objetivos bem determinados.
Associações comunitárias	Sociedades de amigos de bairros, associações representativas de comunidades territoriais específicas (quilombolas, caiçaras, ribeirinhos etc.)

FONTE: DIAS; MATOS, 2012, p.44

Sabe-se que, para uma política pública ser executada, além de todos esses apontamentos, deve haver um planejamento e uma gestão orçamentária. Assim, a política pública conta com instrumentos capazes de tornar viável a execução de todo o ciclo. Nesse sentido, há o Plano Plurianual - o PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - a LDO, a Lei de Orçamento – a LOA e, no município, que é o foco deste estudo, há o Plano Diretor, tendo em vista que o planejamento deve atingir todas as esferas (federal, estadual e municipal) a fim de que a política pública seja desenvolvida por projetos, programas e ações que são necessárias em determinadas localidades.

A fim de garantir uma melhor qualidade de vida, protegendo e salvaguardando os interesses das crianças e adolescentes, duas esferas de direitos sociais fundamentais perceberam os importantes reflexos que se originariam unindo-se em prol dos direitos à saúde e à educação. Ou seja, oriundo da compreensão que as políticas de saúde e de educação são independentes, porém harmônicas entre si, percebeu-se a necessidade de desenvolver um programa que unisse a saúde e a educação em prol da efetivação de direitos fundamentais sociais.

Foi através dessa união que, como resultado, foi instituído, em 05 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola – PSE, através do Decreto n. 6.286 (BRASIL, 2007). Porém, salienta-se que tal programa é destinado apenas para crianças, adolescentes, jovens e adultos de educação pública. O programa funciona da mesma forma como os demais programas das políticas específicas de saúde ou da educação; entretanto, por se tratar se uma união de políticas, possui algumas especificidades. Observando a delimitação para o direito à saúde e à educação de crianças e

adolescentes, o programa necessita que a escola pública fique permanentemente monitorando estes sujeitos de direitos a fim de haver um diálogo próximo com a Rede Básica de Saúde, ou seja, promove um diálogo contínuo entre as duas áreas.

Um dos objetivos do Programa Saúde na Escola consiste em promover a saúde e a educação integral. Segundo o Portal da Saúde, do governo Federal, “O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.” (BRASIL, S/c).

Nessa lógica de proteção e formação integral, o Portal do Ministério da Educação – MEC expõe que “o PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública” (BRASIL, S/d). O Programa Saúde na Escola possui mais alguns objetivos primordiais para a sustentação do programa. Esses componentes consistem em focos centrais para o desenvolvimento do Programa que uniu a saúde e a educação. Nesse sentido, os objetivos são:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e a suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2017).

Nota-se que não de forma explícita e sim de forma subjetiva o princípio da proteção integral se faz presente, tendo em vista que configura, no primeiro componente, questões relacionadas às crianças e aos adolescentes, fazendo com que a sociedade e os demais envolvidos compreendam que a atenção, a proteção, a recuperação e a salvaguarda dos interesses desse grupo de direitos especiais é fundamental. Para o melhor desenvolvimento do programa, o mesmo contará com uma área da medicina, da enfermagem e da odontologia, por exemplo, que, anos

atrás, era mais utilizada: a saúde da família. Nessa área, os profissionais acompanhavam o histórico de toda a família com o apoio psicossocial do desenvolvimento do indivíduo.

4. O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E AS CONSEQUENCIAS DA MEDICALIZAÇÃO ABUSIVA

*Curiosidade, entusiasmo e paixão
pela vida são aspectos normais
da saúde perfeita.
Deepak Chopra*

Ao modificar-se ao longo dos anos, a sociedade fez com que os estudos também fossem aprimorados para que as novas doenças, enfermidades, moléstias, transtornos e síndromes fossem diagnosticados e tratados. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH está presente há décadas na sociedade, porém ainda está em fase de descobertas e readequações. Consiste em um transtorno que, se não tratado, causa prejuízos no desenvolvimento do ser humano, pois se manifesta ainda na infância, acompanhando-o durante a vida.

Para que haja uma melhora na qualidade de vida, em relação ao pleno desenvolvimento, há casos em que existe a indicação do tratamento medicamentoso, à base do metilfenidato para o TDAH. O medicamento age no Sistema Nervoso Central como potencializador das ligações sinápticas, através dos neurotransmissores como a dopamina e a noradrenalina.

A medicalização é considerada, por vezes, abusiva, levando em consideração o grande aumento na utilização do metilfenidato. Nesse sentido, fatores como a pressão social e a segurança potencializam a utilização indiscriminada do medicamento. Entretanto, pesquisas feitas apontam para um aumento considerável por crianças e adolescentes quanto ao uso da Ritalina, por exemplo.

4.1. Conhecendo o TDAH

A sociedade cada vez mais possui e mantém relações sociais que devem ser rápidas e urgentes para se manterem no cotidiano das pessoas. São raros os casos em que ainda existe a troca de cartas ou telegramas entre as pessoas para que se comuniquem e saibam o que se passa uma com a outra. Atualmente, os celulares com os aplicativos de mensagens, as redes sociais e os e-mails resolvem todas essas questões em instantes, facilitados pela *internet*.

Caso alguém não seja adepto à utilização desses instrumentos, vai sendo deixado às margens dos grupos sociais, onde, hoje, é o canal de manutenção das relações sociais. Se Zygmunt Bauman refere-se à liquidez dos tempos, amores e medos, por exemplo, podemos dizer que se vive em tempos gasosos, onde há uma extrema dificuldade em fazer com que as coisas ao redor durem, como o tempo e as relações.

Assim, a *internet* é uma ferramenta facilitadora de diversas questões, por exemplo, da comunicação, da aproximação de pessoas, das pesquisas rápidas entre outras coisas. Falando em saúde, é corriqueiro fazer ou ouvir que alguém fez uma pesquisa na *internet*, inserindo o que entende por sintomas e ir à consulta médica já com o “diagnóstico”.

Além disso, com o tempo, com a diversidade de comportamentos e com o aprofundamento dos estudos, o catálogo de doenças, enfermidades, afecções e moléstias aumentaram. De igual forma, os transtornos também foram especificando-se e não são tão abrangentes como em tempos passados, sendo específicos para cada necessidade ou especificidade.

Na literatura, bem como no dia-a-dia na saúde, especificamente na área médica, o traquejo com essas terminologias é bastante comum. Entretanto, para a maioria das pessoas, uma expressão é sinônima da outra, ou seja, tanto iria fazer se é uma doença ou uma enfermidade, pois não possuíam o conhecimento específico para diferenciar uma da outra. Originalmente, as expressões não possuem o mesmo significado. (REZENDE, 2014, p. 386)

Na literatura clássica médica, Miguel Couto (1936) afirma que o termo doença consiste uma questão genérica, tendo como significado o desvio do estado normal. Já a moléstia é o conjunto de fatores que são influenciados por uma mesma causa. A afecção é semelhante ao conceito de moléstia, sendo o conjunto de fenômenos que dependem de uma mesma causa. Por fim, o autor entende que enfermidade é o desarranjo na disposição material corporal. Para Joffre Marcondes de Rezende, professor emérito da Universidade Federal de Goiás, os significados consistem em:

Afecção expressava as modificações sofridas pelo organismo resultantes da ação de uma causa; doença traduzia o sofrimento, a dor que acompanha os estados patológicos; enfermidade caracterizava o enfraquecimento, a debilitação do organismo e moléstia refletia a sensação de desconforto e mal-estar que acompanha o estado mórbido. (REZENDE, 2014, p.386)

Atualmente, algumas palavras caíram em desuso e a tentativa de manutenção das diferenças são infrutíferas não sendo vislumbrado na prática uma grande diferença. (REZENDE, 2014, p. 386). Além dessas terminologias, outras duas vêm sendo bastante utilizadas pela sociedade: transtorno e síndrome.

Sabendo que a doença define-se basicamente por ter causas, alterações fisiológicas e sintomas bem definidos, o transtorno e a síndrome possuem importantes diferenças. De acordo com o Núcleo Paulista de Neuropsicologia Aplicada - NPNA, chama-se síndrome “toda aquela condição patológica que não possui ainda uma causa definida. Um exemplo é a Síndrome de Guillain Barré, que não tem apenas uma causa apontada, mas, sim, um conjunto de sintomas que a determinam.” (NPNA, 2016)

A síndrome consiste em um “estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, e que pode ser produzido por mais de uma causa”. (COSTEIRA, 2002) Geralmente, as causas que levam a pessoa a ter uma síndrome não são conhecidas, como por exemplo, a Síndrome de Down. Sabe-se que a síndrome se manifesta pela trissomia do cromossomo 21, porém não se tem conhecimento do que causa essa trissomia. Se, a causa, os sinais e os sintomas fossem específicos, poderia ser classificada como doença.

Há também que diferenciar as terminologias sinais e sintomas, que repetidas vezes são utilizadas como sinônimas. Sinais são indicações “de uma desordem particular que é observada pelo médico, mas nem sempre aparente ao paciente.” (BMD, 1990, p.394). Os sinais clínicos são percebidos pelos médicos e nem sempre são identificados pelos pacientes, ou seja, um terceiro pode perceber sem que haja um relato. Por essa analogia, os recém nascidos são tratados, quando necessário, pelos sinais que apresentam, como diarreia e edemas. Os sinais possuem caráter objetivo.

Os sintomas referem-se à indicação de doença ou desordem noticiada pelo próprio paciente (BMD, 1990,p.423), como dores, ansiedade, palpitação, náusea. Esses fatores, geralmente, são apontados no momento da anamnese, de acordo com a sensibilidade e percepção do paciente. Os sintomas são de caráter subjetivo, pois dependem do relato do paciente.

Já o transtorno se refere às alterações psicológicas e/ou mentais que afetam a saúde cognitiva. Essas alterações prejudicam o pleno desenvolvimento, comprometendo a vida do indivíduo, e podem causar sofrimento ou comprometimento

das ações ou da personalidade. (NPNA, 2016) Assim, a principal diferença da síndrome para o transtorno é que este tem como consequência o abalo na ordem psicológica e mental. Há diversos transtornos conhecidos como o Transtorno de Personalidade, o Bipolar, o Obsessivo Compulsivo, esse último mais conhecido como TOC, e há também o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o TDAH.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade recebeu maior atenção da sociedade e da mídia nos últimos anos, pois qualquer comportamento diverso da criança ou do adolescente fazia com que os pais e professores comesçassem a analisar e a procurar nas crianças sinais e sintomas que os enquadrassem em um diagnóstico de TDAH. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade não é considerado uma doença, pois, de acordo com o conjunto de classificações e diagnósticos *Classificação Internacional de Doenças*⁷, o TDAH é classificado como “Distúrbios da Atividade e da Atenção” (CID10,1989).

Outro conjunto de padrões para a classificação do TDAH utilizado é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*, que está na versão DSM-V, considerado o principal e mais importante documento da psiquiatria mundial, e aponta 9 sintomas de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade, sendo estes divididos em 2 grandes grupos: problemas comportamentais, como hiperatividade e impulsividade; e sintomas de déficit de atenção. O Prof. Dr. Paulo Mattos explica que:

O ponto-de-corte para o diagnóstico, isto é, o número de sintomas acima do qual se faz o diagnóstico, também permaneceu o mesmo (6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade). [...] Todos estes sintomas, para serem considerados clinicamente significativos, devem estar presentes pelo menos durante 6 meses e serem nitidamente inconsistentes com a idade do indivíduo (ou seja, ser muito mais desatento ou inquieto do que o esperado para uma determinada idade) (MATTOS, 2013).

Ou seja, é com base nos sinais e sintomas que, através de exames e acompanhamentos, o diagnóstico será dado. Mas, antes de abordar-se o TDAH diretamente é preciso entender a complexidade do transtorno que orbita sobre a

⁷ A manutenção da atualidade de uma classificação de saúde é uma enorme e necessária tarefa. Uma classificação de saúde digna de crédito deve: prover uma linguagem comum para clínicos e administradores; estar receptiva a novos processos de doenças; acomodar evidências emergentes de etiologias de doenças conhecidas, novas tecnologias e procedimentos cirúrgicos. [...] O ciclo de atualização recomendado passa a ser: lista tabular: a cada três anos para as atualizações principais (*major*), anual para atualizações secundárias (*minor*); índice: anualmente para alterações que não impactam na estrutura da lista tabular (BRASIL, SD “a”).

atenção. Quando se fala a respeito da atenção, é importante saber que existem diversos tipos de atenção, tendo em vista que ela possui diversas fazes, ou seja, a atenção dada a uma criança durante uma brincadeira é diferente da atenção para assistir a um jogo de futebol no estádio.

A atenção é a capacidade de selecionar uma ou mais informações dentro de uma gama, ou seja, um “asseguramento dos programas seletivos da ação e a manutenção de um controle permanente”. (LURIA, 1991, p.1) De acordo com o autor, existem 3 processos para se falar de atenção. O primeiro processo é o volume, que consiste na quantidade de estímulos que podem ser conservados. A estabilidade consiste na duração que os estímulos são o centro da ação, e, por fim, as oscilações que é a capacidade de focar em uma coisa, desfocar e focar novamente.

Ainda sobre as importantes definições de Alexander Luria (1991), o autor entendeu que existem dois tipos de atenção, a voluntária e a involuntária. Rita Signor e Ana Paula Santana descrevem a atenção voluntária, também chamada de arbitrária, como sendo um “processo desenvolvido pela interação social mediada pela linguagem (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.25). Há que se dizer que é um processo cultural, pois cada cultura possui nomes para determinados objetos (*mandiona versus macaxeira versus aipim*) ou tipos de chamamentos (*tu versus você*). Atenta-se para:

[...] uma ressalva para um aspecto cultural do processo atencivo. Um grupo de sujeitos pertencentes à mesma cultura dirige a atenção de certo modo e não de outro. Isso leva a entender porque olhos azuis não chamam tanta atenção na Alemanha ou na Áustria, mas são muito atraentes em países da África e Ásia. Do mesmo modo, cabelos azuis, verdes e roxos podem passar despercebidos na Austrália, mas atrair a atenção de povos que não estejam habituados a tanta diversidade. Pessoas do mesmo sexo caminhando de mãos dadas quase sempre ficavam em evidência, mas em decorrência da “naturalização” das relações homossexuais não são mais alvo de tanta atenção. Entende-se, assim, que o fator histórico-cultural é parte inerente da atenção voluntária. (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.26)

Quanto à atenção involuntária, qualquer coisa é motivo de desfocar a atenção e focar em outra coisa. Para ficar mais evidente e claro, teremos como cerne para a análise um bebê. Os reflexos dos bebês vão sendo lapidados ao longo do seu desenvolvimento, assim, os primeiros sinais de manifestações referem-se aos barulhos se um brinquedo faz barulho, geralmente, o bebê direciona a sua cabeça para onde ele acredita que está vindo o barulho. “A tenção involuntária representa apenas um reflexo dirigido a estímulos fortes ou novos, que atraem o olhar. (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.27)

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade possui dois entendimentos, a organista e a histórico-cultural. Essa última foi descrita por Rita Signor e Ana Paula Santana (2016, p.32), com referências do ano de 1865, com relatos do médico alemão Heinrich Hoffman e dos atendimentos no seu consultório. Porém, foi atribuído a George Still e Alfred Tredgold os créditos do que muito se aproxima ao que se conhece por TDAH atualmente, por terem desenvolvido um estudo clínico com crianças.

A tríade hiperatividade, desatenção e impulsividade acompanhou o desenrolar do que hoje se entende por TDAH. Esse processo perpassou temas como a hiperatividade em primatas, traumas perinatais, sarampo e a epilepsia e, assim os traumas nos crânios passaram a ser estudados em razão das alterações cognitivas. (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.33) Era comum perceber, dentro da apresentação de 43 casos clínicos, desenvolvidos por George Still, que a maioria das crianças apresentavam traços de impetuosidade, agressividade ou de desafios, não manifestavam sensibilidade para punições, e ainda manifestação características cruéis, ilegais e desonestas. (BARKLEY, 2008)

Assim, nomenclaturas como crianças com defeito de conduta moral (George Still) ou criança com lesão cerebral e lesão cerebral mínima (Strauss e Lehtinen) foram utilizadas durante períodos do século passado. Porém, em 1960, em um evento em Oxford, foi comprovado o chamado erro de Strauss, não havia lesões cerebrais e nesse mesmo período a terminologia foi modificada para disfunção cerebral mínima. (BARKLEY, 2008)

Foi com a pesquisadora Virginia Douglas e sua equipe que o termo Transtorno de Déficit de Atenção surgiu, em 1970. Os estudos desenvolvidos verificaram que as pessoas, por vezes, tinham mais desatenção ou impulsividade ou hiperatividade, não havendo um padrão, necessariamente. As inserções no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM aconteceram de forma gradual à medida em que sua nomenclatura era modificada e especificada.

Conforme o DSM, o Distúrbio de Déficit de Atenção surgiu pela primeira vez, no DSM III. Posteriormente, em 1994, com o DSM IV a nomenclatura utilizada foi o Transtorno de Déficit de Atenção e comportamento disruptivo, sendo o texto revisado em 2000, mantendo a mesma nomenclatura. Somente em 2013 o Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade foi inserido, separando desse o Transtorno disruptivo, controle de impulsos e de conduta, conforme o ANEXO B. O TDAH está

localizado no Manual Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (2014) no eixo de transtornos do neurodesenvolvimento. Esses transtornos:

[...] são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência (DSM – 5, 2014, p.31)

O TDAH, de acordo com a referência, apresenta-se, geralmente, no período de desenvolvimento do ser humano, ou seja, na infância, antes de estar na escola, podendo manifestar traços e persistir até a vida adulta. De acordo com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção, o TDAH não surge na vida adulta, em razão de ser um transtorno que possui início na infância, com consequências desde antes dos 7 anos. (ABDA, SD “a”)

Apesar de haver pessoas que duvidem da existência do TDAH, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é reconhecido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde – OMS e por diversos países, como Estados Unidos da América, França e Índia, que possuem um amparo específico, muitas vezes, por leis que buscam proporcionar um auxílio e amparo para as crianças diagnosticadas com TDAH.

Atualmente, existem diversos conceitos sobre no que consiste o TDAH. Alguns são mais abrangentes e outros mais específicos. Porém, todos apontam características como a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade. Dentre os conceitos, o TDAH é conceituado pelo DSM – 5 como:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. (DSM – 5, 2014, p.32)

A Sociedade Brasileira de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade conceitua o TDAH como “um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade” (ABDA, SD “a”). O TDAH manifesta-se geralmente na infância, podendo acompanhar e ter o seu pico na adolescência, chegando em alguns casos até a vida adulta; porém, a tendência é que, com o avanço da idade, os índices de incidência de TDAH reduzam.

O ponto nevrálgico desse conceito é ter conhecimento e sensibilidade para perceber os sinais que a criança apresenta durante os dias, de modo rotineiro. Ou seja, não é porque uma criança apresenta um comportamento agitado que ela possui o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, podendo ser uma característica do ambiente, no qual essa criança está inserida.

Geralmente, os diagnósticos do TDAH são dados entre os 6 e 10 anos, ou seja, durante o início da vida escolar. E, nesse processo, o professor possui um papel muito importante, tendo em vista que, por vezes, é através da percepção dele, que a sugestão aos pais e/ou responsáveis chega, aconselhando que procurem um especialista.

A análise de SIGNOR e SANTANA (2016, p.41.42) é bastante importante, pois é um erro taxar uma criança sem uma análise multifocal sobre seu comportamento, suas ações e atitudes e o ambiente o qual ela vive frente a acontecimentos diários. Elas referem que:

Se entendemos que a cognição se constitui da interação, compreendemos que a mesma criança (por exemplo, a Joana) poder ser extremamente atenta à aula do “professor X” e desatenta à aula do “professor Y”. Essa criança pode se “remexer na cadeira”, torcendo para que a aula do “professor Y” termine, e permanecer bastante tranquila na aula do “professor X”. Seguindo esse raciocínio, propomos a seguinte reflexão: caso o “professor X” e o “professor Y” fossem convidados a responder ao questionário sobre Joana, as respostas seriam equivalente? E ainda: qual dos questionários seria válido para classificar a criança como “saudável” ou “doente”? (SIGNOR; SANTANA, 2016, p. 42)

O exemplo demonstra que é fundamental o olhar de mais de um observador sobre o observado. Nota-se que, perante um acontecimento ou pessoa, a criança tem um comportamento diverso do outro, não sendo, assim, um comportamento fechado, estanque, mas que se altera conforme os acontecimentos do cotidiano. Atenta-se que

as “manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa, na escola, no trabalho). (DSM – 5, 2014, p.61)

A simples alteração desse comportamento não significa que a criança tenha TDAH ou qualquer outro transtorno. Por isso, é fundamental que, para que haja um diagnóstico de TDAH, um tratamento e uma medicalização, antes haja um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar que consiga verificar os sinais e sintomas da criança durante as suas ações e atividades.

O acompanhamento por educadores e demais profissionais não deve ser focado nas questões negativas da criança, ou seja, o que ela não consegue fazer? O que ela não faz? O que ela não entende? O que ela faz errado? A análise deve acontecer livre de vícios ou tendências, assim, o acompanhamento deve estar focado na realidade completa, o que ela faz? Quais são seus interesses? E em quais situações ela fica agitada? (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.42)

Essas ponderações foram feitas a partir da análise sobre a disponibilização do questionário denominado SNAP – IV, referente ao DSM –IV sobre os sintomas primários do TDAH, que o professor pode responder. O questionário é bastante direto e medido por 4 indicadores: nem um pouco, só um pouco, bastante e demais.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1.Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade de organizar tarefas e atividades.				

6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p.ex. brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isso é inapropriado				
13. Tem dificuldade de brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18 Interrompe os outros ou se intromete (p. ex. intromete-se nas conversas, jogo, etc)				

FONTE: MATTOS; SERRA-PINHEIRO; ROHDE; PINTO, 2006

Diante do questionário, é possível verificar que apenas um professor respondendo a percepção pode ser desajustada. Conforme o exemplo referenciado

anteriormente, é fundamental que mais de uma pessoa que tenha contato com a criança analise e responda. Cabe salientar que esse questionário serve, apenas, para o levantamento de alguns sinais que a criança apresenta, portanto o questionário não serve como um diagnóstico indiscutível do TDAH.

O SNAP – IV foi traduzido para o português (MATTOS; SERRA-PINHEIRO; ROHDE; PINTO, 2006), sendo consequência dos critérios que foram atualizados pelo DSM – V (2014). Com base nos critérios, é possível especificar a gravidade do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como sendo leve, moderado ou grave.

Os critérios diagnósticos para o TDAH foram separados em letras maiúsculas, tendo subdivisões em números e, ainda, as demais especificações em letras minúsculas. O DSM – V estipulou então os critérios da seguinte maneira:

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamentopositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários. **a.** Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso). **b.** Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas). **c.** Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). **d.** Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo). **e.** Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos). **f.** Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos). **g.** Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular). **h.** Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados). **i.** Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados). 60 Transtornos do Neurodesenvolvimento

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários. **a.** Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira. **b.** Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar). **c.** Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.) **d.** Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. **e.** Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar). **f.** Frequentemente fala demais. **g.** Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar). **h.** Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila). **i.** Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância). (dsm-5, 2014, p.59-60)

Pelos critérios apresentados pela DSM – 5 (2014) devem levar em consideração a quantidade de critérios preenchidos, o lapso temporal de incidência ou reincidência dos mesmos e o grau de prejuízo ou abalo negativo na vida da pessoa. Nota-se que há um cuidado, mesmo que subjetivo com as crianças e os adolescentes de até 17 anos.

Para os adolescentes acima de 17 anos e adultos são necessários 5 critérios; já para as crianças, de modo geral, são necessários 6, no mínimo. O número de critérios para as crianças é aumentado tendo em vista o comportamento típico da idade, ou seja, de descobertas, curiosidades e aprendizado o que por si só são inúmeras informações com que as crianças devem lidar.

O TDAH configura-se como um padrão persistente de comportamento, ou seja, a criança é desatenta e/ou impulsiva. Deve-se tomar cuidado para não

padronizar as crianças, principalmente, entre os 6 e 10 anos, com dias de desatenção e hiperatividade afirmando que a mesma possui o TDAH.

O TDAH possui tipificações de acordo com os itens marcados nos critérios diagnósticos referenciados anteriormente. No caso das crianças, se 6 ou mais critérios diagnósticos forem preenchidos em ambas as indicações A1 (desatenção) e A2 (hiperatividade/impulsividade), nos últimos 6 meses, representando um padrão persistente, trata-se de um TDAH tipo combinado ou misto, recebendo a codificação 314.01 (F90.2).

O tipo de TDAH predominante desatento, 314.00 (F90.0), é diagnosticado quando há a representação de 6 ou mais critérios de A1, porém o critério A2 não é preenchido com as indicações mínimas necessárias. O TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo, 314.01 (F90.1), é aquele que contempla no mínimo 6 critérios de A2 e não preenche os critérios exigidos, nos últimos 6 meses, de A1. (DSM – 5, 2014)

Sendo assim, é importante salientar que nem todos os casos de TDAH têm a necessidade da medicalização e, sim, essa só é necessária, diga-se fundamental, quando o grau é acentuado e a criança precisa de um auxílio maior para realizar as tarefas do dia a dia, reduzindo as consequências do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. De acordo com o grau e o tipo de TDAH, será indicado, pelo médico, o melhor tratamento e acompanhamento para a criança.

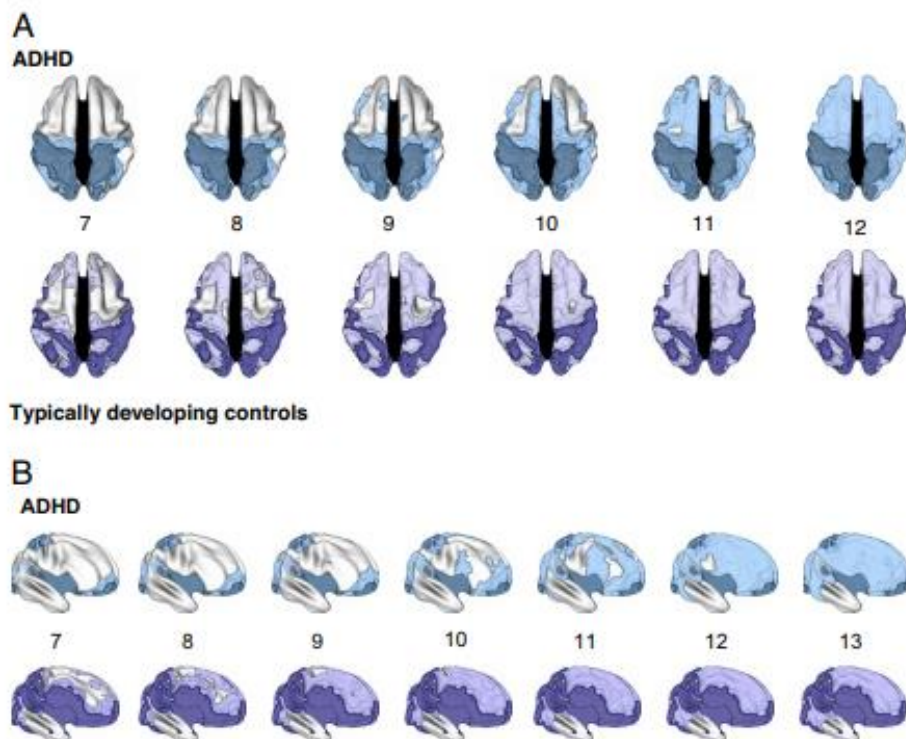
4.2. O impacto do TDAH em meninos e meninas e a ação do metilfenidato

À medida em que as pesquisas, no setor da saúde, eram aperfeiçoadas, doenças, enfermidades, transtornos, síndromes, sinais e sintomas eram catalogados para o aprofundamento em busca do melhor conhecimento para, então, a indústria iniciar as suas pesquisas e testes em busca da cura ou do tratamento para amenizar os sinais e os sintomas.

O diagnóstico do TDAH é feito de forma clínica, de acordo com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA, não sendo fundamentais outros tipos de exames como a ressonância eletroencefalograma ou qualquer outro que avalie características físicas (ABDA, SD “a”). Entretanto, alguns estudos, como o de Samuele Cortese e Francisco Xavier Castellanos, de 2010, traduzido em 2013, apontaram para alguns fatores importantes na questão fisiológica das pessoas com TDAH.

O estudo demonstrou, através da imagiologia por ressonância magnética – IRM, diferenciações morfológicas significativas entre cérebros de pessoas com TDAH e outros sem TDAH, estes últimos sendo a referência do estudo, para que fosse possível a comparação. De acordo com Luciana Vieira Caliman (2008), o transtorno não tem apenas uma causa e sim é um conjunto de aspectos biológicos, genéticos e cerebrais.

A partir das “pesquisas neurológicas, a partir de tecnologias de imagem cerebral e estudos de biologia molecular. Com os resultados desses estudos, foi possível demonstrar que o diagnóstico do TDAH é real, porque é visível biologicamente uma condição maligna”. (COUTO; MELO-JUNIOR; GOMES, 2010, p.244) Antes, em 2007, um estudo apresentou que sim, a maturação do córtex é diferente em crianças com TDAH e sem TDAH, consideradas com desenvolvimento típico.



FONTE: SHAW P. *et. al.*,2007. P.19.650

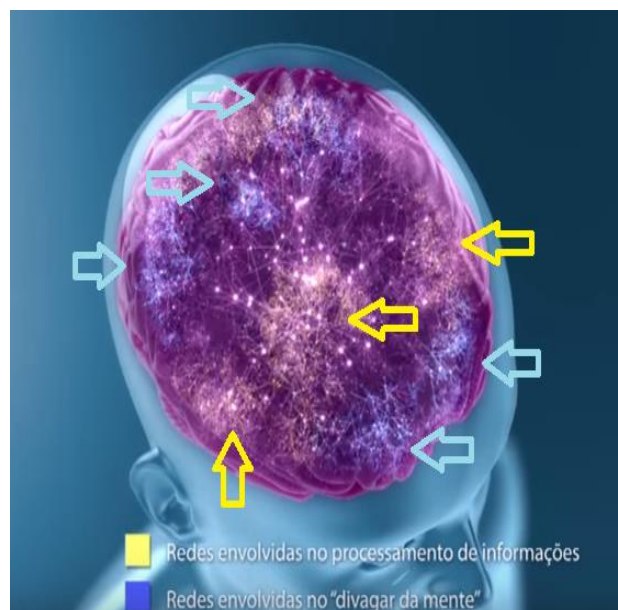
O estudo demonstra a comparação, de acordo com as idades, do pico de espessura do córtex em crianças com e sem TDAH. Os cérebros com a cor azul são

os pertencentes às crianças com TDAH; e os com a lilás são cérebros de crianças com o desenvolvimento considerado típico, pela pesquisa.

Desse modo, o estudo comprovou que as crianças possuem uma distinção no desenvolvimento do córtex, de em média 2 anos. As cores mais escuras, tanto do azul quanto do lilás demonstram o pico de espessura do córtex, deixando, mais uma vez evidente, que há um atraso no desenvolvimento do córtex de crianças com TDAH, demonstrando, assim, evidências neurológicas.

Com base no estudo desenvolvido (SHAW, 2007), as partes que constituem o cérebro que são, principalmente, afetadas pelo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, são o Lóbulo Temporal e Frontal que são importantes para a memória e controle do comportamento, ou seja, dos impulsos. Ainda assim, outras partes do cérebro, além do córtex frontal, como gânglios da base e cerebelo, são menores em crianças com TDAH, o que afeta o seu pleno desenvolvimento, pois elas não funcionam de modo segregado e, sim, como num sistema de retroalimentação.

Através desse sistema que se retroalimenta, redes são formadas para a transmissão de informações, das mais diversas áreas. Assim, a linguagem, a atenção e a locomoção, por exemplo, ficam armazenadas nessas redes. Mesmo quando o indivíduo está focado em uma determinada fonte de atenção, o cérebro possui focos de divagação da mente.



FONTE: SHIRE, 2016, 2:08 min.

As redes de transmissão funcionam a todo o momento, elas não possuem períodos que ausência de funcionamento, sendo possível notar que, mesmo para divagar a mente, as informações estão sendo trocadas através das conexões. Porém, essas redes não funcionam de forma igual em pessoas com TDAH e sem TDAH.

Ou seja, o sistema nervoso central – o SNC - é o responsável por receber e processar as informações adquiridas em todas as situações que o indivíduo passa durante a vida. Assim, ao longo de um dia, são inúmeras as informações processadas pelo SNC. O SNC conta com células especiais que são capazes de levar as informações para as áreas correspondentes, essas células são chamadas de neurônios.

Dessa forma, os neurônios levam até as áreas específicas os impulsos nervosos que correspondem às informações, porém, é nessa fase que o indivíduo com TDAH possui prejuízos. Uma criança com desenvolvimento típico da idade tem o trajeto dos impulsos nervosos, entre os neurônios, a ligação sináptica que ocorre entre eles, que se configura como uma ligação química, utilizando-se de neurotransmissores, apropriados por gerar uma resposta, ocorre, igualmente, de forma típica. (GUYTON, 2000)

Os principais neurotransmissores afetados são a dopamina, responsável pelo controle dos movimentos, pela memória pela sensação de prazer e de recompensa, liberada no organismo através das ligações sinápticas. Além da dopamina, a noradrenalina é responsável pela excitação física, mental e de bom humor do indivíduo. (ANDRADE, Luana da Silva; GOMES, Ana Paula; NUNES Anna Beatriz; *et. al.* 2018, p.103).



FONTE: SHIRE, 2016, 2:21 min e 2:30min.

Nos casos de uma criança com TDAH, os neurotransmissores, que deveriam agir sobre a célula receptora das informações, as ligações sinápticas não acontecem de forma típica, sendo interrompidas durante o trajeto dos impulsos nervosos, tendo em vista que cada informação possui neurotransmissores específicos para repassar ao neurônio seguinte. Com o prejuízo das ligações sinápticas, as informações não chegam até a célula ou área específica ou chegam sem toda a informação.

Uma criança com TDAH não necessariamente precisa ser medicalizada, pois os sinais e sintomas devem ser avaliados com base nos critérios de diagnósticos do DSM – 5, expostos anteriormente. Entretanto, quando os casos possuem uma maior gravidade, dentre os tratamentos, pode haver a indicação do tratamento medicamentoso. “Medicalizar significa, de forma bastante resumida, transformar aspectos de cunho social, político, educacional, cultural etc, em problemas de ordem de saúde” (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.55), quando, por exemplo, a tristeza se torna depressão.

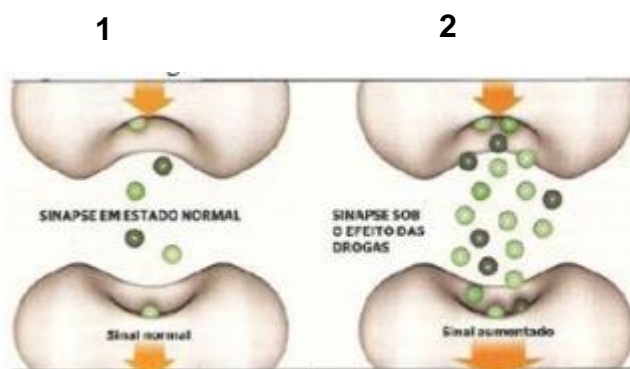
Após o diagnóstico feito por um profissional capacitado, pode haver a prescrição de uma medicação indicada para o tratamento do TDAH. Esse medicamento é à base de cloridrato de metilfenidato⁸. No Brasil, os fármacos indicados possuem o nome comercial de Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta; os dois primeiros são fabricados pelo Laboratório Novartis Biociências e o terceiro pelo Laboratório Janssen-Cilag Farmacêutica.

O metilfenidato é um psicoestimulante que age no Sistema Nervoso Central com o objetivo de atuar no controle de impulsos da criança que é diagnosticada com TDAH. Em razão disso, vem sendo chamado, popularmente, de “droga da obediência”. Ressalta-se que as crianças que possuem o TDAH e a indicação do consumo do medicamento necessitam fazer uso do remédio em razão da sua qualidade de vida física, psíquica e emocional.

⁸ Cabe salientar que existe uma teoria baseada no intuito do melhoramento humano. Não existe um viés majoritário a respeito desta teoria, tendo em vista a utilização da medicalização, em determinados casos, como instrumento da biotecnociência. Tal teoria desafia os limites do ser humano, ou seja, consiste em tentativas para superar as limitações biológicas do corpo humano, podendo utilizar-se, inclusive, de métodos artificiais para alcançar tal objetivo. Neste sentido, coadunando-se com o tema do projeto, Marco Antonio Azevedo (2015) expõe um caso relacionado ao uso do metilfenidato, afirmando que a utilização do fármaco é adequada, de acordo com estudos, para usos específicos, porém tal princípio ativo estava sendo utilizado para o melhoramento cognitivo em pessoas sem qualquer patologia. Entende-se que em determinados casos, como a surdez, existem justificativas compreensíveis para a utilização de artifícios biotecnocientíficos para evitar que a consequência ocorra. Entretanto, é uma teoria bastante discutida e criticada na área médica, levando em considerações questões bioéticas, de regulamentação e limitações para o aprimoramento humano, potencializado artificialmente.

Como a criança com TDAH possui uma anormalidade biológica de manter as ligações sinápticas, através dos neurotransmissores, o medicamento, como a Ritalina, auxilia essa conexão. “Essa droga psicoestimulante aumenta a concentração e ação de receptores alpha e beta adrenérgicos que indiretamente agem na liberação de dopamina e noradrenalina nos terminais sinápticos.” (ANDRADE, Luana da Silva; GOMES, Ana Paula; NUNES Anna Beatriz; *et. al.* 2018, p.100).

Porém, como o medicamento pode causar dependência física e/ou psíquica, somente deve ser utilizado somente para casos com prescrição do Transtorno, pois integra o grupo das anfetaminas. Por esse motivo, os medicamentos à base de metilfenidato são identificados com uma faixa preta, salientando a necessidade de prescrição médica.



FONTE: ANDRADE, Luana da Silva; GOMES, Ana Paula; NUNES Anna Beatriz; *et. al.* 2018, p.103 *apud* tdah.org.

A figura acima demonstra o que acontece nas ligações sinápticas, com os neurotransmissores, entre os neurônios. Em “1”, demonstra-se os neurotransmissores em volume e quantidades típicos para a troca de informações, todavia, em “2”, nota-se um considerável aumento de neurotransmissores entre os neurônios.

O metilfenidato age como em “2”, ou seja, os neurotransmissores permanecem ativos por mais tempo, o que, por consequência, faz com que o indivíduo que utiliza fármacos à base de metilfenidato mantenha a concentração e coordenação dos movimentos por um período maior. O fato de o metilfenidato agir no SNC como um gatilho para que os neurotransmissores, as sinapses e, assim, a rede como um todo, fiquem ativos por um período prolongado faz com que outras pessoas se interessem pelos fármacos à base do metilfenidato.

Salienta-se para o fato de que a interrupção abrupta do metilfenidato pode causar “a síndrome da abstinência, além da insônia, sonolência, piora na atenção e

na cognição, surtos psicóticos, alucinações e em casos mais graves o suicídio. Além disso, aparecem outros sintomas como o ‘efeito zumbi’”. (ANDRADE, Luana da Silva; GOMES, Ana Paula; NUNES Anna Beatriz; *et. al.* 2018, p.103).

O uso de fármacos do grupo das anfetaminas é bastante preocupante, tendo em vista que o uso contínuo, durante um determinado período, pode causar um desequilíbrio neurológico, em razão da ação ser no Sistema Nervoso Central. Portanto, o uso desses fármacos deve ser atribuído à indicação e prescrição de profissionais médicos com que geralmente são neurologistas e/ou psiquiatras, sendo o metilfenidato considerado droga, conforme a Lei n.11.343 de 23 de agosto de 2006. (BRASIL, 2006) Salienta-se que:

A toxicidade aguda devido à super dosagem de metilfenidato é semelhante aos sintomas notados na intoxicação aguda por anfetamina e se manifesta através de sintomas cardiovasculares, incluindo rubor ou palidez, palpitações, pressão arterial lábil (hipertensão ou hipotensão), arritmias cardíacas, taquicardia, dor, colapso circulatório. Não há antídoto específico para super dosagem de anfetaminas. (NUNES; MEIRELES; FERNANDES; LAURENTINO: SILVIA, 2012. p.4)

De acordo com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção, a literatura do TDAH é “tradicionalmente direcionada ao sexo masculino, pois, em tese, somariam 80% dos portadores” (CORRÊA E SILVA, 2016). Porém, chama-se atenção para o fato de que a manifestação do TDAH em homens e mulheres, meninos e meninas apresenta diferenças.

Segundo a médica, membro da diretoria da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, Kátia Beatriz Corrêa e Silva (2016), as mulheres têm recebido o diagnóstico de TDAH com a predominância na desatenção, ou seja, sem a hiperatividade. Contudo, a diversidade biológica entre o masculino e o feminino causando uma percepção de que meninas, agora mulheres, estão sendo diagnosticadas tardiamente, porque os sinais que apresentavam durante a infância eram diversos do que o tradicional menino, agitado, impulsivo e hiperativo da escola, na proporção de 4 meninos para 1 menina, erroneamente.

Traçando um paralelo com as indicações feitas (CORRÊA E SILVA, 2016) é possível verificar que, as manifestações acontecem de forma diversa entre meninos e meninas. Mesmo quando as meninas e as mulheres apresentam sinais e sintomas mais evidentes do TDAH, é diferente da manifestação masculina. As meninas,

geralmente, são diagnosticadas com TDAH quando seus sinais de manifestação do transtorno são parecidos com os dos meninos.

Tipo Predominantemente Desatento	Tipo Predominantemente Misto	Tipo Predominantemente Hiperativo / Impulsivo
Sonhadoras	Nível de atividade muito mais alto que as desatentas	Menos rebeldes
Tímidas	Não são necessariamente hiperativas	Menos opositivas
Se esforçam para não chamar a atenção sobre si mesmas	A agitação se mostra através da fala mais intensa	Hiperatividade, predominantemente, manifestada na fala e ações
Aparentam estar ouvindo enquanto suas mentes divagam	O discurso pode ser confuso pela dificuldade em organizar seus pensamentos	Instabilidade emocional importante
Ansiosas em relação a escola	Tentam disfarçar a desorganização e o esquecimento	Frequentes mudanças de humor.
Esquecidas e desorganizadas com o dever de casa e atrasar a entrega de trabalhos	Adolescência podem tentar compensar a pobre performance acadêmica se expondo a riscos com fumar, beber e iniciar vida sexual ativa, precocemente	

Costumam ter um ritmo lento e a sensação de sobrecarga		
Algumas são ansiosas ou depressivas e vistas erradamente como menos inteligentes do que realmente são		

FONTE: Quadro confeccionado a partir das informações presentes no artigo de autoria de Kátia Beatriz Corrêa e Silva (2016)

Mesmo que tenham manifestações diversas, o TDAH não possui uma predominância de incidência comprovada em meninos ou em meninas. O que ocorre é a falta de adequação dos sinais, sintomas e suas manifestações entre meninos e meninas, apresentando uma frequência de incidência maior no sexo masculino. (ANDRADE, Luana da Silva; GOMES, Ana Paula; NUNES Anna Beatriz; *et. al.* 2018, p.103)

Na mesma linha, o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde expõe que “o transtorno é mais frequente entre o sexo masculino”. (BRATS, 2014) Segundo Newra Rotta (2016, p.274), quando considerados casos graves, a prevalência de TDAH em meninos é maior do que em meninas, apresentando a proporção de 2:1. Já, na adolescência, há um equilíbrio de 1:1, com prevalência feminina na fase jovem-adulto de 1:2.

No entanto, Kátia Beatriz Corrêa e Silva (2016) afirma que a proporção entre homens e mulheres é de 1 para 1 (CORRÊA E SILVA, 2016), quanto ao grau de igualdade quanto à possibilidade de possuírem o TDAH. A diferença no grau de diagnósticos pode estar na questão do encaminhamento de meninas, ou seja, os meninos seriam mais visados quando a incidência, deixando a percepção das meninas às margens.

Algumas questões podem mascarar, tanto em meninas quanto em meninos, os sinais e sintomas do TDAH, como o QI. Casos em que o Q1 é considerado acima da média podem levar a criança completar o ensino fundamental, médio e aparecer somente na faculdade quando serão necessários maiores níveis de conhecimento, organização e concentração. (CORRÊA E SILVA, 2016)

O impacto do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode causar acontecimentos negativos na vida da criança, como por exemplo o *bullying*, além de outros fatos que impactam o sistema psicoemocional da criança, como a baixa-autoestima, vergonha excessiva e comportamentos depressivos. Salienta-se, porém, que o aparecimento desses sinais e sintomas não significa que a criança possui o TDAH.

Para que haja o diagnóstico do TDAH é importante que a criança seja observada nos diferentes ambientes de exposição aos quais frequenta. Assim, uma simples atitude mais vigorosa não corresponde ao TDAH de Tipo Hiperativo/Impulsivo. O tratamento para o TDAH não é idêntico a todas as pessoas, depende do tipo e grau dos critérios diagnosticados, conforme o DSM – 5.

O tratamento pode ser medicamentoso, nos casos mais graves, a fim de aproximar a criança do comportamento típico e correspondente da idade, objetivando melhorar a qualidade de vida e proporcionar maior bem-estar para a criança e os que convivem com ela. A ação do metilfenidato é eficaz para o tratamento do TDAH, agindo nos neurotransmissores para que se mantenham ativos por um maior período.

É interessante e, por vezes, fundamental que, além do tratamento medicamentoso, haja um acompanhamento profissional no desenvolvimento da criança. Ou seja, esse acompanhamento pode ser feito pelo médico, psicólogo, professor, coordenadora educacional da escola, assistente social, enfim, por profissionais que irão acompanhar o seu desenvolvimento a fim de que seja o mais típico possível.

A procura por fármacos à base de metilfenidato está relacionada com a busca por melhores resultados tanto educacionais, comportamentais, laborativos e sociais. Porém, o medicamento é indicado somente para pessoas que possuem o TDAH e não para os demais. No entanto, é possível perceber que a utilização desses fármacos tem aumentado consideravelmente por estudantes que objetivam melhorar seus desempenhos.

4.3 O fenômeno da medicalização infantil abusiva

A utilização de fármacos ligados à busca pelo aumento da capacidade produtiva vem crescendo internacional e nacionalmente. Discute-se muito nos meios

voltados à saúde e à educação, bem como na academia sobre o TDAH, tendo em vista que a sua medicalização passou a ser considerada um fenômeno social.

Os pais, os professores, os diretores, os médicos têm falado cada vez mais sobre a incidência e diagnósticos relacionados ao TDAH. Por razões claras, à medida que o nível e a profundidade dos estudos relacionados ao TDAH cresceram, possivelmente, o número de diagnósticos também, por ter se tornado um assunto mais próximo das pessoas.

Contudo, o que vem se percebendo é que o aumento do consumo de fármacos relacionados ao tratamento de TDAH tem aumentado consideravelmente, chamando a atenção de estudiosos e pesquisadores da área. Em razão do medicamento auxiliar o organismo do indivíduo medicado com metilfenidato, através de neurotransmissores agindo por um período maior, a procura tem aumentado.

Esse aumento do consumo, nem sempre se deve a pessoas diagnosticadas com TDAH e sim pelo uso de pessoas que querem aumentar a sua capacidade de concentração em razão de uma exigência, em sua maioria, momentânea. Essa exigência pode ser uma entrevista de emprego, uma prova na faculdade ou durante todo o curso de graduação, um concurso enfim, momentos pontuais ou mais extensos, nos quais o indivíduo precisa que sua capacidade organizacional, de aprendizagem e concentração estejam plenamente funcionando.

Nessa questão, apresentam-se algumas variáveis. A primeira quando o foco são os adultos que buscam tais medicamentos a fim de terem maiores níveis de concentração, objetivando o sucesso em determinado fato ou um período que exija uma maior concentração. E a outra variável aponta para a medicalização abusiva com crianças e adolescentes.

Tendo as crianças e os adolescentes como atores centrais do estudo, sujeitos de proteção integral, a medicalização será indicada a partir dos 6 anos, tendo contra indicações para crianças com idades inferiores. Como referenciado anteriormente, o TDAH gera algumas consequências como a depressão, a ansiedade, mas também o transtorno de conduta e o abuso de substâncias.

De acordo com o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2014, p.2), a prevalência de tais sinais e sintomas em crianças com TDAH varia de 15% até 30%. Para saber ou se ter noção do que está se falando, 6 em cada 10 pessoas não possuem nenhuma doença psiquiátrica, sendo assim considerada normal pelo setor de saúde. (RHODE, 2013, p.13)

Proporcionalmente, da completude de 100% das pessoas, 60% são saudáveis psiquiatricamente; e 40%, possuem alguma doença psiquiátrica. No entanto, dentro dos 40% estão incluídas pessoas portadoras de distúrbios considerados simples, como a dificuldade de dormir no escuro. (RHODE, 2013, p.13) Outro dado importante, apontado por Luis Augusto Rhode, é que 60% dos transtornos psiquiátricos iniciam na infância, (RHODE, 2013, p.13) e, no Brasil, em 2008, aproximadamente 10 milhões de crianças e adolescentes eram afetados por transtornos mentais. (POLANCZYK, 2008, p.17)

O Boletim Farmacoepidemiológico do segundo semestre de 2012 aponta que “o TDAH é um dos transtornos neurológicos do comportamento mais comum da infância que afeta 8% a 12% das crianças no mundo, sendo o motivo mais frequente de consulta nos serviços de saúde mental envolvendo esses pacientes”. (ANVISA, 2012) Em 1994, a DSM – IV estimou que entre 3% e 7% das crianças em idade escolar seriam afetadas pelo TDAH. (POLANCZYK, 2008, p.17)

Os transtornos psiquiátricos têm início durante a infância em 60% dos casos (RHODE, 2013, p.15), possuindo, assim, um maior índice de sucesso se descobertos e tratados ainda na fase inicial, isso não significa que, se descobertos mais tardiamente, não fará efeito. Fará, mas quanto antes, as consequências do TDAH como *buyilling*, sinais depressivos, baixa autoestima não integrarão a fase desenvolvimental da criança, o que eleva a sua qualidade de vida, bem como da sua família.

Em razão do aprofundamento e maior propriedade de conhecimento sobre o TDAH através de pesquisas, os limites entre a doença e a normalidade são mais delicados. A normalidade dita não significa que a criança deve, por exemplo, ir para a escola pela manhã, voltar e ficar sentada lendo em seu quarto durante 4 horas, depois ir assistir a televisão, tomar banho e ir dormir.

A criança, geralmente, possui um comportamento mais agitado pela própria característica do desenvolvimento. Tudo para a criança é novo, a curiosidade e as descobertas fazem parte do amadurecimento e maturação dos sentimentos e das relações das crianças. O estigma de loucura ou de estar louco ainda acompanha as figuras do psiquiatra e da área da medicina ligada ao tema, a psiquiatria, ainda na lógica e mente dos hospitais psiquiátricos brasileiros e a crise sanitária.

Nesse sentido, “é melhor passar a infância sendo chamada de criança malcriada e preguiçosa, julgamentos morais, ou ser vista como portadora de déficit de

atenção? Para os primeiros predicados não há tratamento. Para o último, sim”. (RHODE, 2013, p.14)

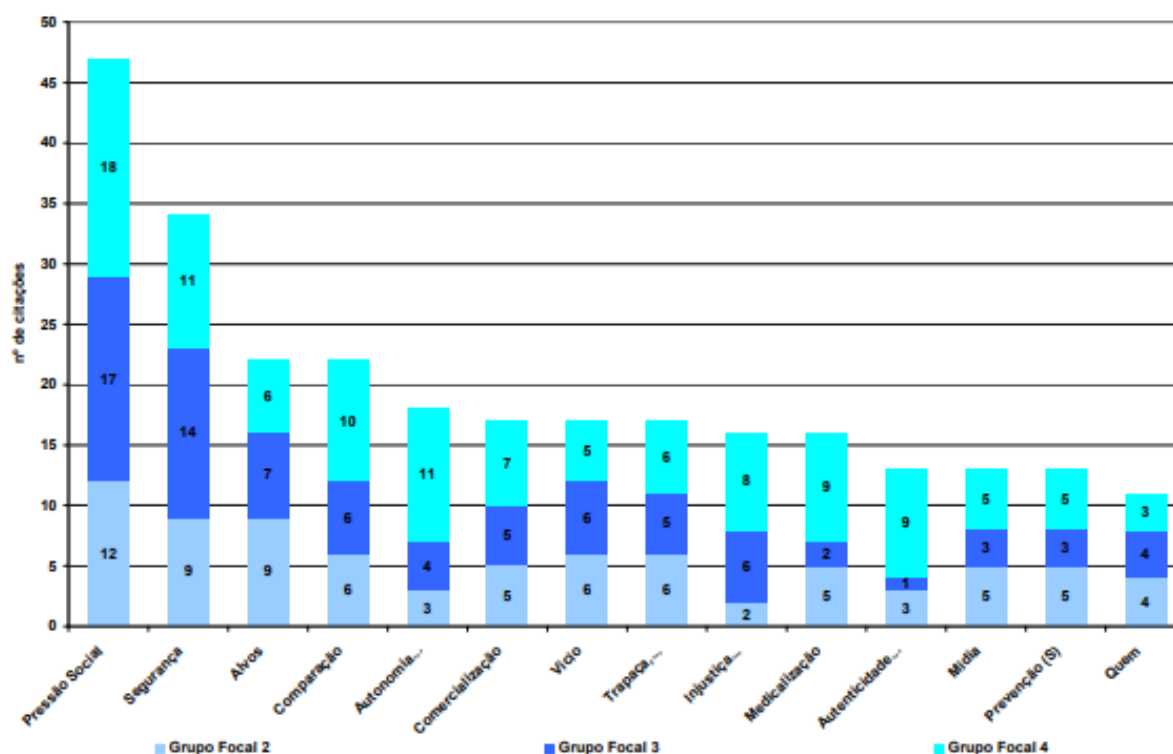
Analisando a declaração de RHODE (2013), concorda-se com o médico, não se deve medicalizar transtornos como o TDAH sem a devida utilização dos critérios, com uma análise minuciosa, pois, de acordo com ele, se isso acontece, há presente a má medicina. Entretanto, se o diagnóstico de TDAH é positivo, de acordo com as análises feitas por profissionais especialistas em TDAH, com indicação de medicalização, assim deve ser em prol do pleno desenvolvimento da criança.

Os sinais e sintomas do TDAH, geralmente, são pontuados por professores das séries iniciais, que passam mais tempo na convivência com a criança. Sobre a medicalização, SIGNOR e SANTANA (2016, p.58) trazem um exemplo bastante real e demonstrativo sobre a realidade, a cultura, a sociedade e as crianças:

Entendemos que a expansão do TDAH é um fenômeno mundial com múltiplas causas – que por vezes variam de acordo com as diferentes culturas. Os estudantes chineses, por exemplo, são “vítimas” de uma superestimulação por parte de docentes e familiares e carregam uma “demanda” que geraria estresse mesmo em adultos. Muitas crianças perdem a infância porque seu horizonte está permeado por uma expectativa de futuro. A medicalização seria, assim, uma forma de promover a adaptação dos escolares chineses ao que a sociedade propõe (impõe?). É necessário que os determinantes sociais e culturais sejam estudados *in loco* para que se entenda por que a infância vem sendo medicalizada em determinada cultura. Isso significa que há um argumento universal que explique como fenômenos sociais se transformam em “doença”. (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.58).

Concorda-se com a afirmação de que a medicalização de forma abusiva, seria, sim, uma das alternativas de fazer com que as crianças e os adolescentes correspondam a expectativas geradas por familiares e também mas por toda a sociedade. A expectativa por carreiras como a medicina, a odontologia e o direito faz com que pressões sejam colocadas em cima de indivíduos desde a tenra infância, principalmente, quando já há uma cultura familiar em determinada área.

Em uma pesquisa modelo, feita na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, entre estudantes universitários de 18 até 25 anos, os dados compilados demonstram os principais motivos do uso da Ritalina, sem diagnóstico de TDAH. Sendo assim, é possível verificar que os índices de citações sobre os fatores estão relacionados à pressão social, segurança para se manterem ativos, concentração e autocontrole.



FONTE: BARROS, 2009, p.59)

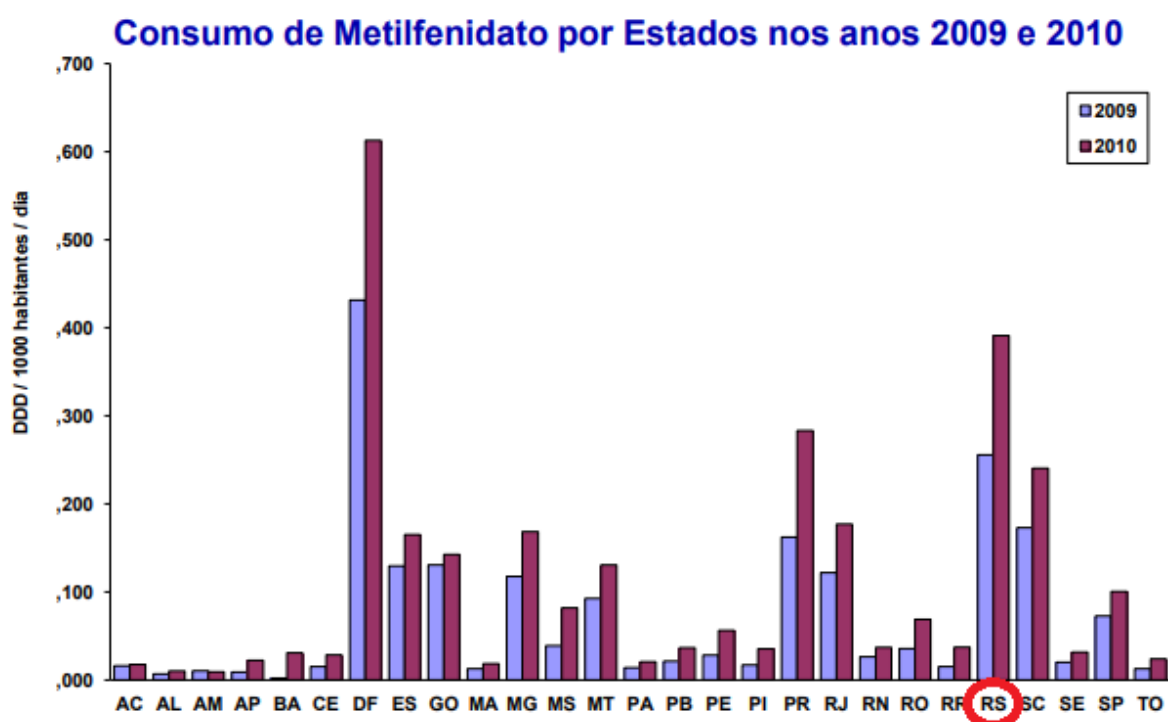
A divulgação dos critérios, sinais e sintomas do TDAH formam uma via de mão dupla sobre a medicalização. A medicalização da má medicina é aquela feita sem muitos critérios, apenas baseada em relatos de pais, de acordo com o que o professor percebeu, indicando que a medicalização por metilfenidato se apresenta como abusiva, ou seja, que não teria necessidade. A medicalização correta e importante é aquela feita com base em critérios específicos a fim de não transformar uma simples agitação ou frustração em doença.

Nota-se que há uma tendência da sociedade em justificar os sentimentos, fatos e atos em razão de possuir alguma doença, síndrome ou transtorno, por exemplo. Porém, deve-se atentar para o fato de não colocar todos, a sociedade como um todo, em caixas de padronização de comportamento. Uma família, constituída de um pai, uma mãe e três filhos, mesmo que expostos ao mesmo ambiente e educação, podem ter traços da personalidade diversos, um mais agitado, outro mais introspectivo e outro mais expansivo, isso não significa que cada um é possuidor de uma síndrome ou transtorno.

Cada indivíduo possui características próprias da sua personalidade e o ponto fulcral da medicalização ser abusiva ou não está em identificar traços particulares de

cada criança em relação aos critérios diagnósticos do DSM – 5 (2014). Nesse sentido, o DMS – 5 “estimula uma frouxidão nos limites entre o transtorno mental e a normalidade. Conseqüentemente, haveria um aumento no número de pessoas submetidas a tratamentos psiquiátricos sem necessidade”. (RHODE, 2013, p.14)

Foi divulgada uma pesquisa que analisou o biênio 2009/2010, através de dados coletados pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, o SNGPC, constando o uso de metilfenidato por estados do Brasil.



FONTE: ANVISA. SNGPC – Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, 2012.

A relação feita é entre a Dose Diária Definida – DDD por 1.000 habitantes em relação aos estados consumidores de medicamentos com metilfenidato. O Estado do Rio Grande do Sul é o segundo, ficando atrás, apenas, do Distrito Federal. Outra referência importante é que, dentre as regiões do Brasil, a Região Sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná são o segundo, terceiro e quarto estados no *ranking* nacional de consumo.

Outra questão que pode ser visualizada no gráfico é a grande variação em um mesmo país, pois o uso do fármaco em estados como o Amazonas, Amapá, Alagoas, Acre e Tocantins são praticamente incomparáveis a utilização em outros estados. Isso pode ser reflexo das diferenças sócio-culturais de cada região. Entretanto, entre

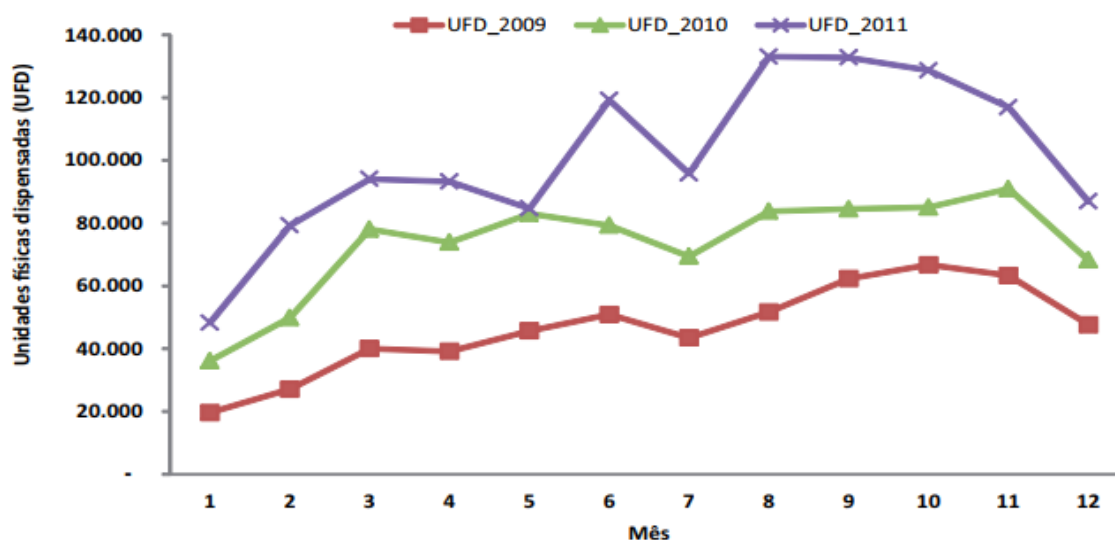
países com tais diferenças, apresentou-se quase um padrão nos níveis de prevalência de TDAH em crianças com idade escolar, como pode ser observado:

Alemanha	0,2%
Austrália	0,4%
Ucrânia	19,8%
Colômbia	20,4%
EUA	23,4%
Brasil	26,8%
Suíça	5,2%
Itália	7,3%
Congo	5,6%

FONTE: tabela construída a partir dos dados de POLANCZYK, 2008, p.21.

Entretanto, o autor salienta que há muita diferença em dados referentes a mesmos países, no entanto, as maiores taxas de prevalência do TDAH são no ocidente. A ausência de tratamento pode gerar, como já explanado, reflexos na vida social da criança que possui o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, podendo a mesma ser excluída pelos colegas de escola, e, conseqüentemente, o sentimento de exclusão ser a porta para outras questões, como a depressão. O não tratamento pode ainda ocasionar na fase adulta o abuso e dependência de drogas, comportamento anti-social e transtorno de conduta.

Os medicamentos à base do metilfenidato são utilizados, em alguns casos, em crianças, adolescentes e até adultos para fins de maior concentração em determinadas tarefas ou mesmo de melhor desenvolvimento nas atividades laborativas. Porém, o medicamento é indicado somente para as pessoas que são diagnosticadas com o TDAH. Nessa questão, está justamente a ponderação sobre a real necessidade da utilização do medicamento.



FONTE: SNGPC,2012, p.5.

Sobre a análise do consumo mensal de metilfenidato no triênio 2009, 2010 e 2011, de imediato, é possível analisar que o consumo aumentou, significativamente, durante os três anos, partindo de um consumo em menor índice de em torno de 20.000 caixas para o pico mais elevado de, em média, 140.000 caixas de medicamentos à base de metilfenidato. Outra análise possível de ser feita é se o gráfico for dividido em dois semestres, pois as médias do segundo semestre, dos três anos, é mais elevada que as médias dos primeiros semestres.

Nota-se, ainda, vislumbrando o gráfico na sua completude, que, em determinados meses, nos três anos, o pico de consumo diminui, coincidentemente, ou não, nos meses de janeiro (01), fevereiro (02), julho (07) e dezembro (12), que são os períodos em que acontecem as férias escolares. Uma análise mais direcionada na Região Sul aponta que:

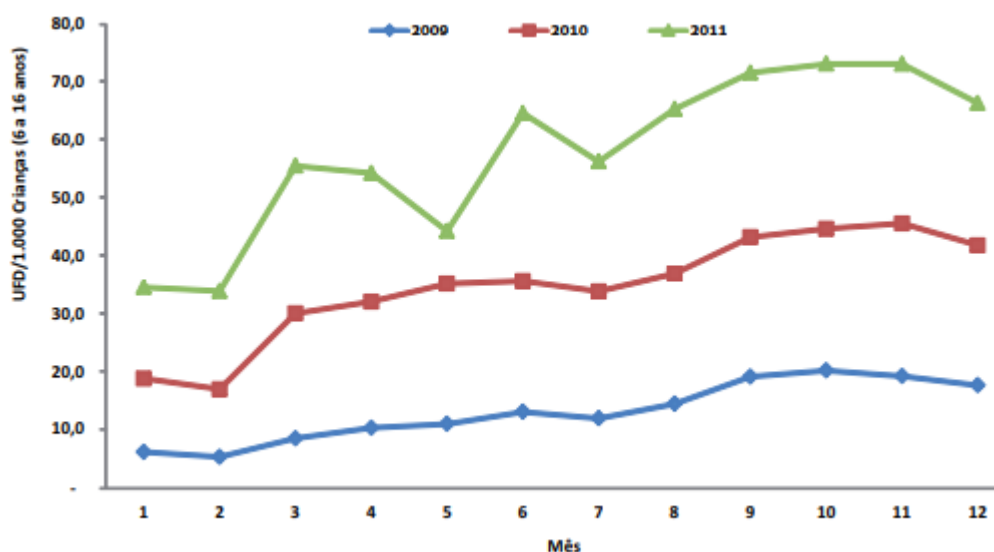
UF	UFD/1.000 crianças_2009	UFD/1.000 crianças_2010	UFD/1.000 crianças_2011	Δ% UFD/ 1.000 crianças (2009-2011) (A)	Δ% de arquivo XML (2009-2011) (B)	Diferença % (A - B)
Região Sul						
Curitiba	48,34	114,85	134,17	177,52	33,44	144,07
Florianópolis	69,97	131,94	152,44	117,85	56,94	60,91
Porto Alegre	156,31	257,64	277,54	77,56	72,67	4,89

FONTE: SNGPC,2012, p.8.

Nota-se que as três capitais tiveram aumento nos índices de Unidades Físicas Dispensadas – UFD. A capital que teve um maior aumento foi Curitiba, com um aumento de 144,07% entre os anos de 2009 e 2011, seguida por Florianópolis com um aumento de 60,91% e, por fim, Porto Alegre com 4,89%. Porém, chama-se a atenção que, mesmo com o aumento percentual inferior, Porto Alegre, em 2009, possui um número maior de UFD que os maiores índices de Curitiba e Florianópolis.

Uma vez diagnosticado o TDAH, o tratamento, em sua maioria, se torna contínuo, pois a criança possui um transtorno e esse transtorno, via de regra, não possui cura, somente tratamento. Desse modo, compreende-se que o uso do medicamento deve ocorrer em todos os meses do ano.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade possui características persistentes, ou seja, o transtorno não reduz ou apresenta menores sinais em períodos de férias escolares, por exemplo, sendo duradouro. Via de regra, as consequências negativas do TDAH grave tendem a reduzir quando a criança é medicalizada. De acordo com o Boletim Farmacoepidemiológico (ANVISA, 2012, p.8), a capital que possui o maior índice de crianças e adolescentes⁹ fazendo o uso de medicamentos, como a Ritalina, é Porto Alegre, apresentando nos 3 anos (2009, 2010 e 2011) uma crescente utilização.



FONTE: SNGPC,2012, p.9.

⁹ A pesquisa da ANVISA considerou, em seu estudo, as crianças que englobariam as idades entre 06 e 16 anos.

De acordo com o gráfico, o ano de 2009 teve um aumento moderado entre os 12 meses, porém, salienta-se uma maior utilização mensal do metilfenidato no segundo semestre do ano, apontando uma ligeira redução, na linha crescente, no mês de julho. Assim, os menores índices de consumo foram nos meses de janeiro e fevereiro de 2009. Em 2010, as crianças e adolescentes consumiram uma menor quantidade mensal de metilfenidato entre os meses de janeiro e fevereiro, apresentando igualmente a 2009, uma leve redução em julho. No mais apresentou uma linha crescente de utilização.

Em 2011, também houve um aumento no consumo, de modo geral, com características parecidas aos anos anteriores nos meses de janeiro, fevereiro e julho. Contudo, o mês de Maio de 2011 chama a atenção pelo grande decréscimo no consumo. Porém, a redução se deu não porque o índice de consumo reduziu por si só e, sim, pela falta de Ritalina nas farmácias da capital e do Estado, tanto na rede pública, quanto na rede particular de farmácias, conforme reportagem do Correio do Povo, veiculada no dia 18 de maio de 2011, informando à população sobre a falta do medicamento. (CORREIO DO POVO, 2011)

É de conhecimento que, culturalmente, os meses de referência das férias escolares são janeiro, fevereiro e julho. Nesses meses, há uma redução, durante os três anos do consumo do metilfenidato, representando que crianças e adolescentes, de 06 a 16 anos, não fazem uso do metilfenidato durante esses meses. Porém, o transtorno não tem férias, ele tem características recorrentes, fazendo com que fique evidenciado que há crianças que fazem o uso do medicamento sem o caráter de essencialidade do uso para tratar o transtorno. Ainda assim, nota-se que, após a redução de julho, o segundo semestre demonstra um acréscimo, nos 3 anos, no uso do medicamento.

De acordo com o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), o aumento entre os anos de 2003 e 2012 alcançou o índice de 775% em relação ao consumo de Ritalina, deixando o Brasil em segundo lugar no mundo de maior mercado para o medicamento, segundo o Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos. (BRASIL, 2016?)

A fim de evitar a medicalização abusiva, algumas peças são fundamentais. A atenção dos pais e/ou responsáveis, dos professores, dos educadores, dos psicólogos, dos assistentes sociais, dos médicos, a precisão do diagnóstico e o tratamento adequado fazem com que a vida da criança e do adolescente sejam mais

atrativas, afastando fatores negativos. A ideia não é medicalizar para silenciar os fatores, mas, sim, para dar um tratamento adequado.

A importância do diagnóstico, bem como do tratamento e a utilização correta do medicamento, se faz comprovada em razão dos impactos e consequências sociais, os quais essa criança, futuro adulto, pode ter em sua vida. Nesse sentido, salienta-se a necessidade de evitar a medicalização infantil relacionada ao metilfenidato sem a devida necessidade, bem como, ao inverso, a necessidade urgente de diagnóstico e tratamento aos que necessitam. Ou seja, faz-se necessária uma filtragem maior, a fim de efetivar o direito à saúde e à qualidade de vida, representadas pelo devido tratamento das crianças com TDAH.

Silenciar uma criança através do medicamento rompe com a rede de proteção existente constitucionalmente e legislativamente no Brasil. A Doutrina da Proteção Integral preza pela atenção especial aos interesses das crianças e dos adolescentes. Ou seja, medicalizar para que a criança ou o adolescente fiquem mais calmos e adequados ao que os professores, pais e/ou responsáveis entendem como ideal é justamente desrespeitar o melhor interesse da criança.

A criança e o adolescente devem ter a liberdade de manifestarem-se através de brincadeiras, palavras, ações, atitudes e comportamentos relativos à idade, ao seu ambiente, respeitando traços da sua personalidade. Não é por acaso que os medicamentos à base de metilfenidato também são chamados popularmente de “droga da obediência”, “pílula do comportamento”, droga do “efeito zumbi”, “pílula da inteligência” ou ainda “droga dos concurseiros”.

O uso da Ritalina, do metilfenidato, deve ser direcionado para casos estritamente necessários, tendo em vista que existe a possibilidade de que o uso do medicamento cause dependência física e psíquica, justamente pelo modo de agir no organismo. No entanto, é possível perceber que a causa do fenômeno da medicalização abusiva não aponta para apenas uma direção.

A cobrança social, a satisfação pessoal, a segurança, o nível de concentração a fim de atingir determinados objetivos são fatores que, por vezes, se escondem atrás de uma receita para a compra de medicamentos à base do metilfenidato. Porém a situação é drasticamente pior quando médicos são procurados em razão da justificativa de que os filhos são agitados demais em comparação com os colegas.

O conceito de infância, tão vital para o tradicional modo de vida norte-americano, está ameaçado de extinção na sociedade que criamos. A criança de hoje tornou-se a vítima involuntária e não-intencional de um estresse avassalador – o estresse nascido de uma mudança social rápida e desconcertante e de expectativas sempre crescentes. Os pais contemporâneos vivem em uma panela de pressão de demandas de concorrência, transições, mudanças de papel, inseguranças pessoais e profissionais sobre as quais exercem pouco controle. Sempre que podemos, buscamos alívio do estresse, e, em geral, o único âmbito seguro do nosso controle é o lar. No lar – ainda que em nenhum outro lugar – desfrutamos do fato (ou da ilusão) de desempenharmos um papel determinante. Se criar um filho necessariamente envolve estresse, quando pressionamos as crianças para crescer ou quando as tratamos como adultos, esperamos remover uma parte da nossa carga de preocupação e ansiedade e recrutar a ajuda das crianças para carregar o peso da vida. Não pretendemos prejudicar nossos filhos agindo dessa maneira – ao contrário, como sociedade passamos a imaginar que é bom para os jovens amadurecer rapidamente. Mas prejudicamos nossos filhos quando os pressionamos desde a infância. (ELKIND, 2004, p.19)

No entanto, a sociedade possui uma das raízes do problema da medicalização abusiva em relação às crianças. Um dos fatores centrais é a atenção. Alguns comportamentos, como urinar na cama, brigar, gritar, estar agitado, falar demais, demonstram sinais por parte das crianças para chamar a atenção a fim de recebê-las de alguma maneira.

A pressão social que permeia as relações sociais e laborativas possui uma grande importância quando se fala de atenção para as crianças. Por vezes, os pais e/ou responsáveis chegam em suas casas, esgotados e, ali, encontram seus filhos sedentos por atenção. Em razão do cansaço, é mais fácil e cômodo inserir o mesmo na era digital.

Assim, *tablets*, celulares, *notebooks* são aparelhos capazes de fazer com que as crianças se concentrem nas informações ali passadas. Porém, a qualidade da atenção dos pais e/ou responsáveis acaba ficando prejudicada, pois há a ausência do diálogo, prejudicando a formação da confiança, da segurança e de outras características que futuramente serão necessárias para que essas, hoje crianças, se tornem adultos com capacidades plenas de enfrentar a pressão social em diferentes níveis.

5. A REALIDADE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA EM RELAÇÃO AO TDAH E A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

*Sempre que te perguntarem
se você pode fazer um trabalho,
diga-lhes: – Certamente eu posso!
– Em seguida, fique muito ocupado
e descubra como fazê-lo.
Theodore Roosevelt*

Neste capítulo será demonstrada, em números, a realidade sobre a percepção de médicos e professores no que tange o universo que abrange as crianças, as famílias, a escola, o TDAH e a medicalização infantil. O objetivo deste capítulo é ressaltar a realidade do município de Santa Maria, no que tange as escolas pactuadas no PSE, bem como a caminhada conjunta da saúde e da educação em prol do pleno desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

Assim, os dados do questionário dos médicos apresentam a realidade sobre a ótica da saúde no que se refere ao TDAH e o fenômeno da medicalização infantil em prol de melhores desempenhos escolares, por exemplo. Escolheram-se os médicos, pois é a partir deles que há a chancela do diagnóstico de TDAH com a referida indicação de medicalização, caso assim seja necessária.

Da mesma forma, os professores foram escolhidos na área da educação por representarem uma classe de atores sociais fundamentais para a estruturação e desenvolvimento educacional das crianças e dos adolescentes. Os professores são os que passam a maior parte do tempo com as crianças e é a partir da análise deles que muitos pais e/ou responsáveis buscam auxílio fora dos muros das escolas a fim de um amparo médico.

5.1 O município de Santa Maria em números na saúde e na educação

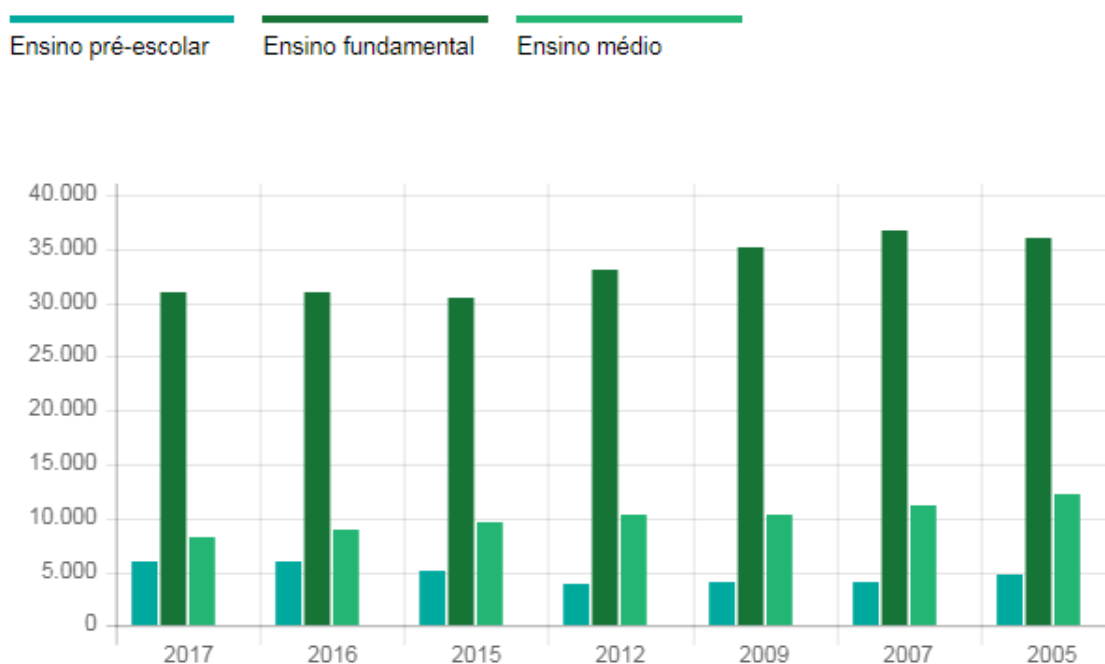
O município de Santa Maria está localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Também é chamado de “Cidade Universitária” em razão do número de faculdades, centros universitários e universidades, que oferecem cursos técnicos, graduações, especializações, mestrados e doutorados. A cidade altera o seu número de habitantes nos períodos letivos, tendo em vista que muitos estudantes retornam às suas cidades de origem no período de recesso.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o IBGE, no ano de 2010 Santa Maria tinha 261.031 mil habitantes e a estimativa para 2018 era de 280.505 mil habitantes. (IBGE, 2018) Quanto ao trabalho e rendimento, o salário médio mensal, em 2016, era de 3.1 salários mínimos e ainda, nessa ótica, nos domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Santa Maria possuía 30,5% da população nessas condições. (IBGE 2018).

A educação e a saúde consistem em áreas muito caras à população santamariense, tendo em vista que é um centro de educação superior, conhecido e reconhecido internacionalmente. Na área da saúde, duas instituições possuem os cursos presenciais de medicina; três instituições, o curso de odontologia; três de enfermagem; e 5 delas possuem o curso de psicologia, por exemplo. Com essa diversidade de opções, Santa Maria acaba sendo uma referência educacional na área da saúde, possibilitando que os formados consigam se inserir no mercado de trabalho, pois Santa Maria possui diversos hospitais e centros de saúde.

As taxas de escolarização de 6 até 14 anos de idade representaram, em 2010, 98,1%, significando que em sua grande maioria, as crianças e os adolescentes dessa faixa etária estavam estudando. As matrículas em 2017, no ensino fundamental, chegaram a 31.017 mil e, no ensino médio, no mesmo ano, a 8.243. Quanto aos docentes do ensino fundamental, o número é de 1.857 de acordo com dados de 2015 e do ensino médio 850, de acordo com dados de 2017.

Matrículas (Unidade: matrículas)

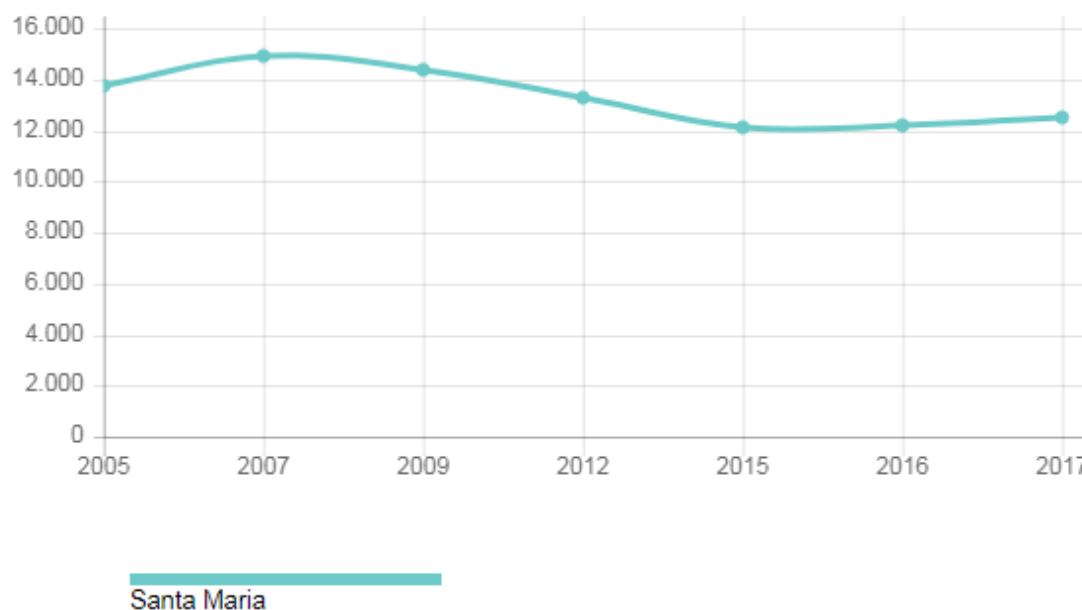


FONTE: IBGE, 2018.

Concentrando nas matrículas escolares em todo o município, considerando as redes de ensino, numa exposição temporal em consideração ao número de matrículas, o ensino na pré-escola aponta um leve crescimento médio, se analisado 2005 até 2017. O ensino fundamental é o grande protagonista quantitativo dessa pesquisa, pois seus índices possuem maiores números de matrículas em todo período, porém, chama-se atenção que houve um decréscimo considerável. E, ainda nessa análise, os índices de matrículas são baixos e apontam uma redução no ensino médio, demonstrando que a maioria dos estudantes não segue o caminho da educação após o término do ensino fundamental.

Quando restringe-se para as matrículas no ensino fundamental, nas escolas públicas municipais, os índices apontam que houve um decréscimo entre 2007 e 2015. Entretanto, de 2015 até 2017, visualiza-se um tímido aumento no número de matrículas.

Matrícula / Ensino fundamental / **Escola pública municipal** (Unidade: matrículas)



FONTE: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS – INEP, 2017.

Diante das informações passadas pelo gráfico, Santa Maria, na sua rede de ensino municipal, restrita ao ensino fundamental, alcançou seu pico positivo em números de matrícula em 2007 e seu menor índice em 2015, dentro do lapso temporal analisado. No ano de 2017, o índice não chegou a 13 mil matrículas. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017)

No que tange à saúde, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, no município de Santa Maria, há 19 Unidades de Estratégia Saúde da Família, as ESF, 19 unidade básicas de saúde e 1 centro social, além dos 3 Centros de Atenção Psicossociais, CAPs, e 4 Serviço de Atendimento Médico de Urgência, os Samus (CNES, 2018). O CAPs Infantil de Santa Maria, nomeado O Equilibrista, o CAPSI, “está apto a prestar serviços de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas à população”. (UBS, 2017?)

Salienta-se, porém, que o serviço abrange mais áreas pois “os trabalhos desenvolvidos na unidade são para atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, como neuroses graves, psicoses, autismos e todos aqueles que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.” (GUERRA; JACQUES, 2013)

As unidades Básicas de Saúde, as UBS, na sua grande maioria, são a primeira porta de acesso do usuário com o sistema de saúde. Preferencialmente, estão em locais de fácil acesso da comunidade a fim de que seja facilitado o auxílio à saúde. Os atendimentos disponibilizados são referenciados com as questões básicas, propriamente ditas, podendo o médico dar o encaminhamento necessário, como pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem e odontologia. (BRASIL, SD “j”)

As Unidades de Estratégia Saúde na Família objetivam organizar a atenção básica em saúde, seguindo as diretrizes do Sistema único de Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de ESF devem ser compostas por, no mínimo:

médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, SD “i”)

Assim, os portes de UBS estão relacionados os números de ESF que a unidade abriga. As UBS I abrigam, no mínimo, uma ESF; as UBS II, no mínimo, duas equipes ESF; as UBS II E IV, respectivamente, 3 e 4 unidades de Estratégia de Saúde na Família, sendo essas referentes a atenção primária. O nível intermediário de atenção à saúde é de responsabilidade do SAMU e das Unidades de Pronto Atendimento, as UPAs e os atendimentos de média e alta são feitos pelos hospitais. (BRASIL, SD “i”).

O PSE, em Santa Maria, no biênio 2017/2018, corresponde a 37 escolas das 73 municipais pactuadas ao Programa. Em onde havia cerca de 7.019 alunos pactuados ao nível de ensino fundamental. Nesse sentido, as escolas eram vinculadas a algumas determinadas Unidades Básicas de Saúde e/ou de Estratégia de Saúde da Família para dar o aporte da saúde na escola.

Para demonstrar dados relacionados à perspectiva de professores sobre o TDAH e a medicalização infantil relacionada, na rede municipal de ensino, aplicou-se um questionário fechado para professores do ensino fundamental das séries iniciais. A sua finalidade consistiu em mapear a visão dos professores, evidenciando, posteriormente, quais as ações que podem ser possíveis tomar, pelo poder local, com o objetivo de um melhor acompanhamento por parte da escola em relação aos escolares, a família e a relação com a saúde, tendo em vista que o PSE é um

Programa com ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e da Educação a nível nacional e, no poder local, pelas secretarias da saúde e educação.

Nesse sentido, desenvolveu-se uma pesquisa de campo com o viés direcionado às questões envolvendo o TDAH nas escolas municipais de Santa Maria. A pesquisa, feita através de questionário fechado, buscou evidenciar a realidade do município de Santa Maria pela ótica da prática dos profissionais, professores e médicos, envolvidos no PSE vinculando a saúde e a educação.

5.2 A percepção da medicalização infantil e do TDAH pelos médicos vinculados ao município de Santa Maria

A percepção da área da saúde foi tabulada a partir da análise dos dados coletados dos médicos das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde da cidade de Santa Maria: ESF Alto da Boa Vista, ESF Roberto Binato, ESF Urlândia, ESF Vila Lúcia, ESF Vila Maringá, ESF Vila Santos, UBS Itararé e UBS Kennedy. A coleta dos dados foi feita entre os dias 13 de dezembro de 2018 e 15 de dezembro de 2018, no município de Santa Maria.

Essas unidades foram pesquisadas a partir do pareamento com as escolas pactuadas no PSE, indicadas pela Secretaria de Educação do Município de Santa Maria. O questionário aplicado aos médicos continha 17 perguntas a respeito da percepção deles em relação a sua prática nas unidades em relação a medicalização infantil e ao TDAH.

A primeira pergunta foi direcionada à especialidade médica do profissional, tendo 4 alternativas diretas e uma contendo a opção “outra – qual”. As indicações diretas eram pediatra, neurologista, neuropediatra ou psiquiatra.

Tabela 1 – Especialidade médica dos entrevistados.

Especialidade médica do entrevistado	n
Clínico geral	4
Especialista em saúde da família	3
Outra (não especificado)	1
TOTAL	8

Diante das respostas, o perfil dos médicos que atendem nas unidades de saúde pesquisadas em Santa Maria concentra-se em clínicos gerais ou com especialidade em saúde da família. Um médico indicou a resposta “outra”, porém não informou qual seria. O gráfico que corresponde à visualização das especialidades médicas apresentou-se da seguinte maneira:

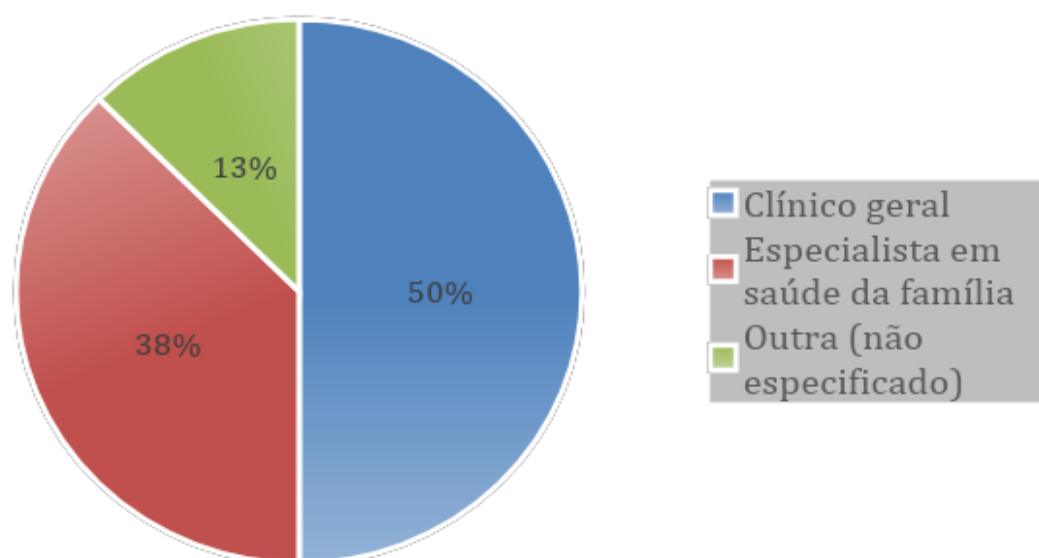


Figura 1 – Distribuição da especialidade médica dos entrevistados.

Foi questionado aos médicos se os mesmos tinham conhecimento do perfil econômico atendido por eles nessas unidades. A maioria dos médicos indicou que o perfil atendido por eles possuía renda familiar aproximada de até um salário mínimo.

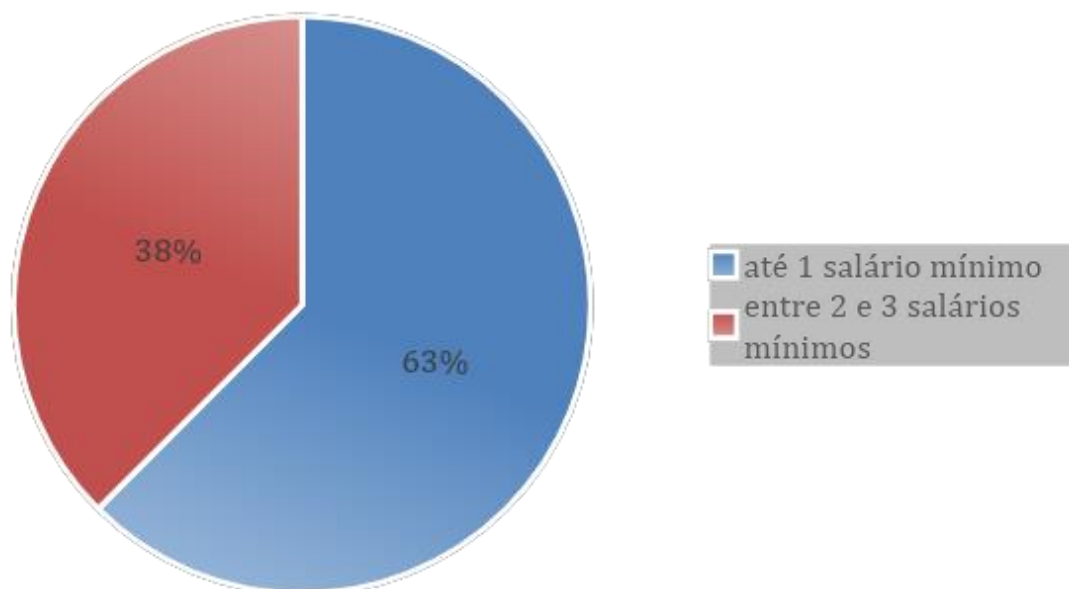
Tabela 2 – Renda familiar média aproximada dos pacientes.

Faixa salarial	N
Até 1 salário mínimo	5
Entre 2 e 3 salários mínimos	3
Entre 4 e 8 salários mínimos	0
Acima de 9 salários mínimos	0
TOTAL	8

A renda familiar média dos pacientes atendidos pelos médicos entrevistados, de acordo com a percepção deles, varia entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que 5 dos médicos acreditam que seus pacientes possuam uma renda familiar média de até

1 salário mínimo. A distribuição da opinião dos entrevistados está detalhada na Tabela 2 e na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição da renda familiar média dos pacientes.

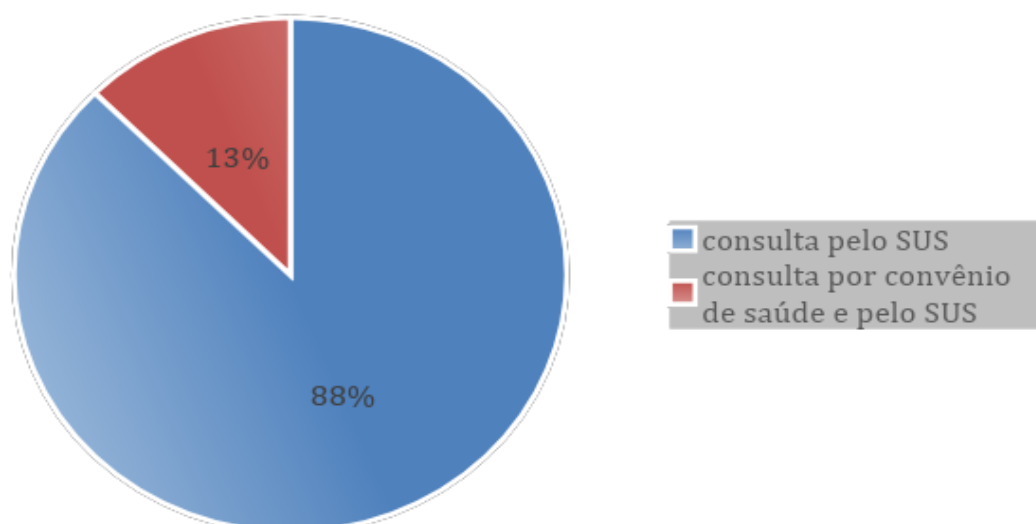


O questionamento 3 tinha o intuito de saber qual eram os vínculos que aquele profissional atendia. Como pode ser observado na Tabela 3 e na Figura 3, a totalidade dos entrevistados informou que seus pacientes realizam consultas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que apenas um dos médicos entrevistados também informou que parte de seus pacientes possui vínculo com plano de saúde. Não houve incidências de pacientes atendidos de forma particular.

Tabela 3 – Tipo de vínculo dos pacientes.

Vínculo dos pacientes	n
Consulta particular	0
Consulta por convênio de saúde	0
Consulta pelo SUS	7
Consulta por convênio de saúde e pelo SUS	1
TOTAL	8

Figura 3 – Distribuição do tipo de vínculo dos pacientes atendidos pelos médicos entrevistados.



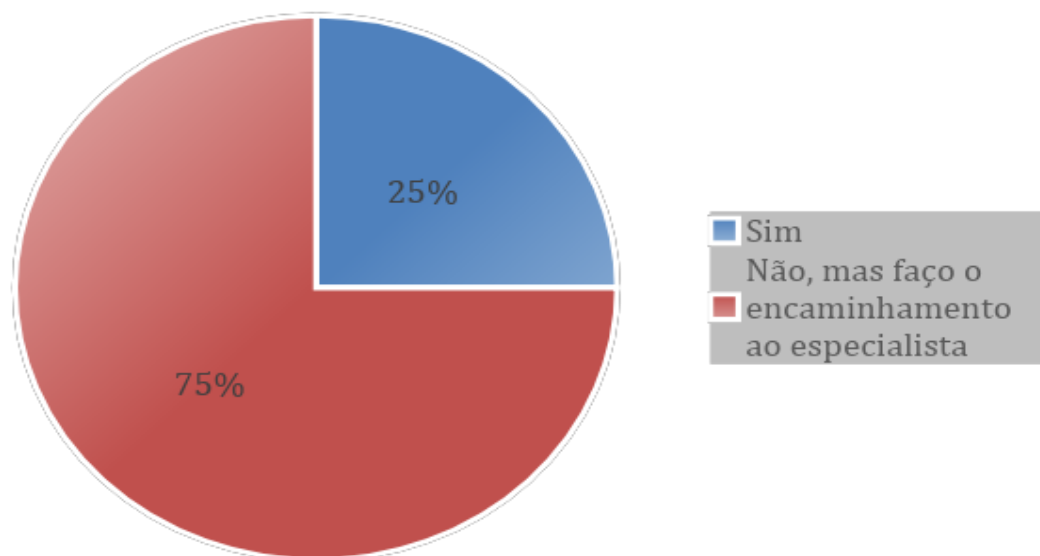
A partir do questionamento número 4, o intuito concentra-se basicamente nas questões direcionadas ao TDAH e a medicalização infantil, foco central da pesquisa. A Tabela 4, abaixo, indica a quantidade de profissionais que fazem a realização do tratamento indicado para TDAH.

Tabela 4 – Realização do tratamento de TDAH pelos médicos entrevistados.

Realização do tratamento de TDAH	n
Sim	2
Não, mas faço o encaminhamento ao especialista	6
TOTAL	8

Dos 8 médicos entrevistados, em sua maioria (6 entrevistados), afirmaram que não executam o tratamento para TDAH, mas encaminham os pacientes para especialistas no assunto. Apenas 2 médicos responderam que realizam o tratamento para TDAH em pacientes que possuem tal transtorno. Nesse sentido, a Figura 4 evidencia que 75% dos médicos indicam outro profissional para que o tratamento comece a ser feito.

Figura 4 – Distribuição dos médicos quanto à realização ou não do tratamento de TDAH.



O questionamento 5 versava sobre a quantidade de casos que aqueles profissionais recebiam por semana. As alternativas partiam de uma resposta de que nunca recebem casos de TDAH até a indicação de que recebem 20 ou mais casos por semana. A Tabela 5 indica que a grande maioria dos profissionais recebe casos de TDAH toda semana.

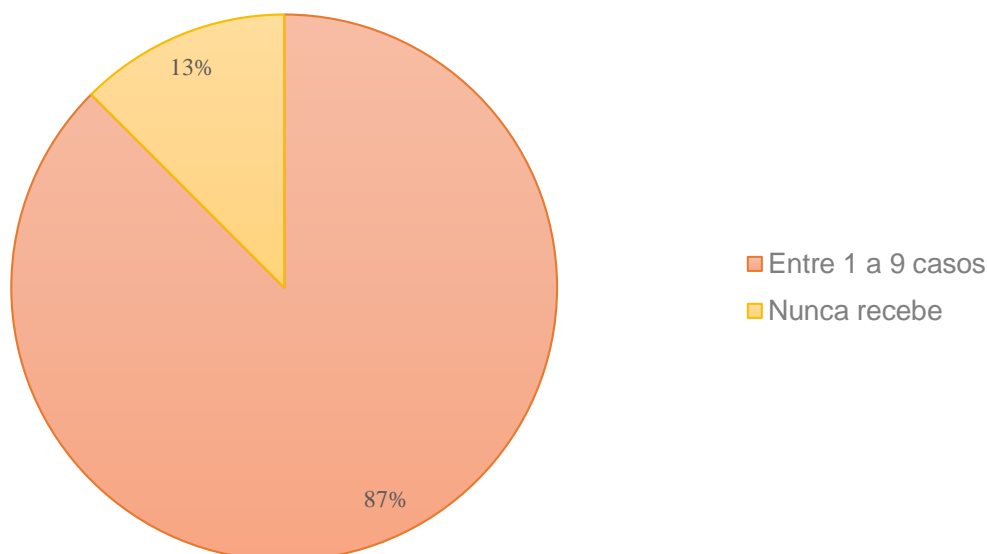
Tabela 5 – Número de casos de TDAH atendidos por semana.

Número de casos de TDAH por semana	n
Entre 20 ou mais	0
Entre 10 a 19	0
Entre 1 a 9	7
Nunca recebe	1
TOTAL	8

Além do médico que afirmou que nunca recebe caso de TDAH na unidade em que trabalha, os demais manifestaram que o número de casos gira em torno de 1 até 9 por semana. Se considerarmos que 2 meses do ano as crianças estão em período total de férias, sobram 10 meses letivos. Analisando em uma forma macro, se considerarmos o mês com quatro semanas, por ano passam entre 40 e 360 casos

com suspeita ou com diagnóstico de TDAH. Entre esses 7 profissionais, por ano, podem passar até 2.520 casos.

Figura 5 – Distribuição do número de casos de TDAH atendidos por semana.



A Figura 5 aponta que apenas 13% nunca recebem casos de TDAH, em contraponto, 87% recebem até 9 casos por semana. Quando questionados se atendiam crianças e adolescentes com suspeita de TDAH, os médicos apontaram que sim, recebem, em sua maioria. A Tabela 6 demonstra a resposta dos profissionais:

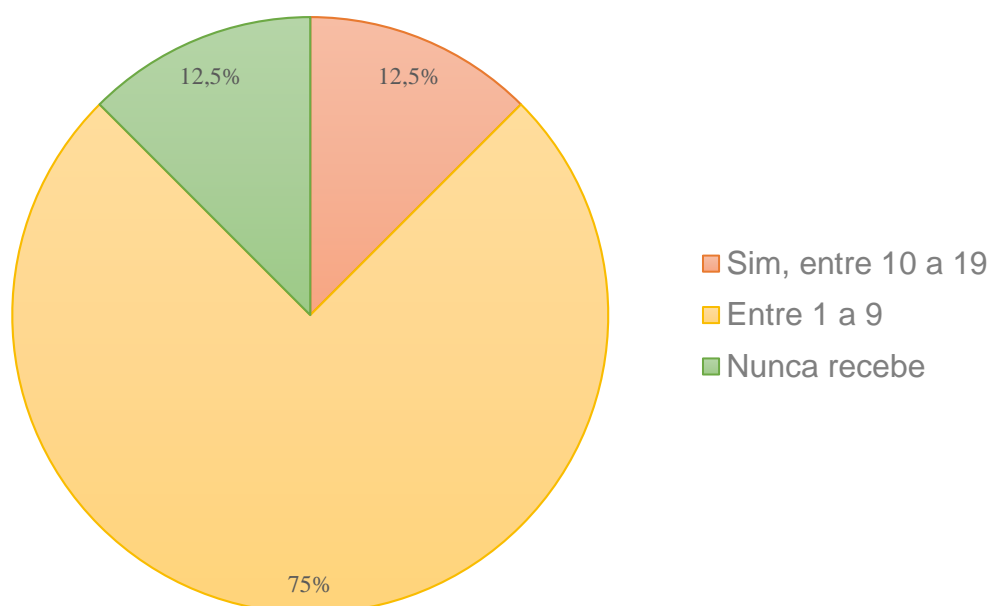
Tabela 6 – Número de jovens atendidos por semana com suspeita de TDAH.

Crianças e/ou adolescentes com suspeita de TDAH atendidos por semana	n
Entre 20 ou mais	0
Entre 10 a 19	1
Entre 1 a 9	6
Nunca recebe	1
TOTAL	8

Como demonstrado na Tabela 6, quando indagados de modo diferente, quanto ao número de crianças e/ou adolescentes com suspeita de TDAH, 6 dos entrevistados disseram receber entre 1 e 9 crianças e/ou adolescentes por semana. Ademais, um médico disse nunca ter recebido crianças e/ou adolescentes com suspeita de TDAH

e também um médico disse receber entre 10 e 19 casos suspeitos de TDAH por semana. Assim, 75% dos médicos recebem entre 1 e 9 casos de crianças e/ou adolescentes com suspeita de TDAH, conforme demonstra a figura abaixo.

Figura 6 – Distribuição do número de crianças e/ou adolescentes atendidos por semana com suspeita de TDAH.



Em razão de ter conhecimento das idades que concentram maiores atendimentos no município de Santa maria, questionou-se qual era a faixa etária que preponderava nos atendimentos. Nessa pergunta, os médicos poderiam marcar mais de uma resposta, se assim desejassem.

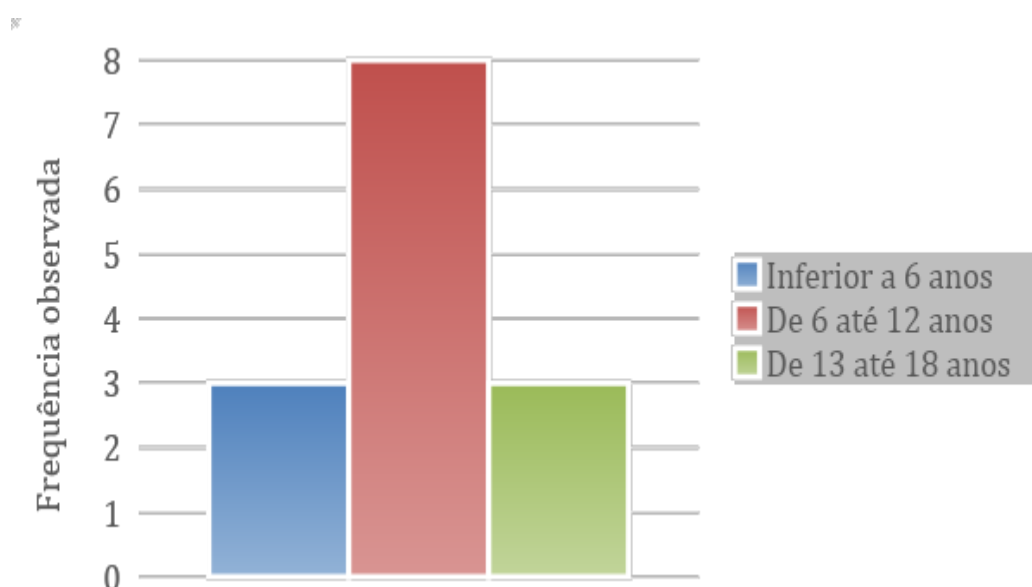
Tabela 7 – Faixa etária de crianças e/ou adolescentes frequentemente atendidos em consultório.

Faixa etária de pacientes	n
Inferior a 6 anos	3
De 6 até 12 anos	8
De 13 até 18 anos	3
TOTAL	14

A totalidade dos entrevistados respondeu atender crianças de 6 a 12 anos, sendo que 3 médicos também relataram atender, frequentemente, crianças com menos de 6 anos ou adolescentes de 13 a 18 anos. A distribuição de frequência das

respostas da Tabela 7 podem ser observadas na Figura 7, ressaltando que todos os médicos responderam atender crianças de 06 até 12 anos com maior frequência.

Figura 7 – Distribuição da frequência observada para a faixa etária de crianças e/ou adolescentes atendidos em consultório.



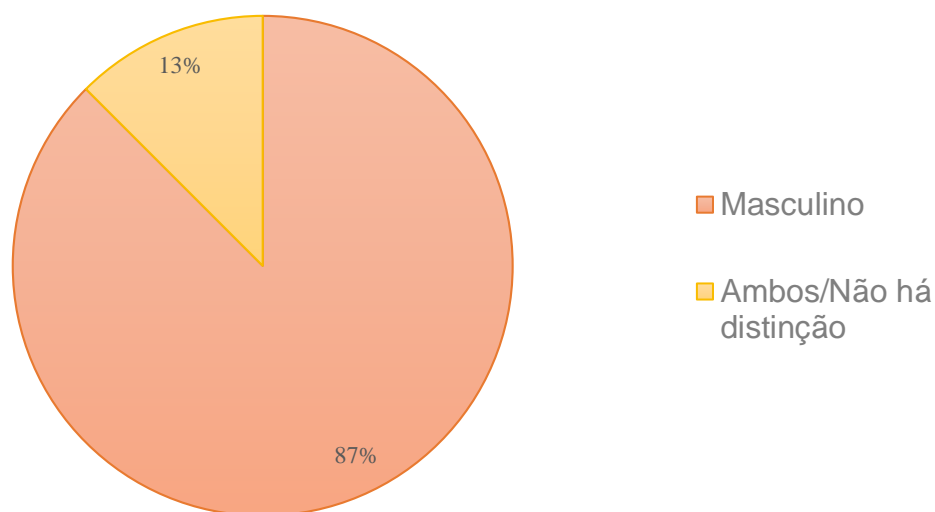
Diante da realidade etária, questionou-se aos médicos, dentre os seus pacientes, qual dos sexos tinha índices maiores de suspeita de TDAH. De acordo com a Tabela 8, nenhum médico apontou para a predominância na suspeita de TDAH no sexo feminino.

Tabela 8 – Sexo predominante entre pacientes com suspeita de TDAH.

Sexo biológico	n
Feminino	0
Masculino	7
Ambos/Não há distinção	1
TOTAL	8

Os médicos entrevistados responderam, em sua maioria, 7 de um total de 8, que o sexo mais frequente é o masculino. Houve uma ocorrência onde o entrevistado não pôde determinar um único sexo predominante entre seus pacientes com suspeita de TDAH. Os detalhes relacionados a esse questionamento podem ser observados na Figura 8.

Figura 8 – Distribuição do sexo predominante entre os pacientes com suspeita de TDAH, de acordo com cada entrevistado.



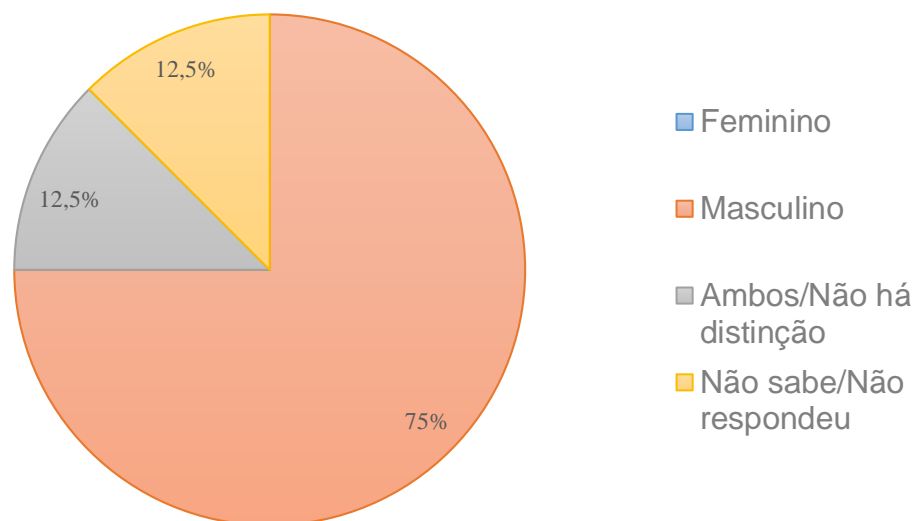
A mesma pergunta foi realizada novamente, entretanto, desta vez considerando o sexo predominante entre os pacientes diagnosticados com TDAH. Os médicos entrevistados responderam, em sua maioria (um total de 6 entrevistados), que o sexo mais frequente é o masculino.

Tabela 9 – Sexo predominante entre pacientes diagnosticados com TDAH.

Sexo biológico	n
Feminino	0
Masculino	6
Ambos/Não há distinção	1
Não sabe/Não respondeu	1
TOTAL	8

Novamente, houve uma ocorrência em que o entrevistado não pôde determinar um único sexo predominante entre seus pacientes com diagnóstico de TDAH e uma outra ocorrência em que o entrevistado não soube determinar com precisão uma resposta. Quanto aos dados de porcentagem, é possível visualizar na Figura 9.

Figura 9 – Distribuição do sexo predominante entre os pacientes diagnosticados com TDAH, de acordo com cada entrevistado



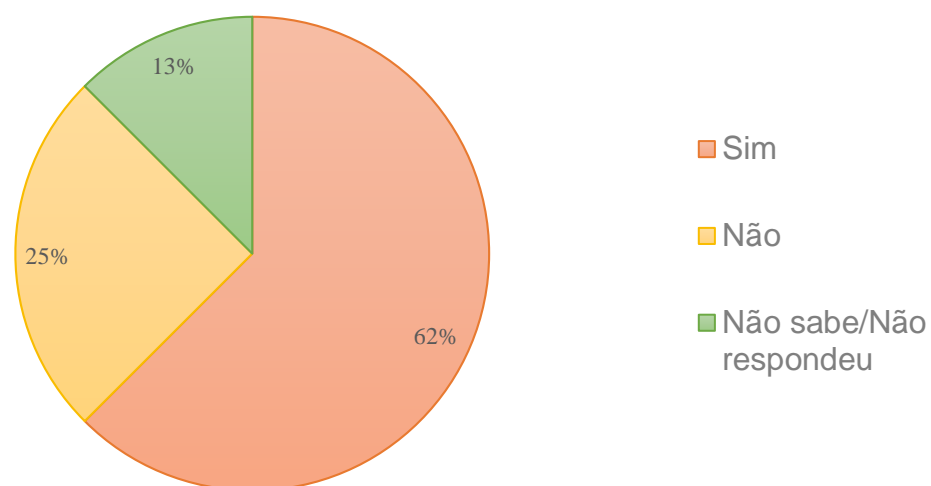
A respeito da percepção de um aumento dos casos de TDAH em crianças e adolescentes nos últimos 10 anos, 5 dos médicos entrevistados afirmam que de fato ocorreu um aumento da incidência de TDAH nesta população, conforme a Tabela 10.

Tabela 10 – Percepção acerca do aumento de incidência de TDAH em crianças e adolescentes.

Percebe aumento de incidência de TDAH?	n
Sim	5
Não	2
Não sabe/Não respondeu	1
TOTAL	8

Por outro lado, 2 dos 8 entrevistados dizem não perceber um aumento do número de casos de TDAH em crianças e adolescentes; e 1 médico não soube responder sobre a sua percepção quanto ao aumento ou não da incidência do TDAH em crianças e adolescentes. A Figura 10 sumariza tais resultados.

Figura 10 – Distribuição da opinião dos entrevistados quanto ao aumento do número de casos de TDAH em crianças e adolescentes.



Por se tratarem de crianças e adolescentes, geralmente, os pais ou responsáveis acompanham os mesmos nas consultas. E, diante disso, questionou-se aos médicos que esses pais ou responsáveis estavam procurando auxílio especializados em razão da percepção e/ou orientação dos professores ou, ainda, de outros profissionais do ambiente escolar.

Tabela 11 – Relatos de procura por atendimento médico em decorrência da orientação de profissionais do ambiente escolar.

Procura de auxílio especializado em razão da orientação de professores?	n
Sim	8
Não	0
TOTAL	8

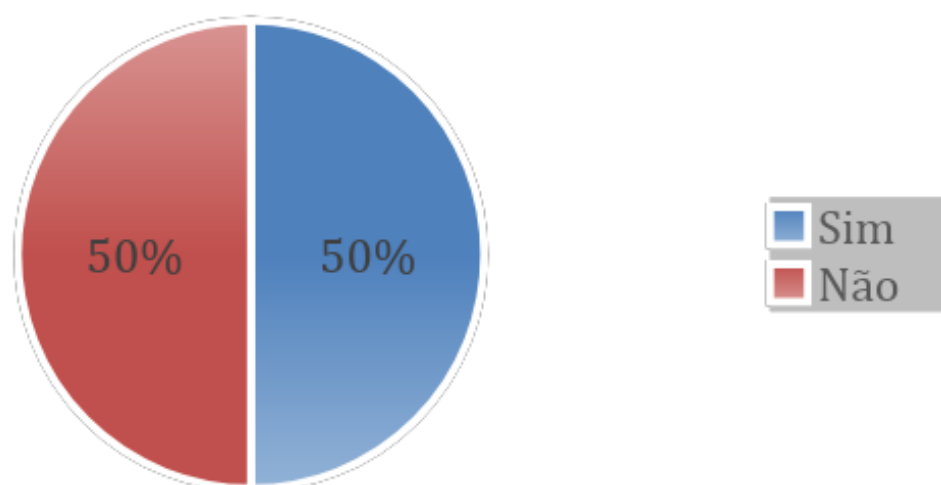
Salienta-se que a totalidade dos médicos entrevistados (8) relatou que pais e/ou responsáveis têm declarado que estão procurando auxílio especializado em virtude da orientação de professores ou outros profissionais da escola em que as crianças e/ou adolescentes com suspeita de TDAH estudam. Perguntou-se, ainda, se os médicos percebiam que o aumento no consumo de fármacos à base do metilfenidato era compatível com os diagnósticos de TDAH.

Tabela 12 – Percepção do aumento da procura de fármacos à base de metilfenidato como sendo compatível com o número de diagnósticos de TDAH.

Compatibilidade da procura de fármacos à base de metilfenidato com o número de diagnósticos de TDAH	n
Sim	4
Não	4
TOTAL	8

Curiosamente, os médicos ficaram divididos quanto a essa percepção. A metade dos entrevistados relatou perceber tal compatibilidade no uso da Ritalina, por exemplo com o número de diagnósticos de TDAH. Os outros 50% dos entrevistados dizem que o aumento do consumo de fármacos dessa família não é compatível com o número de casos de TDAH, conforme representa a Figura 11.

Figura 11 – Distribuição da percepção do aumento da procura de fármacos à base de metilfenidato como sendo compatível com o número de diagnósticos de TDAH.



Ainda segundo o aumento na procura de fármacos à base do metilfenidato, questionou--se se a procura por esses remédios tinha a justificativa de melhorar a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes.

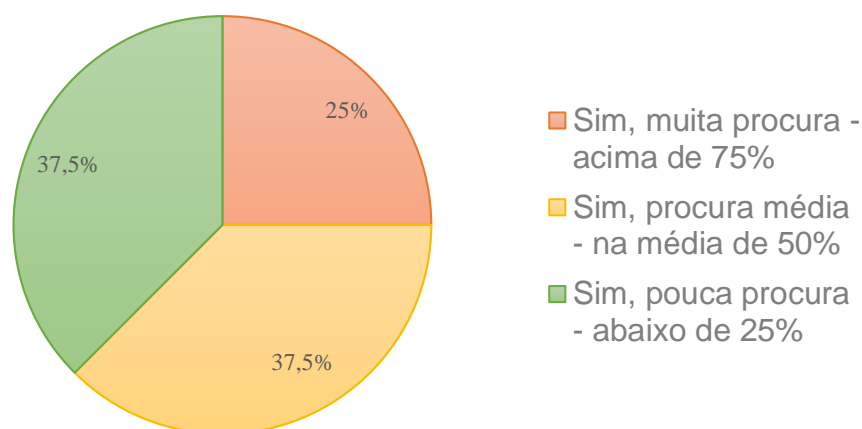
Tabela 13 – Percepção a respeito do aumento da procura de fármacos à base de metilfenidato com a justificativa de melhorar a qualidade de vida de crianças ou adolescentes.

Ocorre a procura de fármacos a base de metilfenidato com a justificativa de melhorar a qualidade de vida de jovens?	n
Sim, muita procura - acima de 75%	2
Sim, procura média - na média de 50%	3
Sim, pouca procura - abaixo de 25%	3
Não tem procura - 0%	0
TOTAL	8

Todos os médicos entrevistados, ou seja, 100%, responderam que notam um aumento da procura por medicamentos à base de metilfenidato por pais e/ou responsáveis com a escusa de melhorar a qualidade de vida das crianças ou adolescentes. Entretanto, a frequência com que tal justificativa é utilizada, é variável entre os entrevistados. Dois médicos informaram que é muito alta, acima de 75% dos casos atendidos a procura por Ritalina, ou similares, com a justificativa de melhorar a qualidade de vida dos jovens.

Outros três entrevistados disseram que a procura por fármacos com tal justificativa dos pais ou responsáveis é média, em torno de 50% dos casos atendidos por eles; e, por fim, também três dos médicos informaram que o uso da justificativa de melhora da qualidade de vida de jovens para prescrição de Ritalina e similares é baixa, inferior a 25% dos casos atendidos. Em síntese, tais informações foram representadas na Figura 12.

Figura 12 – Distribuição da percepção a respeito do aumento da procura de fármacos à base de metilfenidato com a justificativa de melhorar a qualidade de vida de crianças ou adolescentes.



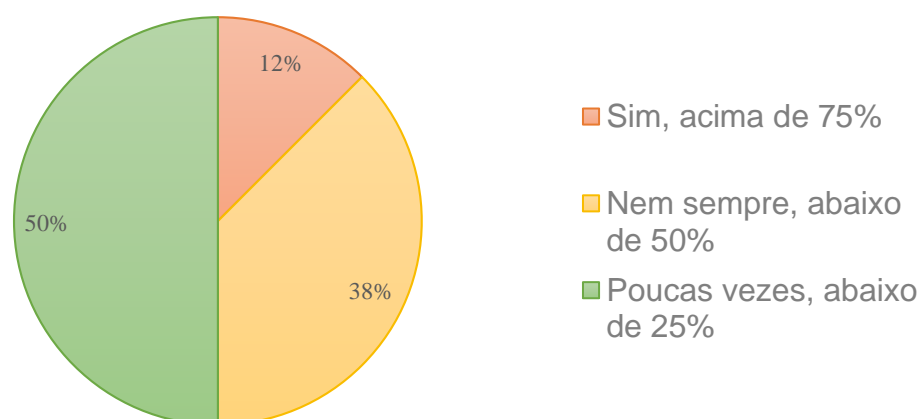
Diante das suspeitas de TDAH, levando em consideração que 100% dos médicos responderam que os pais e/ou responsáveis chegam para a consulta com indicação dos professores, perguntou-se se essas suspeitas se concretizavam. A Tabela 14 apresenta o número de respostas:

Tabela 14 – Confirmação das suspeitas de casos de TDAH.

As suspeitas de TDAH se confirmam em diagnósticos?	n
Sim, sempre	0
Sim, acima de 75%	1
Nem sempre, abaixo de 50%	3
Poucas vezes, abaixo de 25%	4
TOTAL	8

De acordo com as respostas coletadas através do questionário, a maioria dos médicos relata que a taxa de confirmação do diagnóstico de TDAH para casos suspeitos é inferior a 50%. Pode-se observar melhor na Figura 13 que 4 entrevistados informam que a taxa de diagnóstico é inferior a 25% dos casos suspeitos; e 3 médicos relatam que os diagnósticos de TDAH para casos suspeitos não supera os 50%. Nenhum médico entrevistado confirma que todas as suspeitas de TDAH são sempre comprovadas com o diagnóstico final, e apenas um médico entrevistado diz que acima de 75% dos casos suspeitos são confirmados como TDAH.

Figura 13 – Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à taxa de diagnósticos de TDAH frente ao número de casos suspeitos do transtorno.



Ainda assim, quanto a necessidade do uso de medicamentos para o tratamento do TDAH, as respostas dos médicos estão expostas na Tabela 15, demonstrando que

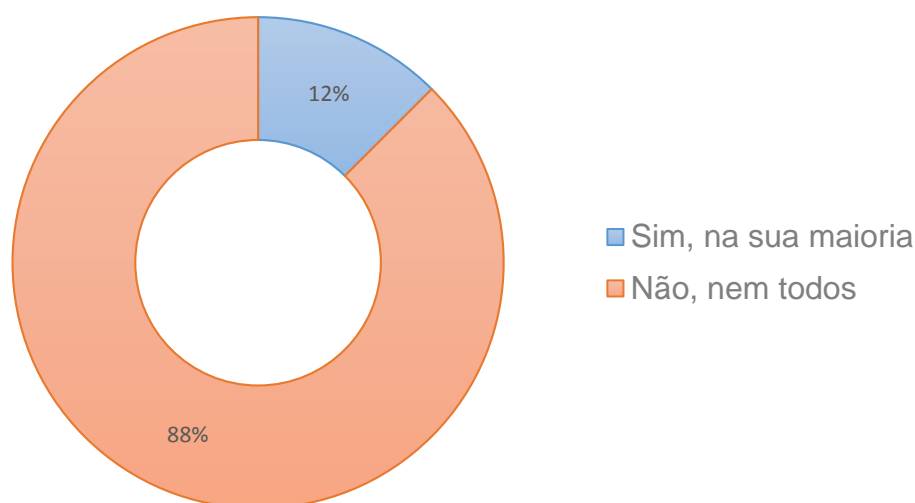
nenhum médico afirma que todos os tratamentos de TDAH necessitam de medicamentos.

Tabela 15 – Necessidade do uso de medicamentos para o tratamento de TDAH.

Necessidade de tratamento medicamentoso em casos de TDAH	N
Sim, em todos	0
Sim, na sua maioria	1
Não, nem todos	7
TOTAL	8

Ainda sobre a necessidade de tratamento medicamentoso para o TDAH, mostrada na Tabela 15, 7 médicos consultados dizem que nem todos os casos de TDAH exigem o uso de fármacos específicos. Apenas um médico disse que a maioria dos casos de TDAH deve ser tratado com a administração de medicamentos. Diante das respostas, o gráfico corresponde a 88% dos médicos afirmando que nem todos os casos necessitam, em detrimento de 12% que acreditam que a maioria precisa de medicamento.

Figura 14 – Distribuição da opinião dos médicos a respeito da necessidade de tratamento medicamentoso nos casos de TDAH diagnosticados.



Também foi questionado sobre os períodos do ano que os médicos percebem um aumento na procura de suspeitas de TDAH a fim de haver o diagnóstico. As

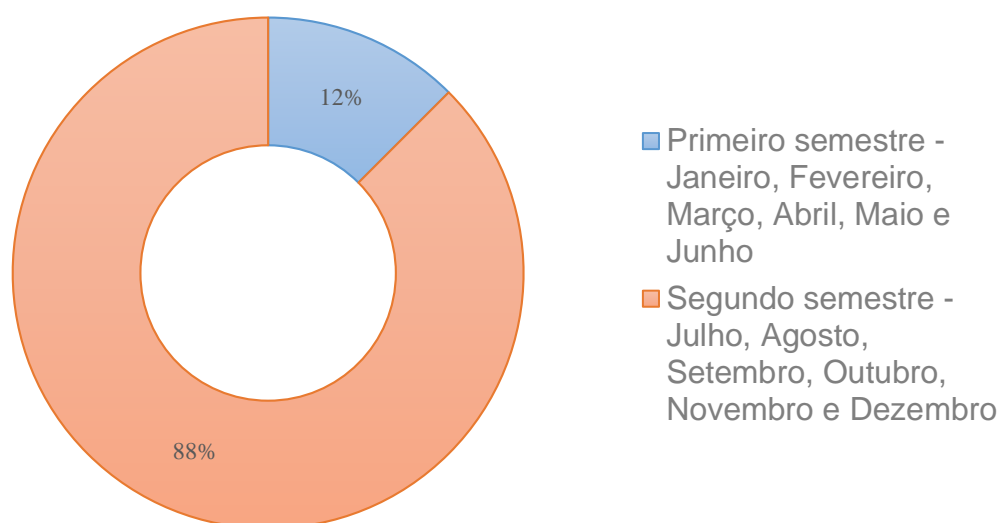
respostas foram divididas em 4 períodos: início do ano (janeiro, fevereiro e março); primeiro semestre letivo (abril, maio e junho); meio do ano (junho e agosto) e por fim, segundo semestre letivo (setembro, outubro, novembro e dezembro). Desse modo, elas foram agrupadas em primeiro semestre e segundo semestre, conforme a Tabela 16.

Tabela 16 – Períodos do ano em que ocorre a maior procura por atendimentos com suspeita de TDAH.

Período de maior procura de atendimentos com suspeita de TDAH	n
Primeiro semestre - Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio e Junho	1
Segundo semestre - Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro	7
TOTAL	8

Os médicos foram quase unânimes, 7 dos 8 entrevistados, em constatar que a maior incidência de consultas para avaliar casos suspeitos de TDAH ocorre no segundo semestre do ano, período que compreende os meses de julho, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro, conforme pode ser observado na Figura 15.

Figura 15 – Distribuição da opinião dos médicos com relação ao período do ano em que há maior procura por atendimentos com suspeita de TDAH ocorre.



Por fim, indagados a respeito das causas do aumento de 775% no Brasil, entre os anos de 2003 e 2012, da procura de fármacos da família da Ritalina, os médicos

foram unânimes na opinião de que tal aumento não corresponde ao melhor conhecimento do TDAH

Tabela 17 – Causas alegadas para o aumento da procura por fármacos à base de metilfenidato no Brasil.

A que se deve o aumento na procura por fármacos a base de metilfenidato no Brasil?	n
Ao melhor conhecimento do TDAH	0
À utilização do fármaco por pessoas saudáveis que buscam aumentar o rendimento em atividades intelectuais, correspondendo a uma exigência social de direcionar/focar a atenção.	8
TOTAL	8

De acordo com eles, esse aumento ocorreu devido à utilização de fármacos à base de metilfenidato por pessoas saudáveis que buscam aumentar seus rendimentos em atividades intelectuais, com o objetivo de atender a uma exigência da sociedade por maior foco e atenção no desenvolvimento de atividades do dia-a-dia.

5.3 Os professores pactuados ao PSE no município de Santa Maria e o TDAH e a medicalização infantil

Depois de demonstrada a percepção dos médicos vinculados a escolas pactuadas no PSE no município de Santa Maria, aplicou-se um questionário aos professores a fim de analisar os índices correspondentes à realidade na qual estão inseridos no que tange o TDAH e a medicalização infantil. O questionário aplicado aos professores continha 19 perguntas que abrangiam o PSE, o TDAH, a medicalização infantil e o conhecimento dos mesmos a respeito. A coleta de dados foi apresentada aos professores, diretores e gestores, no dia 13 de dezembro de 2018, na reunião organizada pela Secretaria de Educação do Município de Santa Maria. Para tanto, a pesquisa foi feita entre os dias 14 de dezembro de 2018 e 15 de janeiro de 2019.

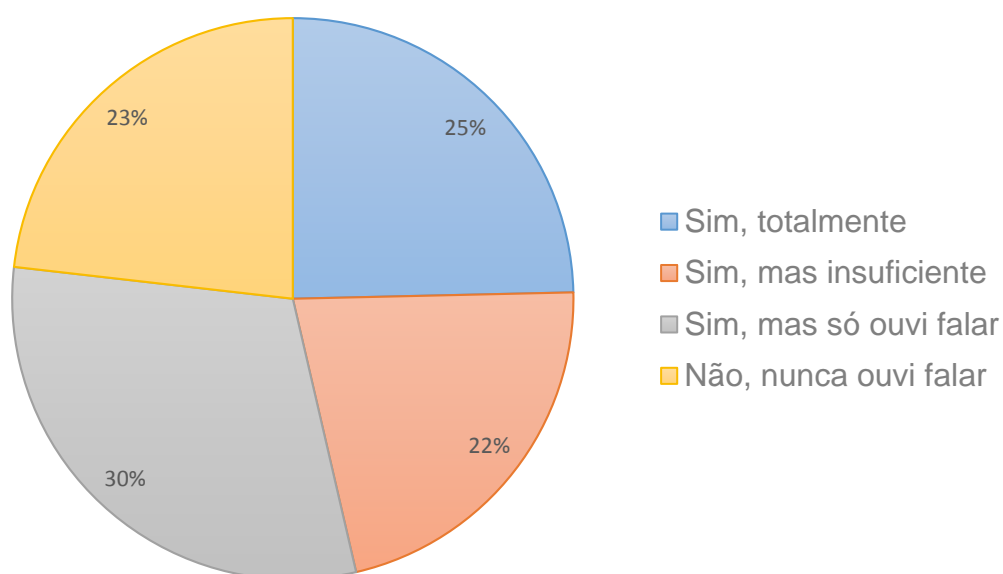
Cabe referenciar que participaram desta parte da pesquisa professores de escolas municipais de Santa Maria, de diferentes bairros, sugeridas pela Secretaria de Educação, alcançando o número de 69 professores em 28 escolas. Inicialmente, perguntou-se se os professores conheciam o Programa Saúde na Escola, o PSE. Dentre as respostas, 17 professores responderam que conhecem o PSE na sua totalidade.

Tabela 18 – Conhece o Programa de saúde na escola.

Conhece o PSE?	N
Sim, totalmente	17
Sim, mas insuficiente	15
Sim, mas só ouvi falar	21
Não, nunca ouvi falar	16
TOTAL	69

Como observado na Tabela 18 acima e demonstrado na Figura 16, abaixo, 30% dos respondentes do questionário, ou seja, 21 professores afirmam apenas ter ouvido falar sobre o programa de saúde na escola (PSE); enquanto 22% dos respondentes, ou seja, 15 professores afirmam conhecer insuficientemente o PSE. Já 25% dos respondentes, ou seja, 17 professores acreditam conhecer totalmente o PSE; enquanto 23%, ou seja, 16 professores afirmam nunca ter ouvido falar sobre o PSE.

Figura 16 – Conhece o Programa de saúde na escola.



Chama-se a atenção que 23% dos professores nunca ouviram falar, ou seja, não possuem conhecimento qualquer sobre as premissas e os objetivos do Programa Saúde na Escola. Tratando-se de um Programa a nível federal, com aplicabilidade direta no município, perguntou-se se os professores recebiam algum tipo de

treinamento ou capacitação vinculados ao Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação, a fim de desenvolver melhor o Programa.

Tabela 19 – Recebe treinamento vinculado ao Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação, para capacitação e auxílio no desenvolvimento do Programa.

Recebe treinamento	N
Sim, periodicamente, de 1 em 1 meses	0
Sim, periodicamente, de 3 em 3 meses	0
Sim, periodicamente, de 6 em 6 meses	0
Sim, uma vez por ano	1
Não	68
TOTAL	69

Como observado na Tabela 19, 99% dos respondentes do questionário, ou seja, 68 professores afirmam não receber nenhum tipo de treinamento vinculado ao Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação, para capacitação e auxílio no desenvolvimento do programa de saúde na escola (PSE); enquanto 1% dos respondentes, ou seja, 1 professor afirma receber treinamento vinculado ao Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação sobre o PSE. Em caráter percentual, a figura abaixo é bastante clara:

Figura 17 – Recebe treinamento vinculado ao Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação, para capacitação e auxílio no desenvolvimento do Programa.



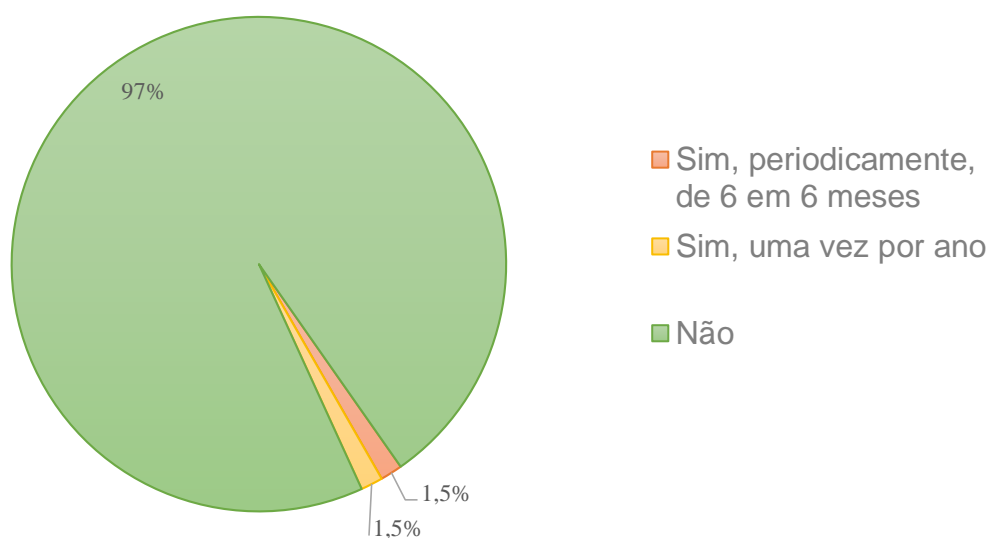
Ainda assim, perguntou-se se os professores recebiam algum tipo de treinamento ou capacitação por parte da esfera municipal. As respostas variavam de uma capacitação e/ou treinamento mensal, a cada 3 meses, a cada 6 meses, uma vez por ano ou ainda que não recebiam qualquer formação.

Tabela 20 – Recebe algum treinamento vinculado ao município, para capacitação e auxílio no desenvolvimento do programa.

Recebe treinamento por parte do município	n
Sim, periodicamente, de 1 em 1 meses	0
Sim, periodicamente, de 3 em 3 meses	0
Sim, periodicamente, de 6 em 6 meses	1
Sim, uma vez por ano	1
Não	67
TOTAL	69

Aproximadamente 97% dos respondentes do questionário, ou seja, 67 professores afirmam não receber nenhum tipo de treinamento vinculado ao município, para capacitação e auxílio no desenvolvimento do PSE; enquanto 1,5% dos respondentes, ou seja, 1 professor afirma receber treinamento vinculado ao município uma vez por ano; enquanto outro professor, que também representa 1,5% do todo, afirma receber treinamentos periodicamente, de 6 em 6 meses, como nota-se nos dados apresentados na Figura 18.

Figura 18 – Recebe treinamento vinculado ao município, para capacitação e auxílio no desenvolvimento do programa.



Quando questionou-se sobre a importância da capacitação dos próprios professores a fim de qualificar a abordagem com os alunos e no auxílio das famílias no que diz respeito aos objetivos do PSE, a maioria respondeu que sim, considera importante, conforme a Tabela 21.

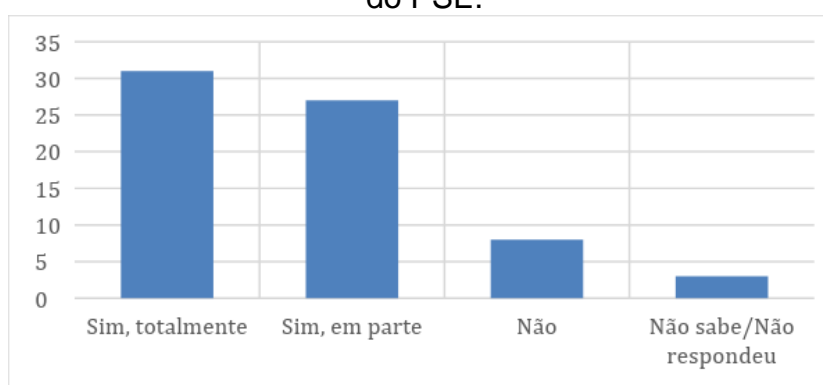
Tabela 21 – Opinião dos professores sobre a capacitação para melhorar a abordagem com os alunos bem como no auxílio das famílias, quanto aos objetivos do PSE.

Importância sobre capacitação quanto aos objetivos do PSE?	n
Sim, totalmente	31
Sim, em parte	27
Não	8
Não sabe/Não respondeu	3
TOTAL	69

Assim, 45% dos respondentes do questionário, ou seja, 31 professores acreditam que é totalmente importante a capacitação para melhorar a abordagem com os alunos bem como no auxílio das famílias, quanto aos objetivos do PSE. Já 39% dos respondentes do questionário, ou seja, 27 professores acreditam em parte que seja importante se capacitar para atender os objetivos do PSE,

Salienta-se, negativamente que 12% dos respondentes, ou seja, 8 professores acreditam que não é importante se capacitar para melhorar a abordagem com os alunos bem como no auxílio das famílias, quanto aos objetivos do PSE. Por fim, 4% dos respondentes, ou seja, 3 professores não sabem opinar, ou não responderam a questão, conforme demonstra-se na Figura 19.

Figura 19 – Opinião dos professores sobre a capacitação para melhorar a abordagem com os alunos bem como no auxílio das famílias, quanto aos objetivos do PSE.



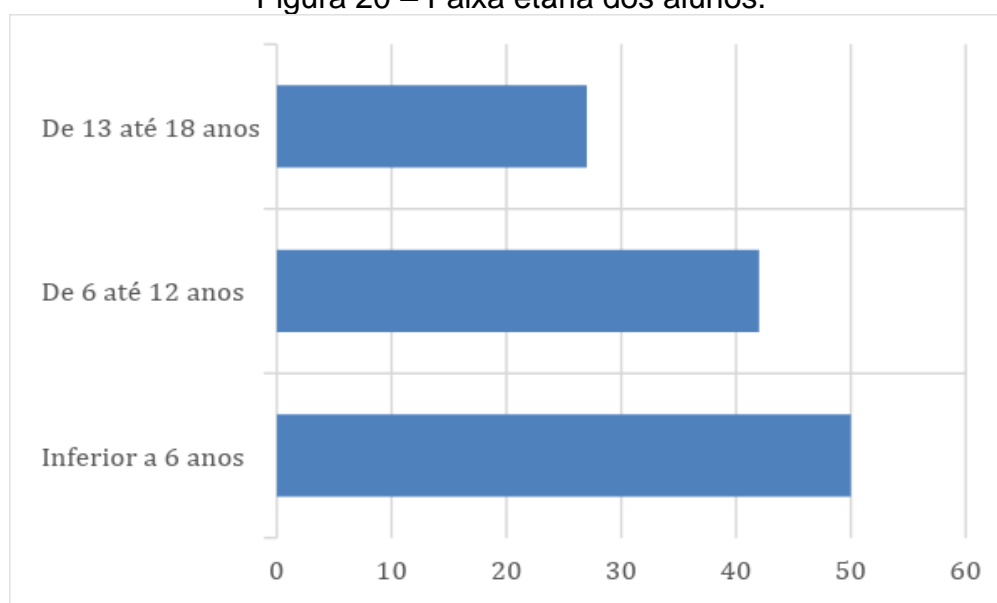
A fim de parear as informações com a percepção dos professores, questionou-se qual era a faixa etária que os entrevistados tinham maior contato. Nessa pergunta, houve professores que responderam mais de uma alternativa, ou seja, um número maior de respostas (119) do que o número amostrado (69), tendo em vista que exercem atividades laborativas em diferentes anos dentro do sistema de ensino. Assim, a faixa etária que interessa ao estudo, concentra-se entre 6 e 12 anos.

Tabela 22 – Faixa etária dos alunos

Faixa etária dos alunos	n
Inferior a 6 anos	50
De 6 até 12 anos	42
De 13 até 18 anos	27
TOTAL	119

A maioria dos alunos que possuem idade inferior a 6 anos representa 42% das respostas; enquanto os alunos que possuem idade entre 6 e 12 anos representam 35% das respostas; e alunos que possuem idade entre 13 e 18 anos, representam 23% do total das respostas. A síntese dessas avaliações pode ser observada na Figura 20.

Figura 20 – Faixa etária dos alunos.



Sabendo as idades, perguntou-se qual era o sexo que predomina nos bancos escolares. De acordo com a Tabela 23, a maioria dos professores indicou que não

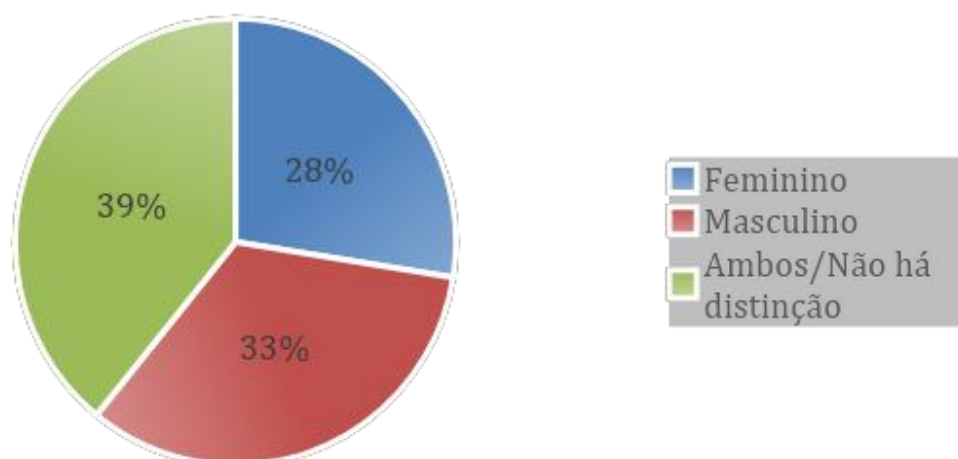
havia uma predominância e sim, que os alunos não havia predominância quantitativa entre o sexo feminino ou masculino ou seja leva-nos a acreditar que as turmas são homogêneas, conforme verifica-se abaixo:

Tabela 23 – Sexo predominante dos alunos.

Sexo predominante dos alunos	n
Feminino	19
Masculino	23
Ambos/Não há distinção	27
TOTAL	69

Entretanto, 42 professores responderam haver uma predominância. Do total, 33% acreditam que o sexo predominante dos alunos é do sexo masculino; enquanto 28% acreditam que o sexo predominante é o feminino, conforme pode se analisar no gráfico abaixo:

Figura 21 – Sexo predominante dos alunos.



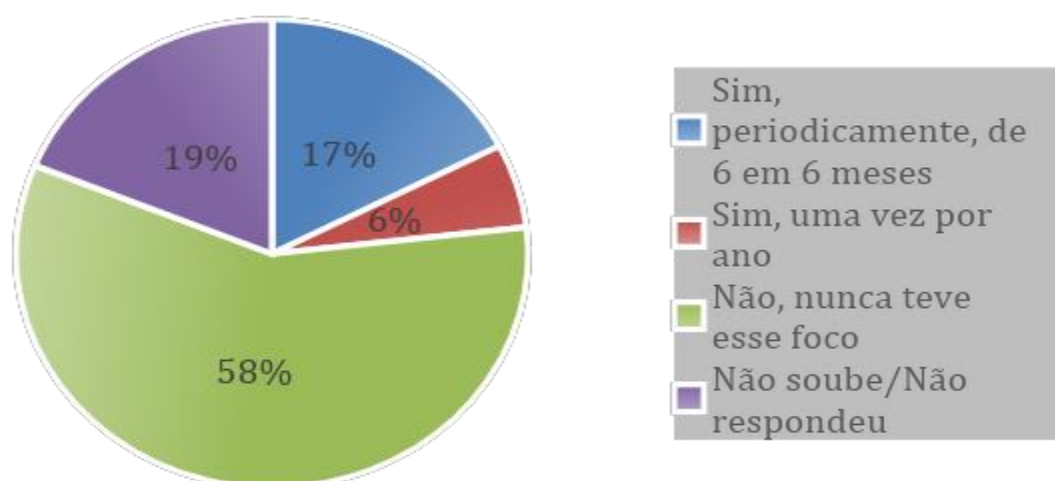
Traçado o perfil etário e por sexo dos alunos dos professores pesquisados, a pesquisa questionou se a escola aborda, de alguma maneira, questões relacionadas à saúde mental dos alunos. A Tabela 24 apresenta a resposta dos professores quanto a esse questionamento:

Tabela 24 – O programa saúde na escola aborda, na sua escola, de alguma maneira, questões relacionadas a saúde mental dos alunos.

Em sua escola o PSE aborda questões de saúde mental dos alunos?	N
Sim, periodicamente, de 3 em 3 meses	0
Sim, periodicamente, de 6 em 6 meses	12
Sim, uma vez por ano	4
Não, nunca teve esse foco	40
Não soube/Não respondeu	13
TOTAL	69

Nota-se que a grande maioria dos professores (58%), afirma que o PSE não aborda questões relacionadas à saúde mental dos alunos; enquanto 19% afirmam não saber responder a pergunta. Dos professores pesquisados, 17% afirmam que o PSE aborda periodicamente, de 6 em 6 meses, questões relacionadas à saúde mental dos alunos; e 6% dos professores, afirmam que o PSE trabalha questões relacionadas a saúde mental dos alunos uma vez por ano, conforme indica a Figura 22.

Figura 22 – O programa saúde na escola aborda, na sua escola, de alguma maneira, questões relacionadas à saúde mental dos alunos.



Aprofundando as perguntas para o TDAH, perguntou-se se os professores conheciam o TDAH e em que nível tinham de conhecimento. Buscou-se verificar se, as alternativas “ o professor conhecia totalmente o TDHA; se conhecia, mas de forma insuficiente; e se conhecia mas não sabia o que significava. Além dessas

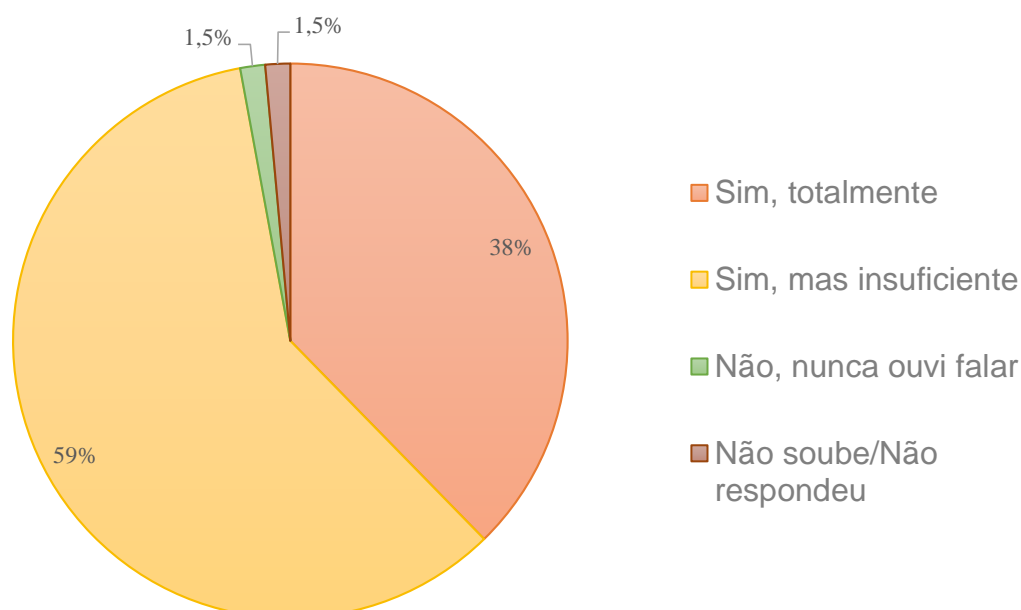
possibilidades havia as respostas negativas que nunca ouviu falar, bem como não sabe/não respondeu.

Tabela 25 – Nível de conhecimento dos professores em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Você conhece o TDAH	n
Sim, totalmente	26
Sim, mas insuficiente	41
Sim, mas não sei o que significa	0
Não, nunca ouvi falar	1
Não soube/ Não respondeu	1
TOTAL	69

Dos 69, 41 professores (59%) afirmam conhecer o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), porém insuficientemente. Já 38%, ou seja, 26 professores afirmam conhecer totalmente o TDAH; entretanto 2 professores, que juntos representam 3% do todo, responderam respectivamente, que não, nunca ouviu falar sobre o TDAH e que não soube responder. Os dados são representados graficamente pela Figura 23.

Figura 23 – Nível de conhecimento dos professores em relação ao Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade.



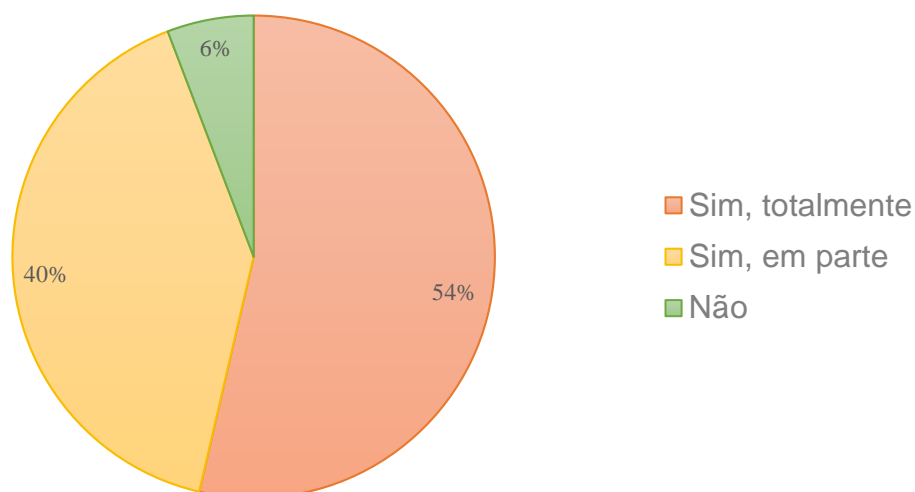
Perguntou-se, então, se os professores teriam interesse em aprofundar os seus conhecimentos sobre o TDAH. Todos os professores responderam essa pergunta, porém salienta-se que 4 professores não possuem o mínimo interesse em saber mais sobre o TDAH, conforme a Tabela 26.

Tabela 26 – Nível de interesse dos professores em aprofundar os conhecimentos em relação ao Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade.

Interesse em aprofundar os conhecimentos em TDAH.	n
Sim, totalmente	37
Sim, em parte	28
Não	4
TOTAL	69

Assim, 54% das respostas, ou seja, 37 professores demonstraram interesse em aprofundar os conhecimentos em relação ao TDAH, já 40% das respostas, ou seja, 28 professores demonstraram interesse em parte em aprofundar seus conhecimentos em relação ao TDAH. Mesmo que haja uma parcela que não possui interesse, 94% dos professores gostariam de aprofundar seus conhecimentos no TDAH, conforme a Figura 24.

Figura 24 – Nível de interesse dos professores em aprofundar os conhecimentos em relação ao Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade.



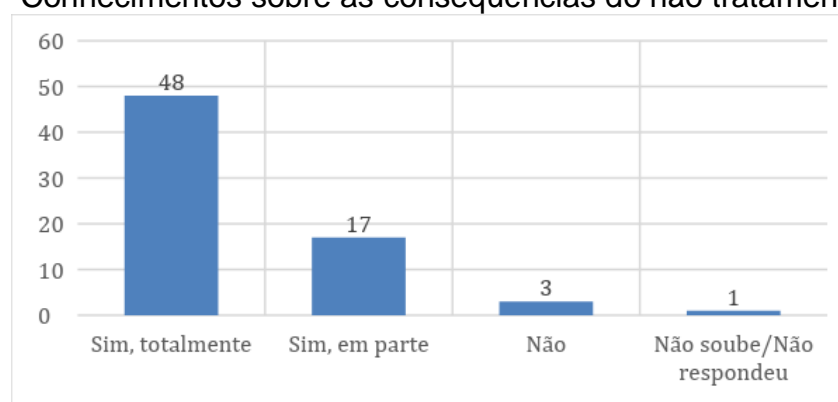
Perguntados se tinham conhecimento das consequências educacionais que o não tratamento do TDAH poderia trazer na vida dos seus alunos, a grande maioria afirmou saber, ao menos, em parte sobre essas consequências, conforme a Tabela 27.

Tabela 27 – Conhecimentos sobre as consequências do não tratamento do TDAH.

Conhece as consequências do não tratamento do TDAH?	n
Sim, totalmente	48
Sim, em parte	17
Não	3
Não soube/Não respondeu	1
TOTAL	69

Como observado, 48 respostas, ou seja, 70% dos professores afirmam ter total conhecimento sobre as consequências do não tratamento do TDAH; enquanto 17 respostas, ou seja, 25% dos professores afirmam ter conhecimento em parte sobre as consequências do não tratamento do TDAH. Três professores, ou seja, 4% afirmam não ter conhecimento sobre as consequências do não tratamento do TDAH e 1 resposta, ou seja, 1% dos professores não souberam responder à questão. As porcentagens são melhores analisadas na Figura 25.

Figura 25 – Conhecimentos sobre as consequências do não tratamento do TDAH.



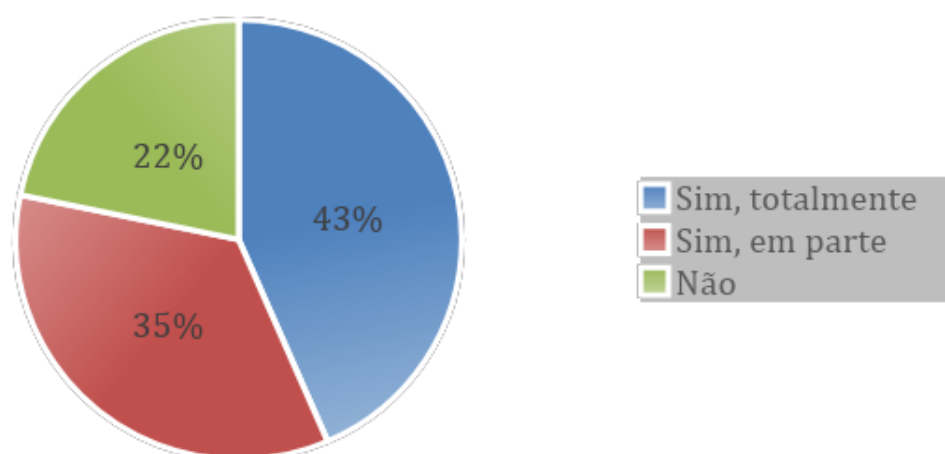
Migrando para o tema da medicalização infantil, buscando a interface de assuntos, os professores foram questionados a respeito se tinham ou não ciência da medicalização abusiva, ou seja, sem necessidade, de fármacos como a Ritalina, Ritalina LA e Concerta.

Tabela 28 – Conhecimento por parte dos professores, em relação ao aumento da medicalização abusiva com fármacos a base de metilfenidato.

Conhecimento do aumento da medicalização abusiva com fármacos a base de metilfenidato.	n
Sim, totalmente	30
Sim, em parte	24
Não	15
TOTAL	69

Da amostra da pesquisa, 30 professores, ou seja, 43% das respostas, têm conhecimento em relação ao aumento da medicalização abusiva (sem necessidade) de fármacos como Ritalina, Ritalina LA e Concerta. Vinte e quatro professores, correspondendo a 35% das respostas, têm conhecimento em parte sobre o aumento da medicalização abusiva (sem necessidade) de fármacos como Ritalina, Ritalina LA e Concerta. Enquanto 15 professores, ou seja, 22% das respostas não tem conhecimento sobre o aumento da medicalização abusiva (sem necessidade) de fármacos como Ritalina, Ritalina LA e Concerta, conforme visualiza-se na Figura 26.

Figura 26 – Conhecimento por parte dos professores, em relação ao aumento da medicalização abusiva com fármacos a base de metilfenidato.



Ainda sobre a medicalização abusiva, questionou-se sobre o conhecimento dos professores sobre os possíveis prejuízos dos fármacos à base de metilfenidato.

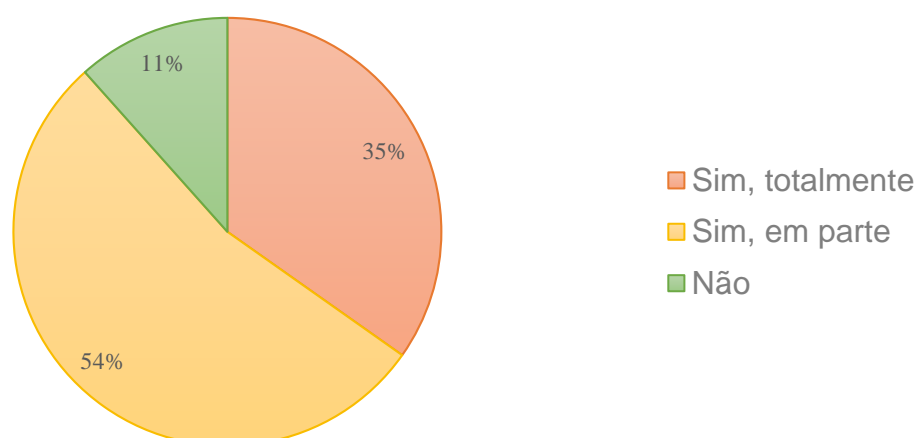
Salienta-se que 24 professores afirmaram saber totalmente o impacto dos prejuízos à saúde na sua utilização sem necessidade, conforme a Tabela 29.

Tabela 29 – Conhecimento por parte dos professores, em relação aos prejuízos da medicalização abusiva de fármacos a base de metilfenidato.

Conhecimento dos prejuízos da medicalização abusiva com fármacos a base de metilfenidato.	n
Sim, totalmente	24
Sim, em parte	37
Não	8
TOTAL	69

Da amostra total, 37 professores, ou seja, 54% das respostas, afirmam ter conhecimento em parte sobre os prejuízos da medicalização abusiva (sem necessidade). Enquanto 8 professores, percentualmente correspondendo a 11% das respostas, afirmam não ter conhecimento sobre os prejuízos da medicalização abusiva (sem necessidade) de fármacos como a Ritalina, Ritalina LA e Concerta. A Figura 27 demonstra melhor esses índices.

Figura 27 – Conhecimento por parte dos professores, em relação aos prejuízos da medicalização abusiva de fármacos à base de metilfenidato.



Como o professor é uma figura essencial na ótica da saúde mental, no que tange o TDAH, perguntou-se se os mesmos tinham conhecimento de que seus alunos faziam ou não a utilização de fármacos como a Ritalina, a Ritalina LA ou Concerta. As respostas foram tabuladas na Tabela 30.

Tabela 30 – Conhecimento por parte dos professores, de alunos, da sua escola, que fazem utilização de fármacos como Ritalina, Ritalina LA e Concerta.

Sabe se alunos de sua escola utilizam esses fármacos?	n
Sim, mais de 10 alunos	20
Sim, mais de 5 alunos	17
Sim, até 2 alunos	15
Não tenho conhecimento de alguém que faça uso	17
TOTAL	69

De acordo com a tabela, 20 professores, ou seja, 28% das respostas, afirmam ter conhecimento de mais de 10 alunos que utilizam de fármacos como Ritalina, Ritalina LA e Concerta. Nesse universo, 17 professores, atingindo um percentual de 25% das respostas, afirmam ter conhecimento de mais de 5 alunos que fazem utilização desses fármacos.

Outros 17 professores, que representam 25% das respostas, afirmam não ter conhecimento de alunos que fazem utilização desses fármacos; por fim, 15 professores, sendo 22% das respostas, afirmam ter conhecimento de até 2 alunos que fazem utilização desses fármacos. A Figura 28 apresenta os percentuais de acordo com o número de respostas.

Figura 28 – Conhecimento por parte dos professores, de alunos, da sua escola, que fazem utilização de fármacos como Ritalina, Ritalina LA e Concerta.



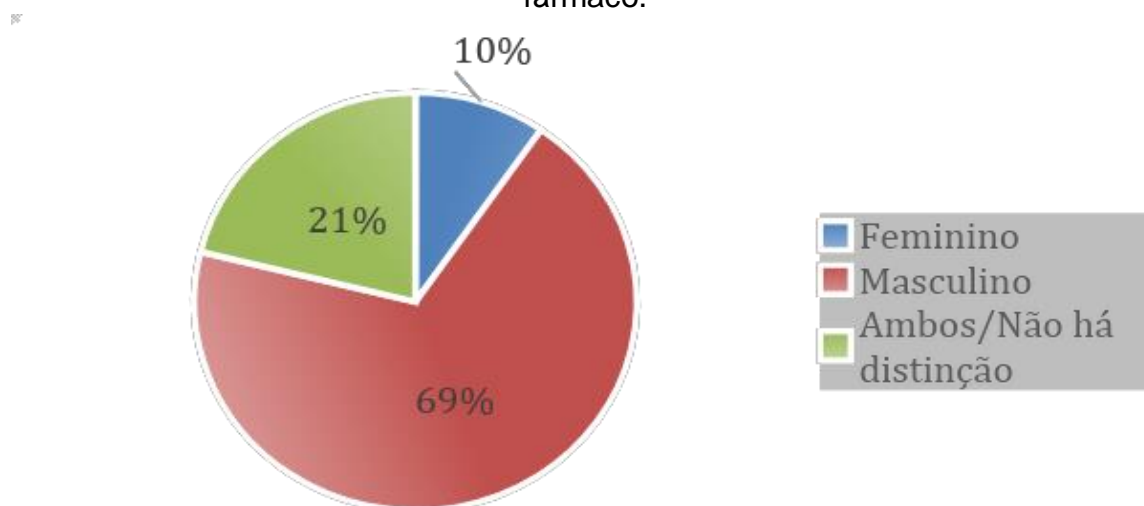
Dentre a ciência dos professores, perguntou se, daqueles que faziam uso de medicamento à base de metilfenidato, quantos eram meninas e quantos eram meninos. As respostas formaram a Tabela 31.

Tabela 31 – Sexo predominante dos indivíduos que fazem utilização de algum tipo de fármaco.

Sexo predominante dos usuários desses fármacos.	n
Feminino	5
Masculino	36
Ambos/Não há distinção	11
TOTAL	52

Com os resultados apresentados na Tabela 31, a Figura 29 indica percentualmente tais respostas. Nota-se que, em maioria, o sexo predominante dos usuários desses fármacos é masculino, equivalente a 69%; enquanto o sexo feminino, com 10%, está em menor quantidade frente a “não distinção” da predominância entre os sexos.

Figura 29 – Sexo predominante dos indivíduos que fazem utilização de algum tipo de fármaco.



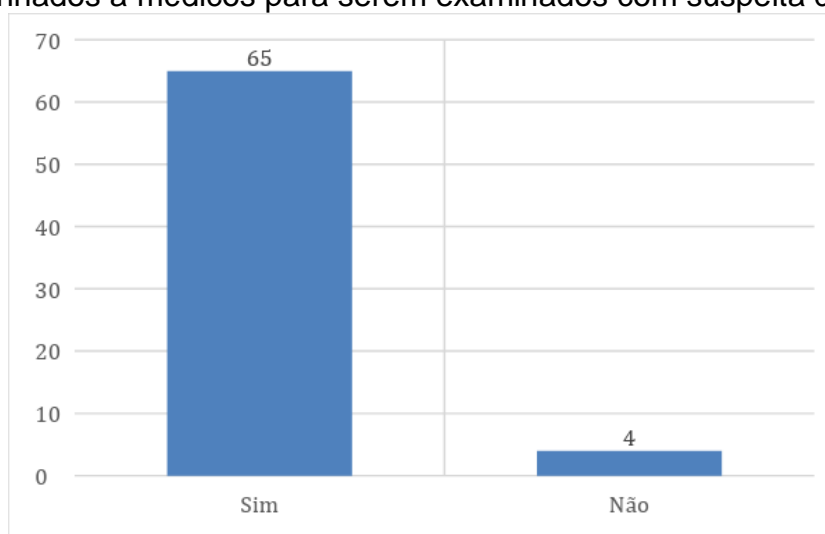
Ainda sobre a percepção dos professores, foi perguntado se mais alunos precisariam ser encaminhados aos médicos com suspeita de TDAH. Conforme a Tabela 32, apenas 4 professores responderam que não havia necessidade.

Tabela 32 – Percepção dos professores em relação aos alunos que precisariam ser encaminhados aos médicos para serem examinados com suspeita de TDAH.

Percepção, alunos que precisariam ser encaminhados a médicos com suspeita de TDAH	n
Sim	65
Não	4
TOTAL	69

Entretanto, como é possível verificar, 65 professores afirmaram que haveria necessidade de mais encaminhamentos. Sendo assim, percentualmente, 94% dos professores acreditam que há a necessidade de encaminhar mais crianças e 6 % acreditam que não é necessário, conforme as colunas do gráfico da Figura 30.

Figura 30 – Percepção dos professores em relação aos alunos que precisariam ser encaminhados a médicos para serem examinados com suspeita de TDAH.



Dessa suspeita, com o desejo de encaminhar para o setor da saúde, os professores verificam que tais suspeitas correspondem, em sua maioria, ao sexo masculino, conforme a Tabela 33.

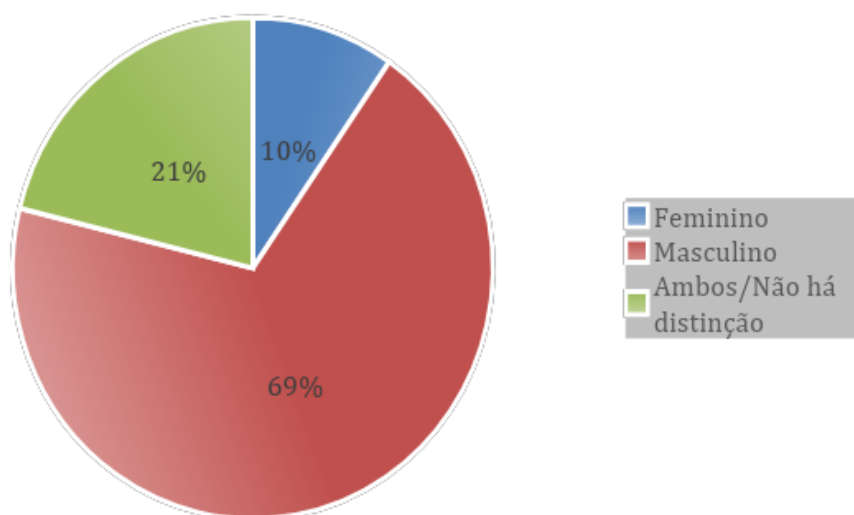
Tabela 33 – Sexo predominante dos alunos com suspeita de TDAH.

Sexo predominantes destes alunos.	N
Feminino	4
Masculino	36
Ambos/Não há distinção	25
TOTAL	65

Assim, 36 professores, ou seja, 69% das respostas, acreditam que crianças do sexo masculino são as que maior apresentam sintomas de TDAH. Vinte e cinco

professores, sendo assim, 21% das respostas, acreditam que crianças de ambos os sexos apresentam sintomas de TDAH; enquanto apenas 4 professores, ou seja, 10% das respostas, acreditam que as crianças do sexo feminino são as que maior apresentam sintomas de TDAH. Para tanto, representa-se tais índices com a Figura 31.

Figura 31 – Sexo predominante dos alunos com suspeita de TDAH.



A pergunta que foi feita aos professores se referia ao fato de eles serem um dos agentes que auxiliariam as famílias dos seus alunos, através de conversas, com o objetivo de garantir a saúde e o bem-estar das crianças e dos adolescentes, no que tange à suspeita ou diagnóstico do TDAH.

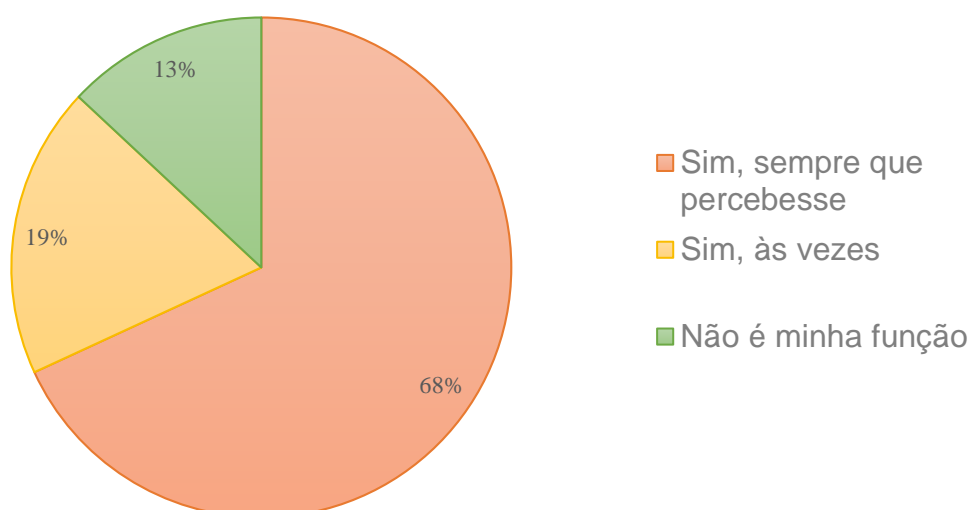
Tabela 34 – Opinião dos professores a respeito de auxílio, através de conversas, para encaminhamento desses alunos a médicos, a fim de garantir a saúde e bem-estar dos alunos.

Opinião dos professores.	N
Sim, sempre que percebesse	47
Sim, às vezes	13

Não é minha função	9
TOTAL	69

Da amostra, 47 professores responderam de forma positiva que sempre que percebessem a necessidade. Infelizmente, 9 professores responderam que não é sua função auxiliar a família nesses casos. Ainda assim, 13 professores, ou seja 19%, afirmaram que, às vezes, quando percebessem alunos que apresentassem sintomas de TDAH, conforme a Figura 32.

Figura 32 – Opinião dos professores a respeito de auxílio, através de conversas, para encaminhamento desses alunos aos médicos, a fim de garantir a saúde e bem-estar dos alunos.



Ainda sobre essa ótica, foi perguntado aos professores qual especialidade médica, na opinião deles, poderia auxiliar de maneira mais completa os casos de TDAH. Na análise, é possível perceber um número maior de respostas do que o número amostrado. Isso ocorreu em consequência dos professores acreditarem haver mais de uma opção de especialistas que pudessem ajudar no auxílio do TDAH, conforme a Tabela 35.

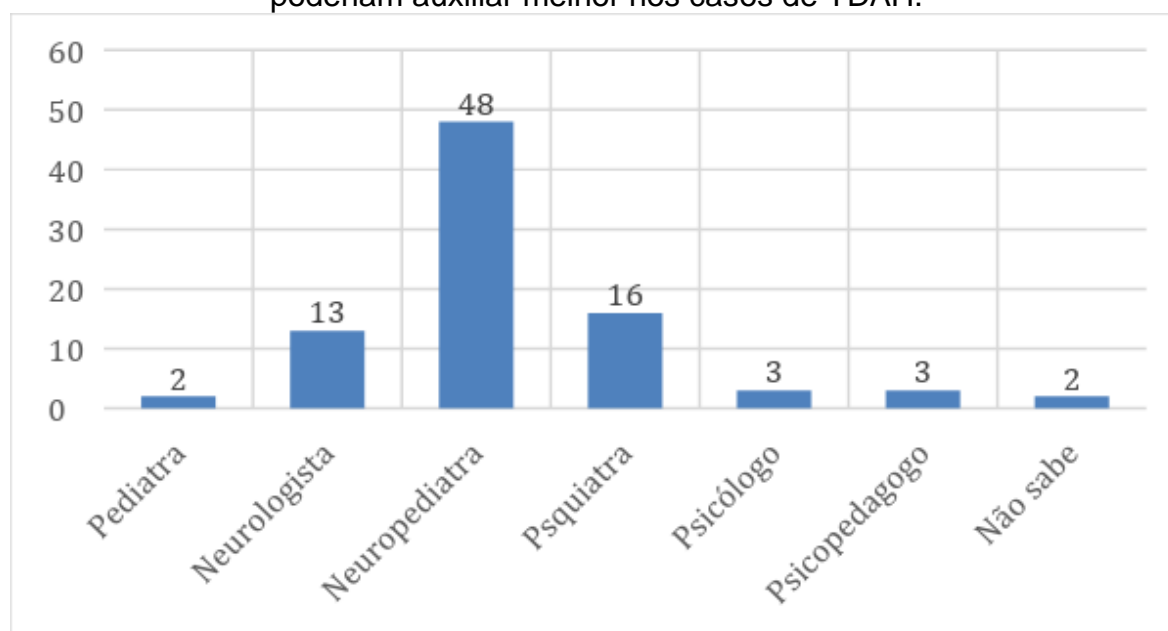
Tabela 35 – Opinião dos professores a respeito de especialidades médicas que poderiam auxiliar melhor nos casos de TDAH.

Qual especialidade médica melhor poderia auxiliar, nos casos de TDAH?	n
---	---

Pediatra	2
Neurologista	13
Neuropediatra	48
Psiquiatra	16
Psicólogo	3
Psicopedagogo	3
Não sabe	2
TOTAL	87

A grande maioria das respostas, 48, aproximadamente 55,2%, acredita que a especialidade médica que mais poderá auxiliar nos casos de TDAH é a Neuropediatria. Das combinações possíveis, 16 das respostas, em torno de 18,4%, acreditam que a especialidade médica que mais poderá auxiliar nos casos de TDAH é a psiquiatria; seguida por neurologia que tem 15% das respostas. As figuras do psicólogo e do psicopedagogo obtiveram igualmente 3,4% das respostas; e por fim, a pediatria. Os professores que não souberam responder qual especialidade seria melhor correspondem igualmente 2,3% das respostas.

Figura 33 – Opinião dos professores a respeito de especialidades médicas que poderiam auxiliar melhor nos casos de TDAH.



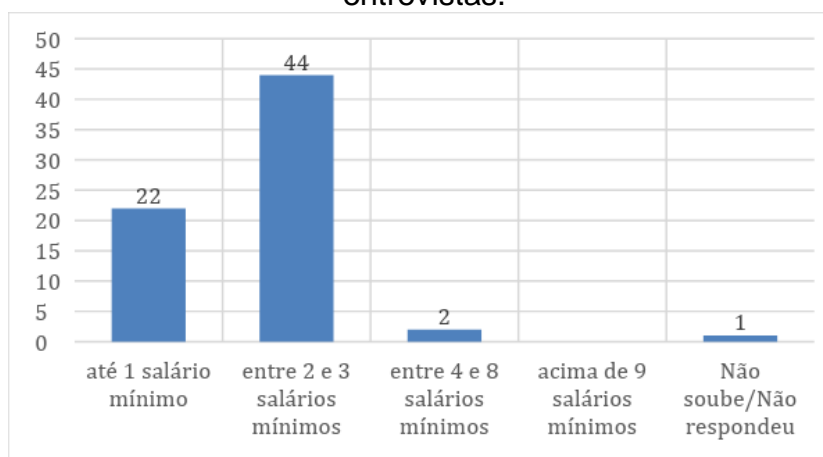
Por fim, foi questionado sobre o conhecimento dos professores a respeito da renda das famílias dos seus alunos. De acordo com a Tabela 36, a grande maioria respondeu entre 2 e 3 salários mínimos.

Tabela 36 – Renda familiar das famílias atendidas pelos professores das localidades entrevistadas.

Renda familiar média dos pacientes	n
até 1 salário mínimo	22
entre 2 e 3 salários mínimos	44
entre 4 e 8 salários mínimos	2
acima de 9 salários mínimos	0
Não soube/Não respondeu	1
TOTAL	69

A resposta da maioria atinge um índice de 64% pontos percentuais das respostas totais. 32% acreditam que as famílias possuem renda até 1 salário mínimo, enquanto apenas 3% tem renda entre 4 e 8 salários mínimos; por fim, apenas 1% do total não soube responder, conforme a Figura 34.

Figura 34 – Renda familiar das famílias atendidas pelos professores das localidades entrevistadas.



Em uma análise cruzada entre as respostas dos professores, originaram-se mais 3 tabelas, a 37, a 38 e a 39. A primeira delas cruza as respostas do quanto os professores acreditam que conhecem o TDAH com os índices de resposta do quanto gostariam de saber mais sobre o TDAH.

Tabela 37 – Relação entre Conhecer o TDAH e desejo de aprofundar o conhecimento

Você conhece o que é TDAH?	Gostaria de aprofundar seus conhecimentos a respeito do não tratamento do TDAH?	TOTAL
-----------------------------------	--	--------------

	Sim, totalmente	Sim, em parte	Não	
Sim, totalmente	13	12	1	26
Sim, mas insuficiente	24	15	2	41
Sim, mas não sei o que significa	0	0	0	0
Não, nunca ouvi falar	0	0	1	1
Não soube/Não respondeu	0	1	0	1
TOTAL	37	28	4	69

Nota-se que, dentre os 69 professores, há uma parcela significativa (34,78%) que conhece insuficientemente o TDAH, mas gostaria de aprofundar seus conhecimentos totalmente, ou seja 24 professores. Ainda assim, há 13 professores que afirmaram saber muito sobre o TDAH, mas que gostariam de aumentar e aprofundar seus conhecimentos. Dois professores afirmaram saber em parte o que é o TDAH mas que não gostaria de aprender mais sobre ele.

Há 1 professor que, assim como não conhece o TDAH, também não possui interesse algum em aprofundar o conhecimento a respeito do tratamento do TDAH. Já, na Tabela 38, apresenta-se o cruzamento das respostas entre o aumento da medicalização abusiva e os prejuízos sobre a mesma.

Tabela 38 – Relação entre conhecer o aumento da medicalização abusiva de fármacos à base de metilfenidato e conhecimento dos prejuízos da medicalização abusiva desses fármacos.

Conhece o aumento da medicalização abusiva de fármacos à base de metilfenidato?	Tem conhecimento dos prejuízos da medicalização abusiva de fármacos à base de metilfenidato?			TOTAL
	Sim, totalmente	Sim, em parte	Não	
Sim, totalmente	18	11	1	30
Sim, em parte	1	21	2	24
Não	5	5	5	15
TOTAL	24	37	8	69

É possível perceber que, dentre os 69 professores, há uma parcela significativa (30,43%) que conhece, em parte, o aumento da medicalização abusiva de fármacos à base de metilfenidato e os prejuízos da medicalização abusiva deste fármaco. A tabela demonstra também que o maior número de pessoas que não conhece os prejuízos da medicalização abusiva desses fármacos também não possui conhecimento sobre o aumento da medicalização abusiva de fármacos à base de metilfenidato.

Por fim, a Tabela 39 cruza as repostas sobre a percepção dos professores sobre alunos que precisariam ser encaminhados para a investigação do diagnóstico de TDAH e se os professores auxiliariam as famílias, por meio de conversas, caso fossem melhor capacitados.

Tabela 39 – Relação entre possibilidade de ter alunos que precisam ser encaminhados para tratamento de TDAH e disponibilidade de auxílio à família por meio de conversas.

Pela sua percepção, você teria alunos que precisariam ser encaminhados para tratamento de TDAH?	Caso capacitado, você auxiliaria a família por meio de conversas?			TOTAL
	Sim, sempre que percebesse	Sim, às vezes	Não é minha função	
Sim	44	13	8	65
Não	3	0	1	4
TOTAL	47	13	9	69

Através dos dados coletados foi possível analisar, diante da percepção dos médicos e dos professores, o perfil de medicalização e da relação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na rede municipal de saúde e educação. Com base nesse perfil municipal, sabe-se que se faz necessário abordar o tema da medicalização, as vantagens e consequências do uso de medicamentos à base do metilfenidato, bem como a maior integração entre as áreas para a garantia o melhor interesse da criança.

6. PROPOSIÇÕES PARA (RE)ADEQUAR AÇÕES INTERSETORIAIS EM RELAÇÃO AO TDAH

*A menos que modifiquemos
a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver
os problemas causados pela forma
como nos acostumamos
a ver o mundo. (Albert Einstein)*

A neuroeducação é apresentada como o cerne das adequações possíveis no sistema de educação com proteção à saúde, pois entende que as áreas são como faces da mesma realidade. Consiste em práticas pedagógicas, com embasamento básico sobre o funcionamento do cérebro e os impactos negativos quando acometido por um transtorno, síndrome ou medicalização em relação ao processo de aprendizagem.

O poder local figura entre os entes mais importantes para o desenvolvimento de ações direcionadas à aprendizagem, pois são nas escolas que a rede unificada de educação e saúde deve focar, atuando desde a atenção básica até o encaminhamento das crianças para demais tratamentos quando forem necessários. O poder local é o ente mais próximo do cidadão, ou seja, é capaz de verificar e monitorar as principais necessidades no que tange o desenvolvimento da aprendizagem em relação ao TDAH e à medicalização.

As ações do PSE, a nível de poder local, no que tange à saúde mental, o TDAH e a medicalização possibilitam uma melhora nos índices de aprendizagem, tendo em vista que o professor é a peça chave para interligar a educação e a saúde da criança aluna. Além dos professores, outros profissionais, como médicos, psicólogos, pedagogos e assistentes sociais, são importantes para o acompanhamento e tratamento em casos de TDAH, mas objetivando sempre a efetivação dos direitos de educação e saúde das crianças a fim de garantir-lhe pleno desenvolvimento.

6.1 A neuroeducação e o processo de aprendizagem

As crianças e os adolescentes se tornaram sujeitos de direito a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990 quando reconhecida a Teoria da Proteção Integral. Os problemas relacionados à saúde das crianças, principalmente, eram atribuídos a questões palpáveis e visíveis, como a mortalidade infantil e a desnutrição.

Nas décadas mais recentes, outros problemas estão direcionados às crianças, ou seja, “problemas relacionados com a qualidade do desenvolvimento infantil e sua constituição subjetiva, destacando-se atualmente os altos índices de problemas de saúde mental.” (RANÑA, 2016, p.367) Nesse sentido, para que a rede de proteção e salvaguarda dos direitos desses sujeitos seja eficiente, alguns atores e estruturas sociais são fundamentais.

Dentre as estruturas está a escola pois é nela que as primeiras relações sociais extrafamiliares irão acontecer. A criança iniciará um processo de socialização sem o olhar atento dos pais mas, sim, dos professores. Eles serão os olhos responsáveis por acompanhar e promover o desenvolvimento das crianças.

Por vezes, as crianças passam a maior parte do tempo nas escolas, quando matriculados em turno integral, por exemplo, permanecendo lá desde o início da manhã até o final da tarde. Diante disso, a convivência com colegas, professores e funcionários é maior do que com a própria família, se considerarmos que essas crianças irão dormir das 22 horas até às 7 horas do dia seguinte.

Demonstra-se a importância da escola, como estrutura social, bem como dos professores que possuem contato direto com as crianças a fim de participarem da lapidação do seu desenvolvimento. O professor, como ator social, é figura basilar no desenvolvimento da criança.

Se antigamente o professor tinha autoridade e autonomia para aplicar castigos aos alunos que não tivessem comportamento condizente com o aceito e o esperado, hoje a lógica educacional não permite mais. Porém, mesmo que o professor não possa aplicar castigos, é um dos agentes mais importantes do comportamento infantil, responsável pela proteção integral das crianças e dos adolescentes.

Devido a tanta convivência, é comum perceber que professores relatam a dificuldade de lidar com certas turmas ou determinados alunos. As queixas são muito variadas, entretanto, a queixa por alunos serem inquietos, desobedientes e impulsivos chama a atenção pela quantidade.

Como explanado no capítulo 4, a pressão social por corresponder determinadas exigências sociais e laborativas tem se tornado cada vez mais frequente. E isso reflete também no comportamento da criança, tendo em vista que alguns comportamentos acontecem, por vezes, para simplesmente chamar a atenção e recebê-la de um responsável, que, naquele momento, é o professor.

As crianças são indivíduos em formação que irão reproduzir comportamentos que já presenciaram ou escutaram, através das experiências, com os filtros que lhe são personalíssimos, ou seja, replicando modelos de comportamentos e atitudes do modo como compreenderam. As crianças são condicionadas perante os exemplos que recebem de maneira ampla.

Assim, se uma criança não gosta de ouvir histórias e não se atenta, possivelmente é porque não está habituada a essa prática, mas pode vir a desenvolver interesse por ela desde que lhe seja dada a oportunidade. Isso leva a entender que os processos cognitivos são flexíveis e dinâmicos, pois ocorrem na interação entre os sujeitos. (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.76)

A criança é maleável, fazendo com que, muitas vezes, na prática, seja ainda considerada um objeto por algumas pessoas. Porém, essa maleabilidade faz com que ela vá formando memórias que ficam no inconsciente e que, em determinados momentos, alguns comportamentos podem vir à tona. Ou seja, o fato de ela fazer um questionamento, perante a classe, e o professor a trata-la com desdém ou não intervir se a classe se comportar inadequadamente perante a pergunta daquela criança, pode, futuramente, fazer com que a mesma não tenha a impulsividade e coragem para romper com o sistema didático e fazer uma pergunta em voz alta.

No entanto, esses acontecimentos também estão presentes no âmbito familiar. A criança que sempre tem suas iniciativas podadas pode, um dia, deixar de ter iniciativas. Ressalta-se o fato de que as iniciativas devem ser sempre louvadas em sentido positivo, direcionando e explicando para as crianças caso as iniciativas não sejam adequadas ou seguras.

Por exemplo, em uma determinada situação, a mãe está na cozinha e precisa de uma travessa de vidro que se encontra no armário da sala, na prateleira mais superior. Ela comenta sobre a necessidade da travessa e a criança, para ajudá-la sobe no sofá, puxa a travessa de vidro, equilibra a mesma, desce do sofá e leva na cozinha. Esse é um fato corriqueiro, se analisado no ambiente familiar.

Dessa situação temos, sinteticamente, dois caminhos. O primeiro, geralmente, é o mais fácil, o que exige menos palavras e tempo, dizendo que a criança está proibida de fazer aquilo novamente porque é perigoso. A outra possibilidade é agradecer pela ajuda, mas apontar para a criança que, ao subir no sofá, ela pode cair e ao pegar uma travessa de vidro, sem a devida segurança, pode quebrar e a criança

se machucar, salientando que ela pode fazer isso, mas deve pedir um auxílio enquanto é criança.

Ou seja, há um agradecimento e um encorajamento pela iniciativa da criança de pegar uma travessa, mas há a indicação de que aquele comportamento é perigoso, podendo machucar a mesma. “Ser ‘mais’ ou ‘menos’ ativo, ‘mais’ ou ‘menos’ impulsivo, acredita-se que está relacionado às práticas sociais. “As crianças, em geral, são bastante ativas, mas vão internalizando, na convivência mediada pela linguagem, comportamentos mais estáveis” (SIGNOR; SANTANA, 2016, p.76)

É importante diferenciar o fato de a criança ter iniciativa e/ou ser sincera com seus sentimentos e de ser impulsiva e/ou hiperativa, conforme o exemplo citado neste estudo, sobre o interesse da criança por essa ou aquela matéria. Quando a criança atinge a idade de ir à escola, ela deve ter bases de confiança, em si e nos pais, para que seja possível desenvolver-se da melhor maneira. Interessante saber que:

Cabe a nós ajudá-los e apoiá-los enquanto desenvolvem as habilidades e a confiança indispensáveis para andar com as próprias pernas. O que pode ser uma questão bastante delicada, pois saber quando interferir e quando se afastar, quando elogiar e quando fazer uma crítica construtiva é uma arte, não uma ciência. Nossos filhos têm necessidade de apoio, mas também de nossa avaliação honesta de seu progresso à medida que trabalham para desenvolver e apurar suas muitas habilidades. Contam conosco para ajudá-los a seguir em frente e para ampará-los quando recuam. Precisam de nós para incentivá-los a expandir seus limites e ampliar seus horizontes, para estimulá-los a fazer algo melhor do que pensavam ser capazes. Além disso, precisam saber que estamos do lado deles, mesmo quando fracassam. Para tanto, temos de estar atentos às necessidades, talentos e desejos próprios de cada criança. Identificar as diferenças individuais [...] é o segredo para dar a cada uma delas uma orientação eficaz e concreta rumo a seus objetivos. (NOLTE; HARRIS, 2003, p.73)

Todo o processo de encorajamento, autoconfiança, estimulação deve acontecer no âmbito familiar, bem como no escolar, tendo em vista que muitas crianças que possuem desânimo, falta de iniciativa podem ter seu comportamento confundido com o déficit de atenção, com a característica da desatenção. E na verdade, o seu comportamento é, em sua maioria, a replicação do comportamento que elas têm em razão da falta de estímulos nos seus respectivos ambiente familiar.

O processo de aprendizagem da criança deve ser visto como um processo de construção, tendo em vista que “a aprendizagem põe em jogo uma relação integrada entre o indivíduo e o seu meio, isto é, coloca uma relação inteligível entre condições

externas e internas, [...] desencadeia um processo sensório-neuropsicológico entre a situação (externa) e a ação (interna)". (THOMPSON; 2011, p.21)

Sabe-se que cada ser humano é único e diferente dos demais. Porém, há uma necessidade, mesmo que inconsciente, de tratamento padronizado entre as crianças em fase escolar. Em toda turma, há um aluno mais tímido, um mais saliente, um mais conversador, outro mais agitado, mas isso são perfis que diferenciam cada um.

A compreensão das diferenças, por partes dos professores, faz com que eles consigam visualizar as dificuldades e os potenciais de cada aluno. As diferenças evolutivas, ambientais, de classe social, culturais e linguísticas fazem diferença no processo de aprendizagem de cada criança. O professor sabe que cada um possui características e experiências diferentes, porém precisa compreender e colocar em prática modelos que vão ser úteis para qualquer aluno, adequando o processo de aprendizagem.

Além disso, outros fatores podem contribuir para a dificuldade no processo de aprendizagem como os relacionados com a família (histórico familiar de doenças; baixa escolaridade dos pais; desagregação familiar; cuidados inadequados com a criança); relacionados com a escola (condições físicas da sala de aula; material didático inadequado; corpo docente despreparado); por fim, mas não menos importante, os fatores relacionados com a própria criança (problemas físicos gerais; problemas psicológicos; problemas neurológicos). (THOMPSON; 2011, p.22) e (ROTTA, 2016, p.98)

Considerando as diferenças e os fatores que contribuem para que o processo de aprendizagem seja diferente de uma criança para outra, cabe ao professor mapear os seus alunos e fazer com que tal construção aconteça da maneira mais completa possível. A aprendizagem não é uma construção mecânica e, sim, um processo que está em constante modificação e maturação, de acordo com cada experiência vivenciada.

Sem dúvida, a aprendizagem é um processo de aquisição que se cumpre no SNC, onde se produzem modificações estruturais (novas conexões) mais ou menos permanentes, que se traduzem por uma modificação funcional (áreas de linguagem, das gnosis, das praxias, da atenção, da memória) ou de conduta, permitindo uma melhor adaptação do indivíduo ao seu meio. (THOMPSON; 2011, p.23)

A aprendizagem consiste em adquirir conhecimento com base nas experiências e essas dependem dos sentidos. Pode-se ainda afirmar que “as alterações funcionais e neuroquímicas envolvidas produzem modificações mais ou menos permanentes no SNC, e a isto se chama aprendizagem”. (ROTTA, 2016, p.97)

Notou-se, portanto, que o processo de aprendizagem no sentido educacional está diretamente ligado ao estado de saúde da criança, tendo em vista que seu cérebro está em constantes modificações. “A partir de uma abordagem neurobiológica do aprendizado, podemos admitir a existência de uma interface entre duas áreas de atuação profissional: a saúde e a educação.” (RIESGO, 2016, p.9)

Dentro do processo de aprendizagem, os neurônios são fundamentais. São eles que detêm a capacidade de aprender, ou seja, 80 bilhões de neurônios, com cada um tendo em média um potencial de 60 mil ligações sinápticas, podendo essas receber 100 mil impulsos por segundo (RIESGO, 2016, p.11) fazem com que cada cérebro seja diverso de outro.

A dificuldade no processo de aprendizagem diz respeito a alguma falha no processo intrínseco (genético) ou extrínseco (experiência), podendo ser de ambos. Desse modo, a dificuldade difere do transtorno de aprendizagem, pois neste há uma alteração no SNC, comprometendo o desenvolvimento. (ROTTA, 2016, p.97) “O transtorno de atenção e a sua relação com as dificuldades de aprendizagem constituem a principal causa que leva as crianças em idade escolar à consulta neuropediátrica.” (ROTTA, 2016a, p.274)

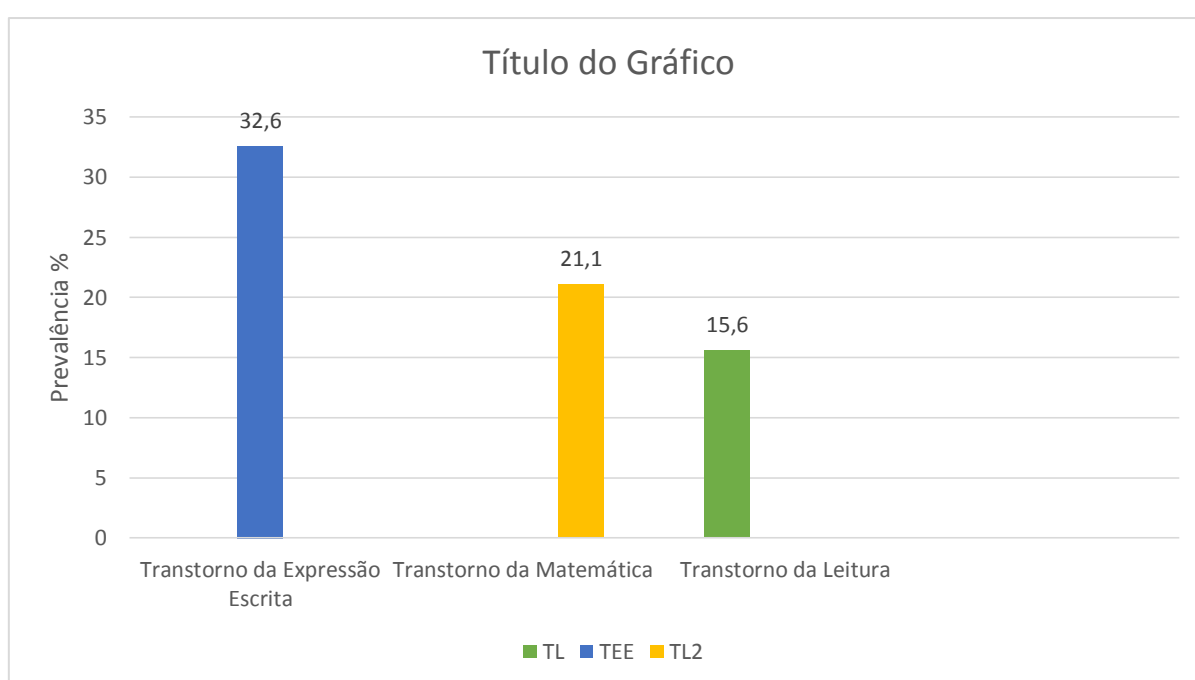
As crianças em fase escolar, quando apresentam algo que difere do dito “padrão”, quanto à aprendizagem, possuem dificuldades, as quais podem dar-se em relação à proposta pedagógica, problemas familiares que não proporcionam um bom ambiente para o desenvolvimento da criança, chamadas então, de percurso. Nesse sentido, “as doenças neurológicas mais frequentes que causam dificuldade de aprendizagem são a paralisia cerebral e o TDAH.” (OHLWEILER, 2016, p.108)

Corroborando com Lygia Ohlweiler (2016), as comorbidades que geralmente são relacionadas com a dificuldade na aprendizagem escolar está o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Mas alerta-se para o fato de que “nenhum tratamento terá êxito se não houver total integração da equipe que atende a criança com a escola e, principalmente, com a família.” (ROTTA, 2016, p.102) Refere-se que:

O TDAH não é um transtorno específico da aprendizagem (TA), mas os sintomas nucleares desse transtorno têm um grande impacto no desenvolvimento acadêmico. Embora muitas crianças apresentem somente o TDAH, outras apresentam comorbidades nas áreas de aprendizagem e do comportamento, trazendo consequências importantes para a aprendizagem escolar. (PISACCO; SPERAFICO; COSTA; DORNELES, 2016, p.339)

Os transtornos específicos da aprendizagem consistem em leitura, matemática e expressão escrita. O transtorno da leitura está direcionado à dificuldade de compreender as palavras escritas. O transtorno da matemática, também chamada de discalculia, refere-se a associações lógicas como a dificuldade de compreender conceitos da matemática e, por fim, o transtorno da expressão escrita aponta para a ortografia, ou seja, erros de gramática, falta de organização entre os parágrafos. (OHLWEILER, 2016, p.108)

De acordo com estudos (DORNELES, 2014), o transtorno de aprendizagem da expressão escrita possui a maior prevalência em casos de TDAH. No caso do transtorno da matemática, verifica-se a incidência em 21,1% dos casos de TDAH. O transtorno da leitura possui o nível mais baixo de incidência no TDAH, 15,6%. O estudo ainda mostrou que 53,1% da amostra pesquisada demonstrou prejuízo em uma habilidade, 42,8% em duas habilidades e 3,9% possuem as deficiências de aprendizagem nas três habilidades.

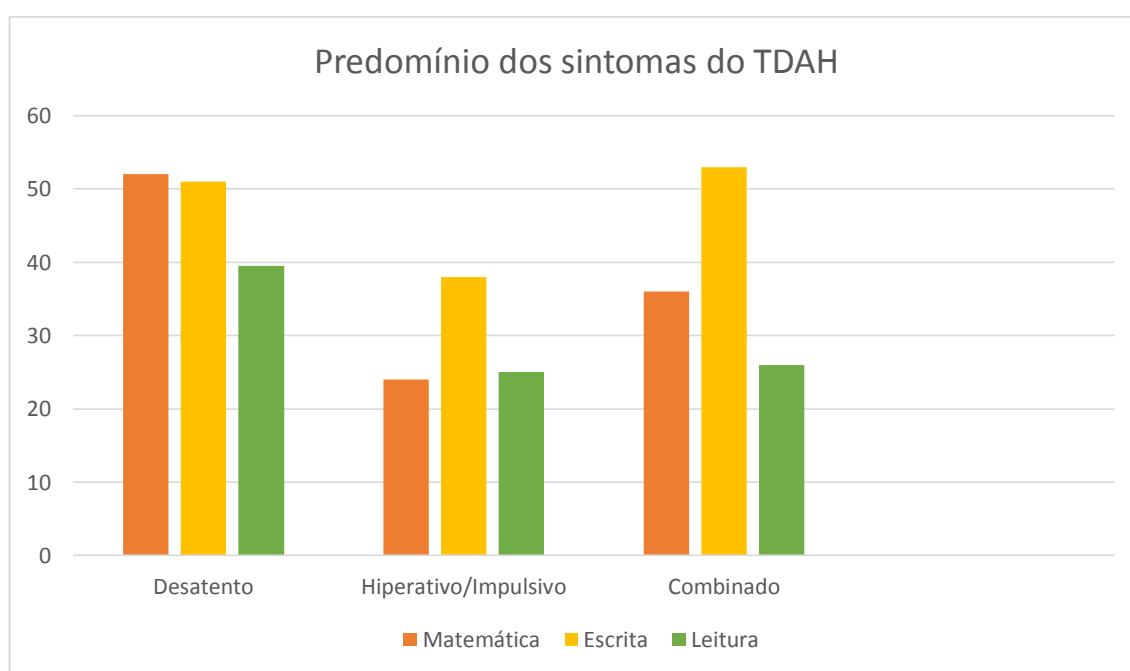


FONTES: DORNELES; CORSO; PISACCO; SPERAFICO; ROHDE, 2014, p.764

Sabendo que o ato de aprender, de acordo com o processo neurobiológico, a atenção, a memória e as funções executivas são fundamentais (ROTTA, 2016, p.110), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode fazer confusão no diagnóstico. Por exemplo, a matemática exige que a criança saiba diferenciar por exemplo os sinais de soma “+”, subtração “-“, multiplicação “x” e divisão “/”.

No entanto, as crianças com TDAH apresentam sinais claros de que o transtorno interfere no desenvolvimento da aprendizagem na matemática pelo déficit de atenção. Ou seja, elas compreendem o procedimento, mas pela falta de atenção o aprendizado é prejudicado. Os fatores que podem ser percebidos são “os erros em operações simples associados com acertos em cálculos mais complexos e o aumento do número de erros no final da tarefa.” (BASTOS, 2016, p. 186)

Conforme o gráfico seguinte, o transtorno da matemática atinge levemente o nível mais alto quanto ao prejuízo em casos de TDAH do tipo desatento, mais frequente em meninas, sendo seguido pelo transtorno da escrita e, por fim, o transtorno da leitura. Já o TDAH do tipo hiperativo/impulsivo, mais frequente em meninos, demonstra uma grande vantagem percentual do transtorno da escrita, seguido pela leitura e, por fim, pelo transtorno da matemática. E o TDAH do tipo combinado possui o maior índice alcançado de prejuízo pelo transtorno da escrita, após pelo transtorno da matemática e pelo transtorno da leitura.



FONTE: (PISACCO; SPERAFICO; COSTA; DORNELES, 2016, p.341 *apud* PISACCO, SPERAFICO; DORNELES 2014)

De acordo com o gráfico que apresenta o predomínio dos sintomas do TDAH, comparando os seus tipos com o grau percentual de prejuízos, foi possível verificar que o transtorno da escrita atingiu os maiores índices proporcionais de prejuízos. O segundo transtorno de aprendizagem, que mais causou prejuízo na aprendizagem por tipo é o transtorno da matemática e, por último, o transtorno da leitura. Os dados são compatíveis aos critérios de diagnósticos do DSM – IV, mas os pesquisadores acreditam que quando pareados com o DSM – V, os índices de prejuízo, em razão do diagnóstico, apontam para um aumento considerável na porcentagem de prejuízos.

Como o TDAH envolve questões neurológicas, emocionais, psicomotoras e pedagógicas, cada caso deve ser analisado na sua individualidade, tendo maior ou menor impacto de acordo com as suas manifestações. O importante é que a criança, a família e a escola devem ser tratadas. (GUARDIOLA, 2016, p.271)

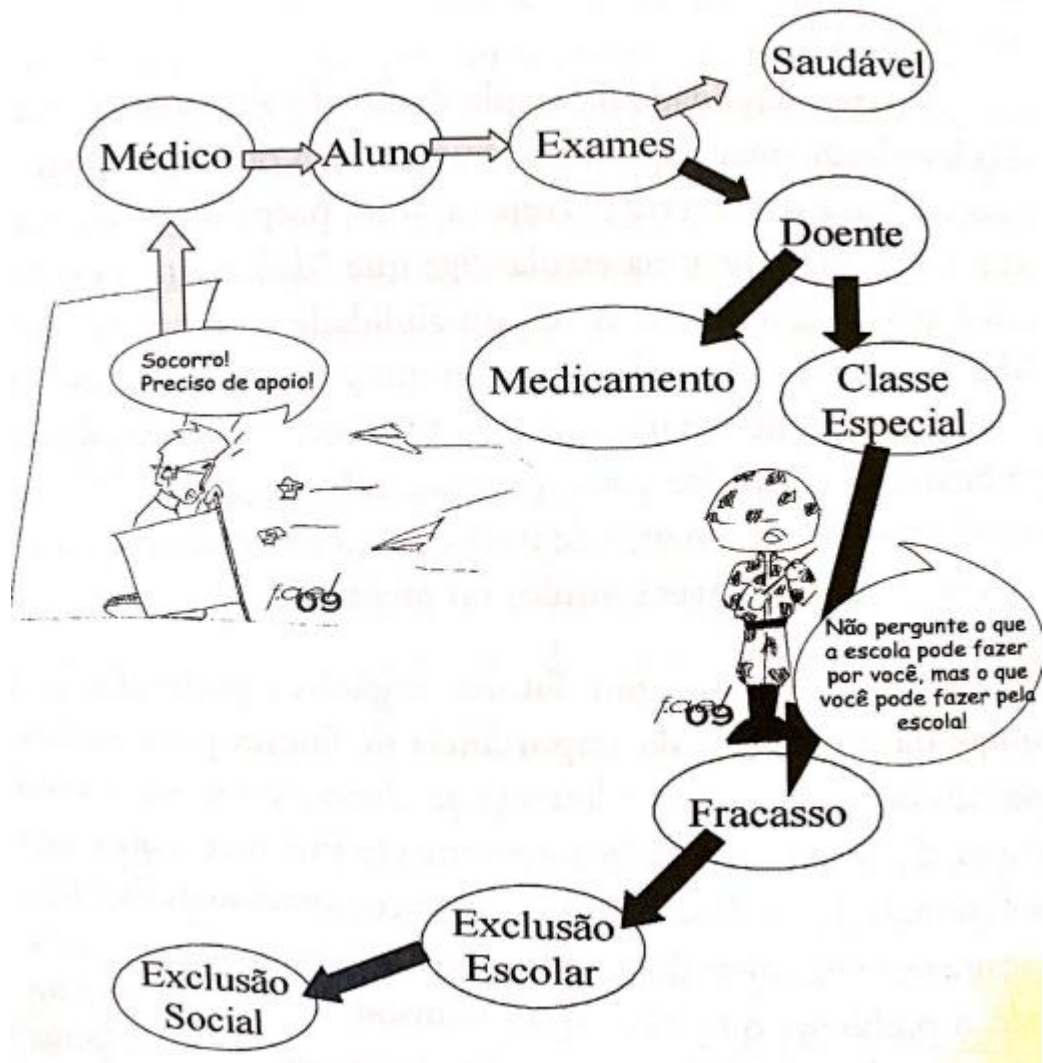
Deve-se lembrar que a saúde um estado de amplitude e abrangência biopsicossocial, os laços entre a saúde e a educação são considerados obrigatórios para que haja mudanças significativas para o bem-estar da sociedade. São considerados direitos fundamentais, que se retoralimentam, chegam a ser considerados indissociáveis. (MAIA, 2011, p.32)

O modelo que se tem atualmente consiste em observar a turma; identificar alunos que destoam dos demais, classificando-os, geralmente, como aluno problema, seja por falta de interesse, por insubordinação, por impulsividade ou por hiperatividade, restringindo ao estudo; chamar os pais; e encaminhar para o setor da saúde. E assim, em sua maioria, o aluno fica conhecido como portador de alguma coisa, como síndrome, transtorno, entre outras referências, sendo, por vezes, medicalizado, exposto a diversos efeitos colaterais.

Esse processo evidencia a ausência de laços entre a saúde e a educação. Observa-se que “rotular uma criança como portadora de uma disfunção cerebral é lesivo para ela, assustador para os pais e confuso para a escola. Esse rótulo permite à escola passar a responsabilidade da escola para o médico.” (MAIA, 2011, p.38)

A capacidade de reflexões diante da realidade apresentada por cada aluno, deve ser fator primordial para o bom andamento do processo de aprendizagem atrelado ao direito à educação. Nesse momento, as intervenções pedagógicas são elementos primordiais para auxiliar o aluno. A integração entre a saúde e a educação através da escola, se dá por um acompanhamento, no primeiro momento, de uma

equipe com mais de um profissional, a fim de auxiliar e verificar as causas daquele ou desse comportamento. Para ilustrar:



FONTE: MAIA, 2011, p.40.

No que tange o TDAH, Heber Maia afirma que o modelo que se tem, atualmente, “encoraja o uso de medicamentos, minimizando o valor da intervenção pedagógica ou psicopedagoga”, pois o “TDAH é a única situação relacionada à aprendizagem em que o tratamento medicamentoso é o de escolha.” (2011, p.37)

As experiências são guardadas como memórias, ou seja, a educação e a saúde consistem em uma via de mão dupla, pois a educação, o processo de aprendizagem perpassa pela saúde da criança. Com base nisso, há pouco tempo, se estuda, transdisciplinariamente, a chamada neuroeducação, uma subárea da neuropsicologia infantil.

A proposta da neuroeducação é a de investigar as condições nas quais a aprendizagem humana pode ser otimizada ao máximo. É imprescindível, então, não só tentar entender como a cognição e a consciência humana nascem da atividade do cérebro, assim, como dominar a sequência pela qual ocorrem os eventos neuromaturacionais da criança enquanto cresce, se desenvolve e aprende. (THOMPSON; 2011, p.23-24)

Essa nova área se apresenta como uma possibilidade, nos dias atuais, de fazer com que a função educadora do professor obtenha maior êxito. O cerne da questão está em compreender que os fatores ligados a saúde apresentam impactos no processo de aprendizagem, pois é cada vez mais importante que cada criança seja compreendida e tratada com base nas suas características e especificidades.

Isso não significa que o professor irá deixar de dar aula para ficar analisando cada criança que for sua aluna, mas, sim, deverá considerar que cada criança possui diferenças e fatores que contribuem para o seu processo de aprendizagem. Assim, de forma pedagógica, o docente deve saber lidar com as diferenças, desenvolvendo técnicas e utilizando instrumentos que se adequem melhor para cada turma. “O ideal é que não só os profissionais da área da saúde, mas também os da educação, tenham noções básicas a respeito do funcionamento normal e patológico do SNC.” (RIESGO, 2016, p.9)

O professor que conhece as bases neuropsicológicas e os reflexos no processo cognitivo aumenta a qualidade e a efetividade da sua função como educador, tendo em vista que ele é um dos principais atores sociais que impacta a vida das crianças. Assim, reiteradas queixas sobre alunos com dificuldades de aprendizagem, desinteressados pela escola, acabam por tornar a experiência escolar dolorosa, fazendo com que cada vez mais a criança e o adolescente compareçam por obrigação e não por interesse.

A escola deve representar a inclusão, sendo o professor o facilitador e o aluno o sujeito e construtor do seu processo de aprendizagem, fazendo, então, com que o aluno seja capaz de manusear o conhecimento ao invés de ser o agente passivo do mesmo. Desse modo, não se vislumbra a educação sem considerar as questões perceptivas, cognitivas e motoras.

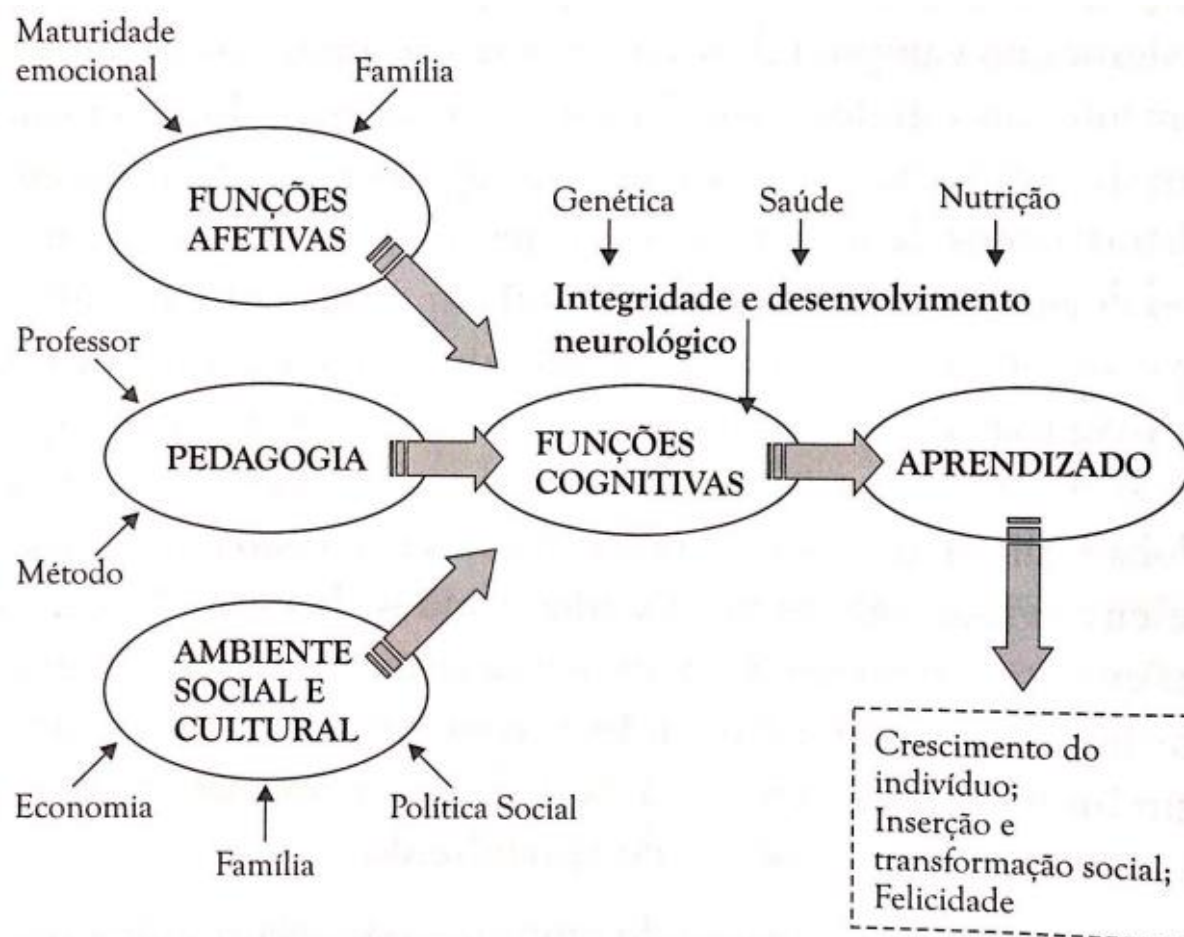
Nesse caso a escola seria um instrumento de atendimento primário da saúde mental, contribuindo na prevenção de psicopatologias e a neuroeducação o fundamento científico mais sólido sobre o qual deveriam edificar-se as teorias pedagógicas e didáticas do momento atual. [...] Pensar a inclusão é pensar

nessa nova escola que atende a todos indistintamente e que pode ser repensada em função das demandas desse aluno, contemplando a singularidade do problema. Inclusão de faz no dia a dia. [...] Isso significa entendermos a escola como um espaço sociocultural, responsável pela abordagem pedagógica do conhecimento e da cultura e em articulação orgânica com o contexto social em que está inserida. (THOMPSON; 2011, p.26-27)

Nesse processo de interligação entre a saúde e a educação, o professor deve ter o conhecimento básico das questões de saúde, pois estas impactam o processo de aprendizagem dos alunos. No que tange o TDAH, principalmente, haja vista que “os professores são a fonte primária de diagnósticos de TDAH entre seus alunos [...], observa-se que pode estar havendo um certo exagero nas suspeitas diagnósticas de possíveis casos de TDAH no ambiente escolar.” (RIESGO, 2016a, p.324) De acordo com estudos (HAVEY; OLSON; MCCORMICK; CATES, 2005), professores indicaram mais casos para a procura pelo diagnóstico de TDAH do que o número que realmente foram comprovados, de acordo com o DSM-IV que, no período, era utilizado.

O modelo de resolução uniprofissional para o tratamento de questões relacionadas à aprendizagem é considerado ultrapassado, tendo em vista que em se tratando de áreas consideradas irmãs, como a saúde e a educação, o médico não irá resolver o problema da aprendizagem e nem o professor irá diagnosticar alguma doença, transtorno ou disfunção, pois a neuroeducação prima pelo diálogo a fim de serem desenvolvidas ações integradas que afastem a medicalização como solução para o fracasso escolar e a evasão escolar, por exemplo. (MAIA, 2011)

Diante da complexidade que envolve o processo de aprendizagem, principalmente quando existe algum transtorno ou o encaminhamento para tal diagnóstico, ou ainda a medicalização, o universo que deve ser considerado consiste em diversos fatores. De acordo com Heber Maia e Glória Maria Barros Vargas (2011) os fatores envolvidos no aprendizado escolar consistem nesse universo:



FONTE: MAIA; VARGAS, 2011, p.49

Afirma-se, diante disso, que, para os níveis de aprendizado serem satisfatórios, a criança depende de outros fatores que antecedem esse processo. As funções afetivas e a pedagógicas, onde o professor está inserido diretamente; e os ambientes social e cultural são pilares estruturantes do processo de aprendizagem. Logo, essas estruturas só irão atingir índices altos de aprendizagem se as funções cognitivas de integridade e desenvolvimento neurológicos forem receptivas ao grau de experiência ao qual as crianças são expostas.

Se, sim, as consequências do aprendizado em caráter positivo serão o crescimento do indivíduo, a inserção e transformação sociais, a felicidade e, por que não incluir, a cidadania. Caso contrário, se houver alguma falha não observada, acompanhada e, se necessário, não tratada o fracasso escolar se fará presente.

O fracasso escolar não é característica de uma ou duas escolas e, sim, da sua grande maioria, configurando um dos temas mais estudados atualmente. É preciso compreender que o fracasso escolar não possui uma única causa, mas um conjunto

de fatores que contribuem para que o fracasso escolar esteja presente na realidade escolar. “Os principais defensores de mudanças nas metodologias de alfabetização em nosso País vêm do campo da Psicologia Cognitiva e da Neuropsicologia, ciências das quais a Neuroeducação seria o braço “prático” de ação pedagógica.” (MAIA; VARGAS, 2011, p.47)

A crítica feita pelos autores repousa nas evidências de que a pedagogia, por ser a área mais direcionada à educação, mantém um cenário mais vanguardista às alterações no sistema. Ou seja, demonstra traços avessos a novas propostas metodológicas de ensino e aprendizagem. Cabe ressaltar que a pedagogia é eixo estruturante no sistema brasileiro, porém não há mais como manter uma reserva de classes em que somente uma ou outra área irá tratar sobre as mazelas educacionais do País.

Ademais, a compreensão transdisciplinar sobre a efetivação dos direitos de saúde e educação, principalmente no que tange o TDAH e sua relação com a medicalização abusiva e a aprendizagem, é diretamente proporcional à necessidade de união de conhecimentos para que as faces do problema sejam analisadas a fim de se chegar em um denominador comum para solucionar ou amenizar tal realidade.

6.2 A importância do poder local para a efetivação dos direitos de saúde e educação das crianças

O Estado possui papel estrutural na previsão e garantias de direitos. A saúde e a educação consistem em dois temas extremamente complexos e com diversas ramificações que definem o futuro da sociedade e, por consequência, do país. Em uma divisão de esferas, os municípios, os estados e o país são responsáveis pelo pleno gozo dos direitos, cada um à medida das suas competências.

O caminho para o reconhecimento dos direitos sociais se deu de forma bastante longo, perpassando por avanços e, também, por retrocessos até o reconhecimento que se vislumbra atualmente. As primeiras referências ocorreram em declarações norte-americanas, apontando a emancipação do indivíduo frente aos grupos sociais aos quais esse sempre se submeteu como a família e as organizações religiosas. (COMPARATO, 2010, p. 65)

Ser cidadão não significa, simplesmente, poder exercer o direito ao voto ou ainda ser votado. Ser cidadão abrange uma gama de atitudes e comportamentos, que

culminam em um senso de pertencimento a um grupo, uma comunidade, a uma cidade, transformando-o em sujeitos sociais ativos. Logo, conjectura-se que o município é um conjunto multifacetado de cidadãos, pois trazem consigo seus princípios, suas culturas, suas expectativas e esperanças, buscando alcançar o pleno exercício da cidadania.

Tendo em vista a dificuldade de um conceito clássico e estanque de cidadania, entende-se como cidadania “a qualidade ou direito do cidadão; e cidadão como o indivíduo no gozo de direitos civis e políticos de um Estado. A ideia de cidadania está sempre ligada a um determinado Estado, e em geral expressão um conjunto de direitos(...)” (GORCZEVSKI, 2007, p.13)

Dessa maneira, identificam-se algumas questões pontuais que se faz possível atrelar o conceito de direito social como sendo, por exemplo, um direito de comunhão, e, que não é possível separar produtores de consumidores, pois eles se confundem na teia social. Assim, percebe-se a essencialidade de que as regulamentações reflitam e estejam adequadas à realidade de determinada localidade.

No que tange essa questão, evidencia-se que o momento de elaboração das constituições reflete, e muito, os momentos econômico, social e ideológico pelos quais o Estado perpassa, podendo verificar-se algumas instabilidades. Baracho acredita que “a constituição é uma espécie de confluência de coincidências suficientemente amplas, com a finalidade de acomodar as diversas opções políticas que congrega.” (BARACHO, 1996, p.16).

No Brasil, a Constituição de 1934 explicitou os direitos econômicos e sociais, prevendo o direito ao trabalho. Contudo, foi na Constituição da Federal de 1988 que os direitos sociais foram amplamente reconhecidos. Esses direitos, abarcam a saúde, a moradia, o transporte, a alimentação e também a educação e a proteção a maternidade e à infância, como já visto.

Por óbvio, o exposto na Constituição Federal de 1988 norteia toda a forma do Estado, fazendo com que as outras esferas sigam, respectivamente, o que fora preceituado. Dentro dessa ótica, tem-se a união, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Já, no *caput*, do artigo 1º está referenciado que também é dever dos estados e municípios, como integrantes de um Estado Democrático de Direito, possuírem como fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana, por exemplo (BRASIL, 1988).

Em atenção a essa indicação, a salvaguarda e o amparo a esses fundamentos cabem as três esferas. O artigo 23 da Constituição Federal de 1988 expõe competências comuns entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Já, no artigo 24, os entes irão legislar de forma concorrente acerca da proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1988) Entretanto, para analisar a efetividade dos fundamentos, bem como os direitos sociais, o poder local do município é o mais adequado, em razão de que o município está mais próximo do cidadão.

Essa proximidade faz com a esfera local tenha maior conhecimento sobre as necessidades mais urgentes e futuras da comunidade. Essa proximidade também exige um direcionamento maior em relação às diretrizes e normas nacionais. Ou seja, o município, seguindo as legislações ou objetivos de programas, deve alinhar-se de acordo com a sua realidade.

Conforme a Constituição Federal de 1988 compete aos municípios legislar sobre interesses locais, mas com a observância dos preceitos constitucionais. Assim, a proximidade da esfera de poder municipal ao cidadão faz com que o município identifique as principais necessidades e facilidades que aquela sociedade possui. Para identificar tais questões atreladas ao direito social se faz necessária a observação dos fatos sociais específicos daquele ou desse município. No que tange a administração, Baracho acredita que:

A administração pública de qualidade, comprometida com as necessidades sociais e aberta à participação solidária da sociedade, pode melhorar as entidades federativas e os municípios. A partir desse nível, concretiza-se, necessariamente, a efetivação dos direitos humanos. A descentralização, nesse nível, deverá ser estímulo às liberdades, à criatividade, às iniciativas e à vitalidade das diversas legalidades, impulsionando novo tipo de crescimento e melhorias sociais. (1996, p.19)

Em busca de um maior bem estar social para os cidadãos, a administração pública deve estar preocupada com as dificuldades e com a realidade social, em atenção, ainda, à soberania popular. No outro extremo, a população deve confiar aos seus governantes o seu bem estar, acreditando que esses irão agir da melhor e mais célere forma possível. Em nome dessa proximidade, o município é o ente mais propício para que essa troca aconteça, haja vista a proximidade relacional dos grupos sociais com os municípios.

Tendo em vista essa proximidade entre município e cidadão, há uma tendência de que o ente receba um maior repasse de competências. Não considerado plausível que a União ou, ainda, os estados possuam ciência da realidade específica de cada município. Tal repasse vem acontecendo de forma homeopática, desde a década de 1990, porém “sem a correspondente transferência de recursos e condições para que se exerçam tais controles, o que resulta numa sobrecarga de responsabilidades locais e encargos adicionais para a gestão dos serviços públicos.” (KRELL, 2003, p.88)

Assim sendo, o movimento de municipalização, para ocorrer de forma a beneficiar a sociedade, deve acontecer de forma organizada, fazendo com que o município cresça em atenção às regras. Ou seja, se é transferida uma competência ao município, para que o mesmo possua condições de realizá-la, compreende-se que a prestação de serviço, por exemplo, possua um custo. Sendo assim, se a esfera maior atribuiu a competência, deixando de prestar assistência, logo deixando de ter tal despesa nas suas contas, resta que o repasse ao município aconteça.

A crítica feita às competências comuns brasileiras, de acordo com Antônio Cândido, é que, no Brasil, as competências acontecem de maneira “todos ao monte”¹⁰. A expressão utilizada possui o significado de que todos possuem as competências e por vezes, todos compreendem serem os entes indicados, ou ainda, nenhum dos entes julga-se o mais indicado. Assim, todos possuem tal competência, todos possuem a possibilidade de resolver, não havendo a identificação direta de quem seria o mais indicado para assumir a competência. Pode-se identificar, assim, a busca por uma autonomia local.

Segundo a Carta Europeia, a autonomia local consiste no “direito e a capacidade efetiva de as autarquias locais regulamentarem e gerirem, nos termos da lei, sob sua responsabilidade e no interesse das respectivas populações uma parte importante dos assuntos públicos.” (CONSELHO DA EUROPA, 1985) Todavia, a autonomia local não compreende o livre exercício do poder ou, ainda, liberdade absoluta. A autonomia local corresponde ao exercício do que foi repassado como

¹⁰ Terminologia utilizada por Antônio Cândido de Oliveira, durante aula dada através de videoconferência, Brasil-Portugal, no Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado, na Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, durante a disciplina do Prof. Pós-Doutor Ricardo Hermany, em maio de 2016.

competência aos municípios e faz com que os mesmos sejam competentes para as tarefas que possam desempenhar da melhor maneira possível.

Compreendendo que o poder local é o mais indicado e adequado para identificar e, por vezes, resolver a dificuldade social, algumas questões são necessárias. O fator humano e o fator econômico são de extrema importância quanto à forma de atuação e influência do poder local. Entende-se que, para a qualidade dos serviços oferecidos, bem como a resolução dos mesmos, depende-se de indivíduos que possuam qualidades mínimas para lidar bem com a população; que sejam acessíveis, ágeis e proativos; e que saibam fazer uso dos instrumentos que são oferecidos para tal serviço.

Para haver contratações, concursos e seleção necessita-se do fator econômico. Além disso, para que os serviços sejam bem realizados e oferecidos com maior eficiência, devem utilizar, por exemplo, informática atualizada, *internet* rápida, instrumentos que hoje são fundamentais para uma prestação de serviço competente. Porém, o fator econômico abrange questões mais urgentes, como as relacionadas à qualidade de vida da sociedade. E, dentro dessa atuação, uma atenção maior aos grupos especiais.

Os fatores humano e econômico também estão atrelados ao exercício da cidadania. Para tal, acredita-se que, para alcançar um nível aceitável de cidadania, a educação deve ser uma das fontes principais. Com base na educação, a cidadania será exercida de uma forma mais plena, compreendendo que os direitos são limitados pelos direitos de outros indivíduos que fazem parte daquela sociedade. Assim, acredita-se que:

Para que o Estado de Direito funcione, é necessário, pois, que os cidadãos tenham disto plena consciência; é preciso uma educação para a cidadania e, mais ainda, que dela resulte a existência de um povo de cidadãos. Cidadãos que só o serão se tiverem em conta que cada um deles tem uma parcela do poder do povo, que o seu poder é limitado pelos direitos dos outros, que os órgãos que elegem lhe devem prestar contas e que tem o direito de exigí-las a cada momento e, mais particularmente, por ocasião das eleições. Os cidadãos têm poder a vários níveis e exercem-no diretamente ou por representantes eleitos. (OLIVEIRA, 2015, p.13)

Dessa forma, para que seja possível tornar o poder local de fato efetivo, os cidadãos devem ter o discernimento da importância que possuem quando utilizam de mecanismos assegurados constitucionalmente para atingir o melhor resultado frente aos que irão o representar diante das demandas sociais. Em vista disso, Rodrigues ressalta:

Sem aprendizagem não há democracia nem há cooperação. É necessário formar e informar, educando o cidadão, sensibilizando para os valores democráticos indispensáveis à aquisição de aptidões cooperativas, visto a democracia ser um regime social particular. Por isso, o campo escolar não pode ser neutro, impedindo os alunos da iniciação nos princípios democráticos, voltados para a solidariedade, a justiça, o respeito mútuo, os direitos humanos e os deveres morais e sociais. (RODRIGUES, 2001, p.49)

Através desse pensamento, invoca-se um grupo de direitos especiais, as crianças e adolescentes. A importância desse grupo, para o futuro social, é bastante grande, principalmente quando se tem por base o entendimento que o direito social consiste em um direito de comunhão, bem como um direito de coletividade. Uma das questões referenciadas é de que esse grupo passou de objeto para sujeito de direitos, integrando, assim, a sociedade de fato, entrando em relatórios e sensos, como também integrando as principais agendas dos poderes públicos.

As crianças e adolescentes, por repetirem modelos, representam um futuro pleno, o qual se espera. Sendo assim, a importância de ação do poder local frente a esse grupo é de extrema importância. Portanto, tendo conhecimento da exposição a que, muitas vezes, as crianças e adolescentes são expostas, é que há a necessidade de agir do poder local, frente a um interesse de proteção, salvaguarda e garantia de direitos de todos, ou seja, Estado, sociedade e família.

Diante do foco de estudo, algumas das principais questões que envolvem as crianças consistem nas suas condições de saúde e acesso à educação. Há que se compreender que as diretrizes do Governo Federal em relação à saúde e à educação possuem características macro, ou seja, devem ser observadas e seguidas em todo o território nacional. Porém, ao município, cabe a análise com características micro, ou seja, diante das diretrizes, o que se pode fazer em âmbito local a fim de melhorar estes serviços para a comunidade.

Quanto à educação de abrangência nacional, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, o IDEB, tem a responsabilidade de mapear e avaliar a qualidade das escolas e das redes de ensino, sendo assim, existe o pareamento entre as taxas de aprovação em relação ao desempenho dos alunos. De acordo com o Ministério da Educação:

Ideb é o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, criado em 2007, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), formulado para medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino. O Ideb funciona como um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da Educação

pela população por meio de dados concretos, com o qual a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias. Para tanto, o Ideb é calculado a partir de dois componentes: a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo Inep. Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente. (BRASIL, 2019?)

Esse índice é medido a cada dois anos, com provas aplicadas para alunos de 5º e 9º anos, em relação ao ensino fundamental. As provas possuem como objetivos analisar os conhecimentos dos alunos em português e matemática. (MELLO, 2016) Em um comparativo, de acordo com dados do IDEB, o Brasil apresentou um crescimento na qualidade do aprendizado, na área de português, na rede municipal até a 5ª ano.

No ano de 2013, o Brasil tinha um índice de 38%, aumentando para 51% em 2015 e em 2017, última avaliação, cresceu para 58%. Nesse mesmo lapso temporal, os índices do município de Santa Maria ainda estão abaixo do índice brasileiro de 2013, data da última avaliação feita. A qualidade da aprendizagem, nas escolas municipais de Santa Maria, atingiu um índice de 18%, aumentando para 25%, em 2015, e, em 2017, para 41%.

Nessa mesma delimitação, porém, na área da matemática, o Brasil em 2013, tinha uma porcentagem de aprendizagem de 32%; em 2015, evoluiu para 39%; e, em 2017, atingiu 45% na qualidade da aprendizagem. Já em uma análise municipal, Santa Maria partiu de 15% em 2013, aumentando 11% em 2015, chegando a 26%; e na última avaliação, em 2017, atingiu 33%. (BRASIL, 2017a)

De acordo com os dados, tanto em nível nacional quanto a nível municipal, percebeu-se um crescimento na qualidade da aprendizagem até o 5ª ano tanto na área de português quanto na matemática. Mesmo com metas diferenciadas para cada rede de ensino, a expectativa única, ou seja, para toda e qualquer rede de ensino, bem como escola, é atingir 6 pontos até 2022, tendo em vista que é a média que corresponde aos países desenvolvidos de acordo com o sistema educacional. (BRASIL, 2017a)

Quanto à realidade por escola no município de Santa Maria, de um total de 73 escolas municipais, 46 possuem referência quanto aos seus indicadores. Para definir o enquadramento da escola entre manter, melhorar, atenção e alerta, são analisamos os quesitos como se a escola atingiu a meta proposta, se a escola cresceu no IDEB e se alcançou 6 pontos. Quando a escola corresponde positivamente aos 3 quesitos, é

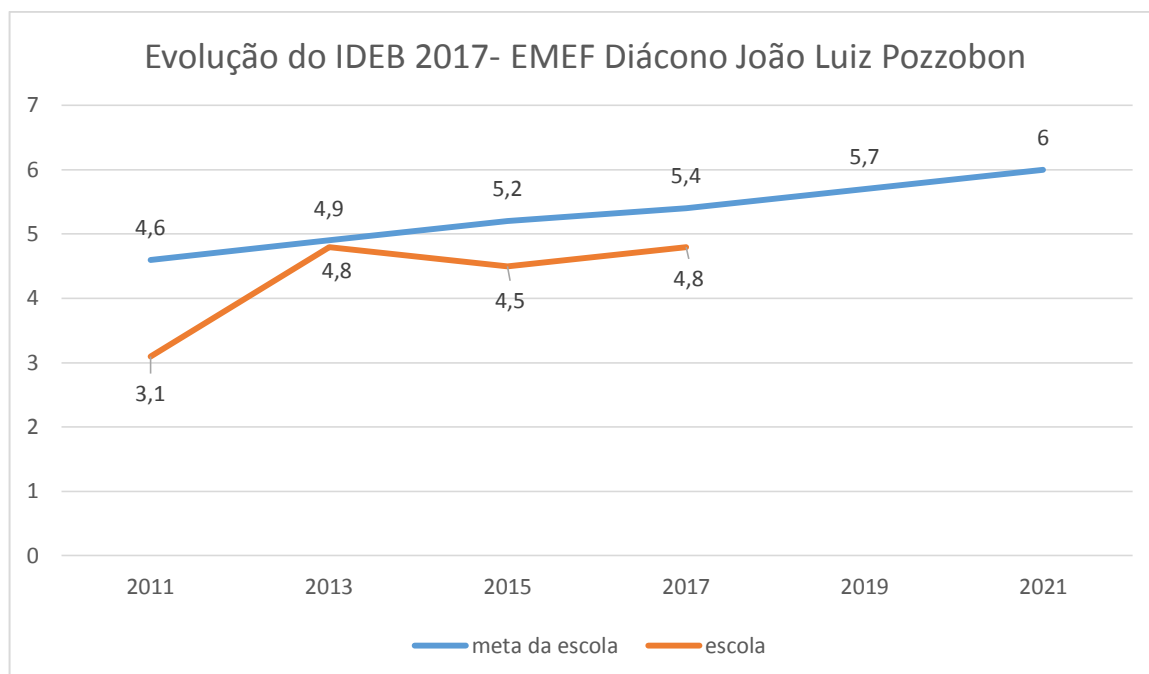
classificada, no que tange a situação, como “manter”. A escola, atingindo 2 quesitos positivos, corresponde a “melhorar”, um quesito positivo é “atenção” e, não atingindo nenhuma meta positiva é “alerta”.



FONTE: Gráfico construído a partir das informações de BRASIL, 2017b.

Com a indicação para manter o índice ou melhorar, tem-se 18 escolas e, nas situações que necessitam um cuidado maior quanto ao nível de aprendizagem, há 16 escolas municipais, quando analisados os anos iniciais, ou seja, até o 5º ano, de acordo com os dados de 2017. Salienta-se que mesmo que as escolas estejam em um mesmo município, a meta delas não é a mesma.

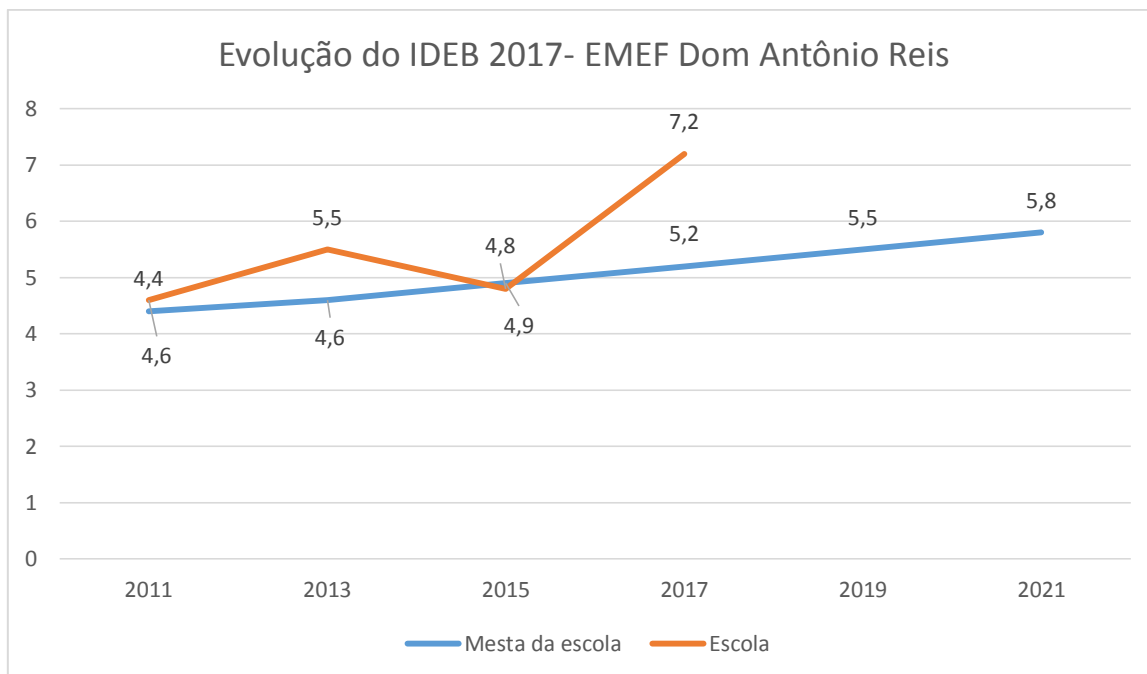
Em um exemplo simples, duas escolas, pactuadas no PSE no biênio 2017/2018, possuem metas diversas. As metas levam em consideração a potencialidade das escolas, traçando uma evolução possível para que, em 2022, estejam com 6 pontos ou mais. Assim, analisa-se:



Fonte: BRASIL. IDEB. INEP, 2017b.

A meta do IDEB depende do nível de aprendizado (medido pela aplicação das provas) multiplicado pelo fluxo, ou seja, pelo nível de aprovação. Nesse exemplo, em 2017, a nota de aprendizado da EMEF Diácono João Luiz Pozzobon, nas séries iniciais, foi de 5,86 e o fluxo foi de 0,83, o que indica que, de cada 100 alunos, 17 não foram aprovados. Portanto a nota do IDEB dessa EMEF foi de 4,8, tendo sua situação classificada como “atenção”, tendo em vista que não atingiu a meta, não alcançou a média 6, porém cresceu no IDEB, fazendo com que a escola figure entre as escolas pactuadas com nível mais baixo com registro de índice no IDEB.

Em contraponto a essa realidade, uma das escolas pactuadas no PSE com índices mais altos está a EMEF Dom Antônio Reis. A escola municipal correspondeu positivamente aos 3 critérios analisados, apresentando a nota de 7,2 no IDEB. O gráfico evolutivo da escola apresenta os seguintes dados:



FONTE: BRASIL. IDEB. INEP, 2017.

Os índices que contribuíram para essa evolução foram positivos tanto no aprendizado quanto no fluxo. Ou seja, a escola atingiu um nível de aprendizado de 7,32 e um fluxo de 0,98. Nessa escola municipal, onde, a cada 100 alunos, 2 não foram aprovados, a escola foi classificada como “manter”, ficando bem acima da meta de 2017 que foi de 5,7 no IDEB a nível municipal.

Analisa-se, diante do exposto em relação à educação e ao poder local, que cada escola enfrenta as dificuldades condizentes com suas características. Para tanto, cabe, à secretaria do poder local, analisar a realidade, focar nas potencialidades, inclusive no elemento humano, objetivando cumprir uma meta nacional. Nesse sentido, a finalidade maior repousa em proporcionar uma educação com nível de aprendizagem correspondente a um país desenvolvido, trazendo à população o pleno gozo, dentro da sua realidade, mas observando as diretrizes nacionais e constitucionais, do direito à educação.

Para que isso aconteça, as diretrizes do Plano Municipal de Educação, o PME de Santa Maria precisa ser cumprido na sua plenitude. O PME foi sancionado em 18 de agosto de 2015, com validade de 10 anos, cumprindo o disposto no Plano Nacional de Educação. Assim, no que tange a educação em Santa Maria, o cumprimento e monitoramento do PME e suas diretrizes serão realizados pela Secretaria de Município de Educação – SMED, pelo Conselho Municipal de Educação – CME e pelo

Fórum Municipal de Educação – FME/RS. As diretrizes do município de Santa Maria consistem em:

Art. 2º São diretrizes do PME, a partir do disposto no PNE:

- I - erradicação do analfabetismo;
- II - universalização do atendimento escolar;
- III - superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação;
- IV - melhoria da qualidade da educação;
- V - formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade;
- VI - promoção do princípio da gestão da educação pública;
- VII - promoção humanística, científica, cultural e tecnológica do País;
- VIII - estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto - PIB, que assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade;
- IX - valorização dos (as) profissionais da educação; e
- X - promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental. (MUNICÍPIO DE SANTA MARIA. 2015)

Nota-se que, nas diretrizes do Plano Municipal de Educação não há uma referência explícita quanto à saúde, porém, a promoção da cidadania, a promoção humanística e os direitos humanos estão atrelados, além da educação, com a saúde. O Relatório de Gestão das Ações em Saúde “representa as ações que foram realizadas durante o ano de 2017 pela Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – RS. Buscando atender às orientações do Conselho Municipal de Saúde” (MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, 2017a) buscando demonstrar, entre outras evidências, o Monitoramento da Programação Anual de Saúde 2017.

O histórico de produtividade do município de Santa Maria, entre os anos de 2015 e 2017 tiveram variações quando a sua incidência. Por exemplo, nas consultas para Pré-Natal, houve um aumento entre 2015 e 2016, de 7.309 consultas para 9.309; e um decréscimo pequeno para 2017 com 9.032 consultas. Já as consultas médicas de atenção básica de saúde tiveram uma redução de em torno de 58 mil consultas. Em 2015, foram realizadas 240.271 consultas; em 2016, houve uma redução para 193.489; e ainda mais, em 2017, para 182.707 consultas. (MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, 2017, p.3)

No Relatório de Gestão das Ações em Saúde, há informações oficiais sobre o PSE no município, sendo que, das 73 escolas municipais, 37 escolas são pactuadas ao PSE. Esse número corresponde a 12.283 alunos pactuados no Programa Saúde na Escola. Nesse sentido, as coordenações do PSE organizaram 3 capacitações em 2017. Em 19 de setembro de 2017, foi realizado o 7º Encontro de Formação do PSE

e, nesse encontro, foram abordados os temas relacionados à “construção de possíveis soluções para os problemas sociais, cognitivos e de saúde mental dos escolares de Santa Maria, RS, sobre acuidade visual – Consultório Itinerante, sobre Suicídio, Depressão e Automutilação e Relato de experiências. (MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, 2017, p.10)

Quanto ao 8º Encontro de Formação do PSE, ocorrido no dia 31 de outubro de 2017, a Alimentação Saudável - Merenda Escolar – Avaliação Antropométrica – Obesidade – Sobrepeso, o Relato de Experiências Exitosas e as Alterações de Linguagem e Problemas Auditivos que Interferem na Aprendizagem foram os temas abordados. Já, no último encontro de 2017, com data de 12 de dezembro, a amplitude de assuntos foi maior, cujos temas foram direitos e responsabilidade, a sexualidade e HIV, violência sexual e fluxo de atendimento, apresentação dos resultados do PSE e, por fim, o planejamento de 2018. Desse modo o espelho dos alunos atendidos em 2017 corresponde a:

Ações	Número de Alunos Atendidos no Município
Combate ao Mosquito A. Aegypti	4.535
Programação de segurança alimentar e nutricional da alimentação saudável.	2.796
Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	709
Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack, outras drogas.	720
Promoção da cultura de paz cidadania e direito humanos	2.147
Promoção de práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas.	2.572
Prevenção das violências e acidentes	1.762
Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em alimentação	2.616
Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor	3.893
Verificação da situação vacinal	3790
Promoção da Saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.	958
Promoção da Saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração .	2.451

FONTE: MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, 2017, p.10

Chama-se a atenção que o poder local, representado pela Secretaria de Saúde, neste caso, se atentou no 7º Encontro sobre as condições cognitivas e de saúde mental dos escolares. Contudo, em 2017, não houve atendimentos relacionados à saúde mental das crianças ou dos pais. Ainda assim, apesar de abordarem esses temas, uma das questões que mais impacta o desenvolvimento da aprendizagem é o TDAH e a medicalização abusiva.

Nesse sentido, sabe-se, através do contato com as secretarias, em razão da pesquisa aplicada, que há uma preocupação em relação ao TDAH e à medicalização. Porém, sugere-se que sejam potencializadas as discussões a respeito do tema a fim de afastar o encaminhamento para o diagnóstico de TDAH, por parte dos professores,

pela simples agitação, conhecimento e apropriação básica por parte dos professores do funcionamento neurobiológico da aprendizagem e o impacto do TDAH, do metilfenidato, da medicalização abusiva e todas as consequências sociais, escolares, familiares e de aprendizagem envolvida.

Os consórcios configuram-se como uma alternativa bastante palpável para auxiliar na efetividade dos direitos à saúde, tendo em vista que os municípios convivem com uma falta de verba constante. A existência de consórcios vinculados ao poder local traria benefícios à população pois através deles o direito à saúde teria a possibilidade de ser mais efetivo e aos municípios por não sobrecarregar um poder com verbas insuficientes para garantir a excelência desse serviço que é um direito fundamental.

Para tanto, o poder local é eixo fundamental, através das secretarias de saúde e de educação, para a promoção de ações, vinculadas ao PSE, no que tange a saúde mental, o TDAH, a aprendizagem, o metilfenidato e a medicalização abusiva. O caráter preventivo em relação às consequências do TDAH e à medicalização, por parte do poder local, é primordial para a dignidade humana, cidadania e atenção aos direitos fundamentais sociais previstos na Constituição Federal de 1988.

6.3 Ações para o cuidado com a saúde mental: TDAH e medicalização

As ações estratégicas para a prevenção do impacto das consequências familiares, sociais e escolares do TDAH são importantes para a saúde e a educação dos escolares, pois é com base também nessa análise que alguns percalços podem ser evitados, como os altos índices de reprovações. O município de Santa Maria possui as secretarias de saúde e de educação próximas quanto à atuação no PSE a fim de objetivar sempre o melhor para as crianças e suas famílias.

De acordo com o desenvolvimento de ações pautadas nos objetivos centrais do PSE, que consistem em contribuir para a formação integral das crianças, como é o foco do estudo, é possível afirmar que o objetivo abrange o universo biopsicossocial de desenvolvimento. O PSE visa promover, prevenir e prestar atenção à saúde em relação aos problemas e as mazelas que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças.

Salienta-se a importante aliança entre os pais e as escolas como primordial para o melhor desenvolvimento da criança. Os professores e o ambiente escolar

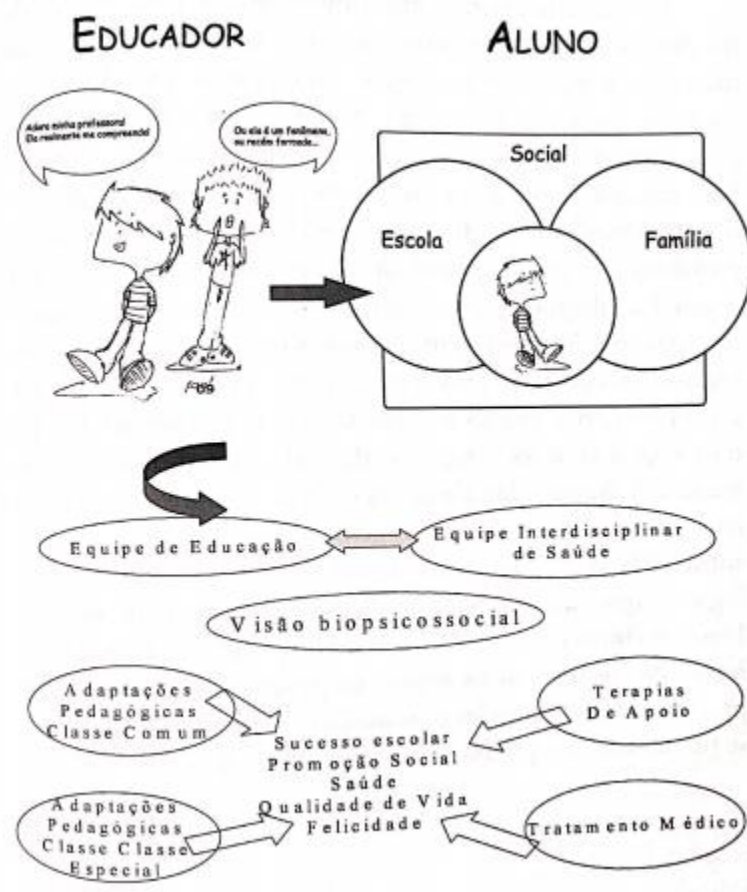
possuem um grande impacto no desenvolvimento emocional, na afirmação da segurança e da confiança das crianças. (BROOKS; GOLDSTEIN, 2004, p.277) Ou seja, uma das primeiras ações consiste em fortalecer uma lógica de parceria entre os pais e os professores.

Em uma passagem da obra “Criando Filhos Seguros e Confiantes”, há o relato de uma política adotada, por uma escola norte americana que tal construção, se deu para que os pais, filhos – alunos e professores tivessem os primeiros contatos. Assim, os professores entraram em contato com os pais e os alunos poucos dias antes do início do ano letivo a fim de lhes darem as boas-vindas. (BROOKS; GOLDSTEIN, 2004, p.278)

Percebeu-se que a empatia entre os pais, filhos – alunos e professores formou-se mais rapidamente, tendo em vista que, anteriormente, a primeira ligação dos professores com os pais era para relatar alguma queixa do aluno, estabelecendo, assim, um tom negativo na relação. “Quando falamos com os pais, dizemos que a coisa mais importante na educação das crianças é o trabalho em conjunto. ” (BROOKS; GOLDSTEIN, 2004, p.278)

Desse modo, a rede de confiança entre a escola, pais, professores e escolares é o primeiro passo para que quaisquer ações logrem êxito, principalmente as ações do PSE. Esse trabalho em conjunto evidenciará que o processo de aprendizagem depende do funcionamento e da ligação confiável entre esses atores sociais, quanto à saúde mental. Outro fator importante nessa abordagem é que todos da rede devem confiar no sistema, ou seja, qualquer dos atores que necessitarem de algum tipo de auxílio têm a certeza de que podem confiar no sistema que representa o poder local.

O papel do professor nessa fase é fundamental, pois é ele o ator social que interliga a escola com os pais, a escola com os alunos, os alunos com os pais e os alunos com a escola, dentro de um prisma de relações. Nesse sentido, cada abordagem entre pais e professores gera uma grande expectativa em relação à receptividade e à troca de informações sobre o universo biopsicossocial da criança, pois isso terá impacto na qualidade da aprendizagem.



FONTE: MAIA, 2011, p.41.

O segundo passo, para que as ações em prol das crianças e dos adolescentes sejam eficazes, consiste em adotar uma abordagem neuroeducativa ampla. Essa abordagem tem a finalidade de proporcionar aos professores maior compreensão sobre o processo de aprendizagem no cérebro, com o objetivo de desenvolverem melhor as suas atividades aumentando o nível de aprendizado dos seus alunos. O conhecimento e a troca de saberes entre as ciências da saúde e as sociais e aplicadas proporcionam um ganho no desenvolvimento das práticas pedagógicas em sala de aula.

Um conhecimento básico sobre a importância da saúde mental e os impactos gerados pela incidência do TDAH, bem como pela não identificação do transtorno, ou ainda, diagnóstico prejudicado. Desse modo, através de um conhecimento sintético de como o cérebro funciona, o professor compreenderá melhor as dificuldades relatadas ou percebidas pelos alunos, bem como terá conhecimento para auxiliar a criança, a família e a escola dando a indicação de acompanhamento.

A prática neuroeducativa possui características biopsicossociais e de formação continuada, ou seja, a criança é percebida na sua totalidade e não somente com relatos de fracasso escolar, tendo em vista que tal relato possui, por vezes, causas que ultrapassam os muros das escolas. Nesse sentido, a adoção de capacitações neuroeducacionais consistiria em um diferencial para contribuir com o avanço da aprendizagem em sentido amplo, influenciando ainda na dignidade e na cidadania, pois possui reflexos, não só na aprendizagem, mas também em sentido continuado de formação e desenvolvimento.

Na ótica de formação continuada e universo biopsicossocial, o Município de Santa Maria possui uma série de ações que proporcionam aos gestores e educadores ampliar seus conhecimentos em áreas cada vez mais urgentes no espaço escolar. Dentre essas ações, salienta-se a palestra de Leonor Bezzera Guerra, no X Curso de Formação de Gestores e Educadores em Educação Inclusiva – SMED – Santa Maria, que aconteceu em julho de 2014 sobre neurociência e educação.

Os gestores e educadores já estão atentos à importância de compreender o funcionamento cerebral no que tange a aprendizagem, porém acredita-se que adotando esse modelo de neuroeducação, os professores terão maiores possibilidades de compreender os indicativos de alguns comportamentos em sala de aula, facilitando o desenvolvimento e/ou a readequação de práticas já existentes a fim de que a educação seja na sua essência inclusiva. A neuroeducação é a ciência que desenvolve a educação e a saúde como faces de uma mesma situação.

Incentivando a necessária e fundamental ligação das áreas de saúde e educação, a quarta fase está relacionada com a capacitação em relação ao TDAH propriamente dita, e a medicalização necessária para o bem-estar e desenvolvimento e também a medicalização abusiva, evidenciando os impactos e as consequências biopsicossociais do transtorno e dos fármacos. Entende-se como fundamental essa fase, tendo em vista o aumento de 775% no uso de medicamentos à base do metilfenidato para crianças e adolescentes entre 06 e 16 anos nos últimos anos, conforme visto anteriormente.

Para apresentar os conhecimentos básicos, em relação ao TDAH e à medicalização, aos professores, uma equipe com diversidade de profissionais é importante, pois cada faceta do fenômeno deve ser analisada. Entende-se que através da prática de neuroeducação pedagógica será mais simples compreender tanto os reflexos do TDAH como o uso de medicações. Salienta-se que outros transtornos,

mesmo não sendo foco deste estudo, serão também melhor compreendidos pelos professores, como os transtornos de aprendizagem de leitura, de matemática e de expressão da escrita.

Além do professor compreender, mesmo que basicamente, como o cérebro atua em relação à aprendizagem, ele conseguirá auxiliar nos demais processos, como na readequação do plano pedagógico, nas práticas de aproximação do aluno com a escola, nas ações para o fomento de que as famílias sejam e estejam presentes e participem na vida das crianças entre outros.

Essa etapa se confunde com a próxima, pois com os conhecimentos básicos os professores e os gestores poderão auxiliar a família em questões mais simples, através da coordenação pedagógica de cada escola. Ainda assim a escola poderá aconselhar no encaminhamento às unidades básicas e unidades de estratégia da família, a fim de que o médico faça a sua análise.

A existência da equipe multidisciplinar nessa nova fase é afinar as análises a fim de que a criança seja acompanhada por múltiplos profissionais que irão analisa-la com base nos critérios vigentes, amparando o médico para o diagnóstico mais preciso. Dentre os profissionais envolvidos, o psicólogo atuará de maneira a auxiliar na identificação ou não do TDAH, diante da compreensão e do reconhecimento de características que identifiquem a presença de tal transtorno, desenvolvendo, posteriormente, planos de tratamento para a criança e também para a família, no sentido de possibilitar a melhora nas relações diárias sociais.

Reforça-se, aqui, que a família possui um papel fundamental na estruturação da criança enquanto sujeito, reconhecendo e proporcionando a ela o direito de ser criança em todos os sentidos, auxiliando-a nas dificuldades, apresentando limites em relação à idade, bem como direcionando a ela amor, afeto e o sentimento de que está segura e amparada naquele seio familiar.

A figura do profissional de pedagogia relaciona-se com o professor, ou seja, o pedagogo desenvolve atribuições relacionadas com o ensino e a aprendizagem. Em função desta proximidade de atuação, é importante que tal profissional esteja presente na equipe, tendo em vista que ele irá auxiliar o professor a identificar os alunos que, por ventura, tenham dificuldades maiores de aprendizagem ou acima da média, em função do grau de concentração e foco para o desenvolvimento das atividades de aprendizagem no ambiente escolar.

A justificativa da presença de um médico, de preferência com residência em neuropediatria ou psiquiatria infantil, repousa na necessidade de um diagnóstico preciso, entendendo que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. (CFM, 2010, p.30) Para tal, deve ser feita uma investigação profunda, através de anamnese direcionada, bem como exames, a fim de que se tenha a plena ciência da presença do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

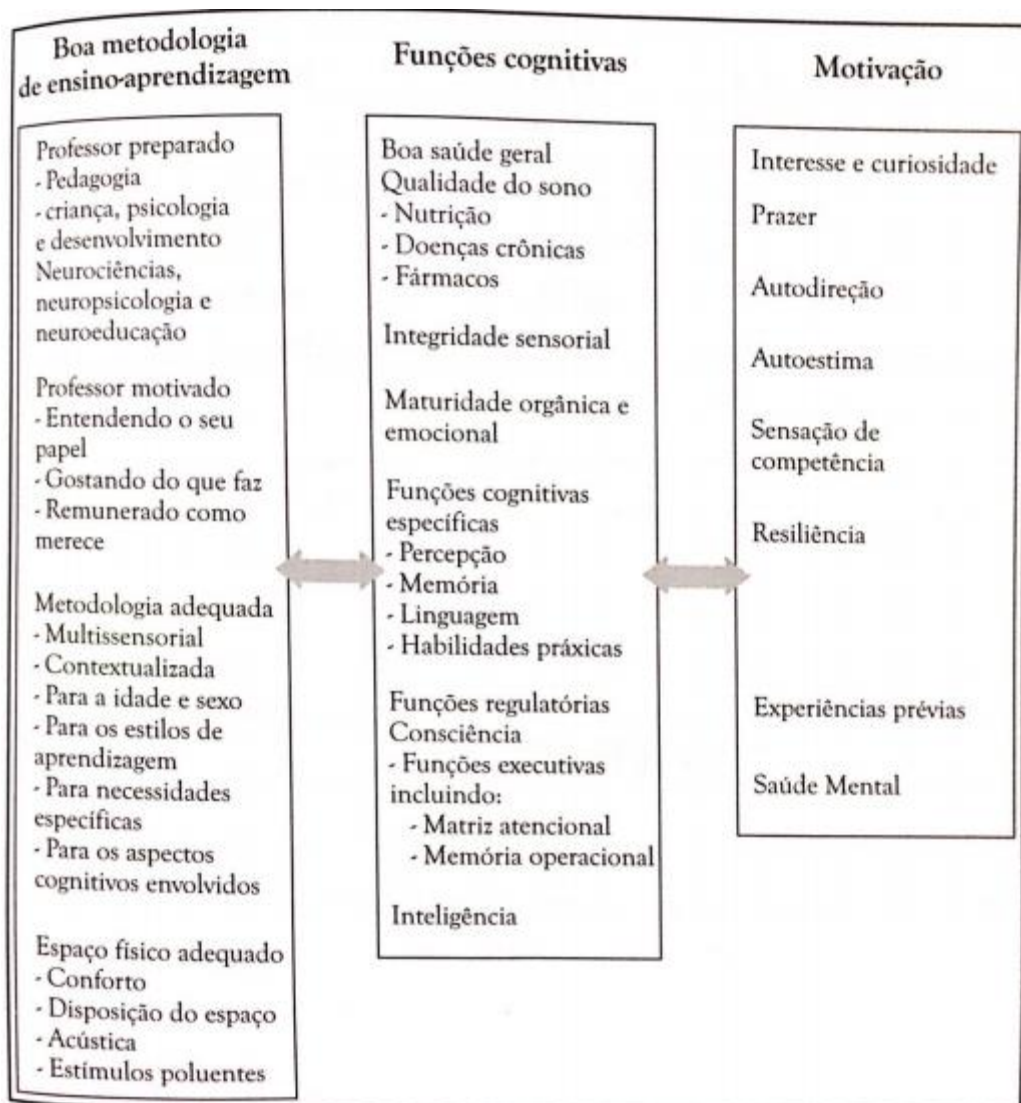
O assistente social também deve compor a equipe multidisciplinar, haja vista que a presença dele é fundamental para o andamento da política educacional e de saúde municipal em Santa Maria. É de competência do assistente social, segundo a Lei n.8.662, de 07 de junho de 1993:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (BRASIL, 1993)

Nesse sentido, justifica-se a presença do assistente social na equipe multidisciplinar para analisar, verificar e direcionar o modo de atuação, ou seja, um plano específico para a captação dos alunos indicados pelos professores, bem como organizar e executar as ações. A finalidade dessas ações é proporcionar um pleno desenvolvimento para as crianças em sentido macro, evitando a banalização do encaminhamento para diagnóstico de TDAH, bem como a medicalização infantil.

No entanto, em casos necessários, deve-se facilitar-se o encaminhamento para atendimento da saúde a nível local para que o TDAH seja tratado, tendo vista que não

há cura. O sucesso da aprendizagem depende de diversos fatores e não somente da relação professor-aluno em sala de aula. Esse processo está vinculado à saúde e à educação que se não tratado nesse viés, pode apresentar prejuízos ao desenvolvimento das crianças. Para um bom indicativo do processo de aprendizagem é necessário verificar tais fatores:



FONTE: MAIA; VARGAS, 2011, p.49.

Tendo como base esses fatores, há possibilidade de melhorar os indicadores da aprendizagem, mas principalmente a efetivação dos índices de direito à saúde e à educação através da neuroeducação. É necessário, nesse sentido, mapear fatores, características e indicadores, tanto na educação quanto na saúde sobre o diagnóstico de TDAH e medicalização.

A aprendizagem ou a aprendizagem deficitária deixaram de ser um problema da seara educacional. Cada vez mais se faz evidente que a aprendizagem está relacionada com o universo biopsicossocial de cada indivíduo. Não quer se propor aqui que sejam desenvolvidas técnicas e práticas de abordagem didática e pedagógicas para cada aluno e, sim, que sejam readequadas em uma lógica neuroeducativa, em um sistema que se retroalimente, considerando fatores como o ambiente familiar, escolar, social, biológico e psíquico da criança. A neuroeducação auxiliada pela vivência ambiental é um fator que pode contribuir positivamente para a criança ter o seu processo de aprendizagem respeitado nas suas especificidades.

A proposta consiste em reafirmar que a escola seja um ambiente de inclusão, focado na aprendizagem, direcionando a sua atenção para a saúde mental dos escolares, principalmente, em relação ao TDAH e ao fenômeno social da medicalização infantil abusiva. A escola, os professores e os pais, como uma rede de proteção, devem incentivar o sentimento de confiança, auto confiança e pertencimento ao meio.

Se as crianças vivem ouvindo críticas, aprendem a condenar; Se convivem com a hostilidade, aprendem a brigar; Se as crianças vivem com medo, aprendem a serem medrosas; Se as crianças convivem com a pena, aprendem a ter pena de si mesmas; Se vivem sendo ridicularizadas, aprendem a ser tímidas; Se convivem com a inveja, aprendem a invejar; Se vivem com vergonha, aprendem a sentir culpa; Se vivem sendo incentivadas, aprendem a ter confiança em si mesmas; Se as crianças vivenciam a tolerância, aprendem a ser pacientes; Se vivenciam elogios, aprendem a apreciar; Se vivenciam a aceitação, aprendem a amar; Se vivenciam a aprovação, aprendem a gostar de si mesmas; Se vivenciam o reconhecimento, aprendem que é bom ter um objetivo; Se as crianças vivem partilhando, aprendem o que é generosidade; Se convivem com a sinceridade, aprendem a veracidade; Se convivem com a equidade, aprendem o que é justiça; Se convivem com a bondade e a consideração, aprendem o que é o respeito; Se as crianças vivem com segurança, aprendem a ter confiança em si mesmas e naqueles que as cercam; Se as crianças convivem com a afabilidade e a amizade, aprendem que o mundo é um bom lugar para se viver. (NOLTE; HARRIS, 2003, p.2)

Fomentar as questões positivas e explicar as negativas são papéis de todos os envolvidos na proteção dos direitos das crianças. As crianças diagnosticadas com TDAH, geralmente, são mais criticadas pelo comportamento impulsivo/hiperativo, salientando seus erros e suas ansiedades, ao passo que as que possuem o tipo desatento, são igualmente criticadas pela falta de interesse, de vontade, de iniciativa.

Dentro dessa ótica, as crianças devem receber uma atenção mais direcionada a fim de reafirmarem os pontos positivos das suas ações. É indicado repassar a elas

determinadas responsabilidades condizentes com a sua idade para que se tornem adultos confiantes e capazes. Dessa forma, se afasta a possibilidade de fracassos futuros, ditos injustificáveis e sem explicação ou culpabilizando a incidência do TDAH.

O fenômeno social da medicalização também está presente nessa questão. A criança não deve ser medicalizada para corresponder a pressões sociais, à padronização de comportamento ou, ainda, à expectativa dos pais, pelo seu sucesso. De outra banda, a necessidade de medicalização não deve ser fator de penalização em relação ao aluno, ou seja, não deve ser visto como o “doente”, o “coitadinho” ou qualquer outra forma de taxatividade. Se há a necessidade, é papel dos envolvidos, pais, escola e professores, integrar ainda mais esse aluno para que entenda que é para o seu bem e para o seu melhor desenvolvimento.

Esse mapeamento escolar, acerca das crianças com TDAH, proporciona que os gestores públicos municipais possam desenvolver outras ações ou aperfeiçoar as já existentes com o objetivo de proporcionar uma melhora na qualidade de vida tanto das crianças com TDAH quanto das crianças que não possuem o Transtorno. Ainda assim, todo o universo biopsicossocial é afetado positivamente com ações preventivas ou de tratamento para a análise desses fenômenos sociais.

A escola, os professores, os gestores, os pais e os familiares são responsáveis pela garantia do bem estar e proteção, do pleno e saudável desenvolvimento da criança, a fim de que esta tenha possibilidades dignas no futuro. A aprendizagem é fator determinante para o futuro, e o TDAH ou a medicalização abusiva não podem ser empecilhos para o seu desenvolvimento.

Resta afirmar que o TDAH e o fenômeno social da medicalização infantil abusiva já são presentes na sociedade. Assim, cabe aos agentes locais, através das diretrizes do PSE, incluírem ações reiteradas e rotineiras em relação à saúde mental, ao TDAH e à medicalização infantil, ancoradas nas práticas neuroeducativas, nas escolas pactuadas. Ressalta-se que as ações e diretrizes da União, dos estados e, principalmente, do poder local são propostas, adequadas e readequadas a partir das mudanças e alterações comportamentais sociais.

7 CONCLUSÃO

O avanço das tecnologias trouxe uma maior dinâmica para as relações sociais. Da mesma forma, as exigências da sociedade passaram por modificações impulsionadas pelo crescente apelo ao consumismo como, por exemplo, o apelo para que as pessoas sejam donas de aparelhos celulares de última geração ou de outros equipamentos diferenciados. Ao passo que essas modificações ocorreram, a ciência também avançou seus estudos para descoberta de doenças, tratamentos e medicamentos.

Nessa evolução, cartas e constituições de direitos e deveres também foram sendo atualizadas. A realidade social é o grande fator que faz com que modificações estruturais aconteçam e que progressivamente surjam novos direitos, bem como reconhecimentos necessários para a dignidade da pessoa humana, princípio fundamental da Constituição Federal de 1988.

Esse princípio deve nortear todos os acontecimentos relacionados à efetivação de direitos e à exigência de deveres em uma sociedade. Em tempos em que a dignidade humana não tinha tal deferência, a realidade brasileira também era diversa. As crianças e os adolescentes, por exemplo, não eram reconhecidos como sujeitos de direitos, sendo considerados objetos de direito e regidos pela Doutrina da Situação Irregular. Essa ideia perdurou até a realidade social perceber que, na verdade, as crianças e os adolescentes eram sujeitos caros à sociedade, detentores de proteção integral em respeito ao melhor interesse da criança.

A sociedade, o estado e a família formam a principal rede de proteção. Nessa estrutura, podem ser incluídos também as escolas, os professores e todos aqueles que participam ativa ou passivamente da vida das crianças e dos adolescentes. Desse modo, todos são corresponsáveis pelo seu bem estar e seu pleno desenvolvimento.

Esse grupo de direitos especiais necessita que outros atores sociais protejam, guardem e promovam a efetivação dos seus direitos, tendo em vista que são indivíduos em desenvolvimento. Diante deste raciocínio, o estudo trouxe para a discussão dois direitos sociais fundamentais para a garantia de desenvolvimento das crianças e dos adolescentes: o direito à educação e o direito à saúde. Ambos estão presentes no texto constitucional de 1988, como direitos sociais.

Por vezes, a fim de que esses direitos sejam efetivos à sociedade, o estado deve se utilizar de instrumentos que sejam capazes de torná-los, de fato, mais efetivos

perante a sociedade, como é o caso das políticas públicas. Essas políticas, para que atendam à comunidade, necessitam ser organizadas através de um ciclo, com o objetivo de mapear a realidade das comunidades; ponderar os pontos deficitários e os potenciais de determinada região, a durabilidade necessária e os serviços dos quais a população necessita de forma urgente; apontar as ações que deram certo e as que precisam ser adequadas para que possam ser eficientes.

A política pública é um instrumento fundamental que possibilita a sociedade uma maior efetividade diante dos seus direitos. Nela baseiam-se programas e ações capazes de aperfeiçoar questões pontuais da sociedade. Nesse sentido, através da união das pastas da saúde e da educação, surgiu o PSE, com o objetivo de proteger, promover e assegurar o desenvolvimento integral dos escolares.

O PSE possui finalidades claras relacionadas as crianças, adolescentes, jovens e adultos que estão matriculados na rede pública de ensino. A formação integral objetivada pelo programa corresponde ao enfrentamento que compromete o pleno e saudável desenvolvimento. Esse estudo elegeu como foco de análise as crianças, sendo elas as maiores carecedoras de atenção para que tenham a devida proteção e salvaguarda em relação ao universo biopsicossocial.

Com a delimitação espacial no município de Santa Maria, no ano de 2019, questionou-se sobre qual era a realidade do município de Santa Maria, com foco no ensino fundamental das escolas municipais frente aos dados médicos das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas diante do PSE, no que tange a medicalização infantil direcionado ao TDAH e ao uso do Metilfenidato?

Concluiu-se que 23% dos professores municipais das escolas de Santa Maria não sabem e nunca ouviram falar no PSE. Contudo, esses dados proporcionam uma análise mais profunda, tendo em vista que a Secretaria de Educação desenvolve atividades relacionadas ao PSE, inclusive já tendo realizado um encontro sobre saúde mental em anos passados.

Esse desfecho fica fundamentado nas seguintes respostas encontradas, pois 68 dos 69 professores afirmaram que nunca tiveram qualquer capacitação vinculada aos Ministérios da Saúde e Educação, de forma alguma, como vídeo, cartilha ou qualquer outro exemplo. Ainda assim, 97% dos professores afirmaram não ter treinamento ou capacitação por parte do município no que tange o PSE.

Aventa-se a possibilidade de que os diretores e gestores são convidados para esses encontros, porém, ou não comparecem, ou não fazem o repasse das

informações para os professores, tendo em vista que os encontros acontecem. Dessa forma, para que o PSE seja de conhecimento extenso de todos, tanto gestores, quanto diretores e professores, devem participar de tais encontros a fim de que o PSE tenha uma ampla abrangência.

Quanto aos objetivos do PSE, 84% dos professores julgaram essas capacitações importantes a fim de que seja possível a eles melhorarem a abordagem com os alunos e a família. O perfil das classes escolares dos anos iniciais em Santa Maria é de 39% homogênea, ou seja, não há predominância de meninos ou meninas, enquanto 33% dos professores afirmam terem mais meninos e 27% terem mais meninas nas suas turmas.

A preocupação com a saúde mental dos escolares deve ser cada vez mais trabalhada em todos os níveis de ensino. Um dos transtornos característicos da fase da infância é o TDAH. Esse transtorno neurobiológico, de causas genéticas ainda não identificadas claramente, apresenta como sintomas a desatenção e a hiperatividade.

O TDAH age, principalmente, nas partes do cérebro que correspondem às funções executivas, fazendo com que o portador do transtorno apresente dificuldades de organização de diversas questões como o estado de alerta e a regulação de aspectos emocionais. Essas atividades dependem das ligações sinápticas feitas pelos neurônios no SNC e, nos casos dos portadores, elas não acontecem de modo típico semelhante às crianças saudáveis, resultando em desequilíbrio de substâncias químicas atuantes no cérebro, como a dopamina e a noradrenalina.

Esse prejuízo às ligações dos neurotransmissores em seus receptores específicos faz com que as crianças tenham dificuldades físicas de manter a atenção ou o foco em alguém ou alguma coisa. A explicação neurológica está no descompasso na rede de informações, ancorada nas trocas deficitárias entre os dados de um neurônio para outro neurônio.

De acordo com as pesquisas o TDAH possui três tipificações, o TDAH com ênfase na desatenção, o TDAH misto e o TDAH do tipo hiperativo/impulsivo. O transtorno pode acontecer em meninos e meninas, contudo há uma maior prevalência masculina nos diagnósticos de TDAH e, quando separados por espectro, o tipo desatento predomina nas meninas, enquanto o tipo hiperativo/impulsivo é mais encontrado nos meninos.

Essa patologia não possui cura e o transtorno acompanhará os indivíduos na fase adulta. O tratamento existe, porém, para o melhor controle da doença, reduzindo

seus sintomas e impactos na vida de seus portadores. O TDAH pode ser diagnosticado tardiamente, ou seja, na fase adulta, mas esse fato significa que, enquanto criança, o indivíduo sofreu as dificuldades apresentadas pelo transtorno sem o devido tratamento e acompanhamento.

Entendeu-se que a medicalização infantil, com base na utilização do metilfenidato, tornou-se de fato um fenômeno social. Para tanto, justificou-se, com base nas pesquisas, a necessidade de falar e aprofundar, cada vez mais, os estudos acerca do tema no que tange a seara das políticas públicas de saúde e de educação. Atentando-se que ou as crianças estão sendo desnecessariamente medicalizadas por agitações próprias da idade que desacomodam os pais e/ou professores ou realmente é necessário que a medicalização ocorra de maneira mais abrangente.

Essa ponderação foi trabalhada e analisada através dos dados correspondentes ao lapso temporal, em que os índices nacionalmente maiores de utilização do metilfenidato são em determinados períodos do ano, sendo mais expressivos em meses específicos. Entretanto, sabe-se que o TDAH é uma patologia crônica, não tendo característica passageira ou curável. Desse modo, para que não haja deturpação acerca da medicalização abusiva, os gráficos deveriam apontar para um equilíbrio do uso no medicamentos e não picos entre períodos do ano.

Diante da pesquisa aplicada e dos dados coletados, foi possível concluir ainda outras questões. O perfil do público que busca o acesso à saúde e à educação dentro da delimitação traçada, possui renda, em sua maioria, de até 3 salários mínimos. Outra questão é que a maioria dos médicos vinculados às UBS e às ESF são clínicos gerais ou especialistas em saúde da família que, em sua maioria, não fazem o tratamento do TDAH, mas proporcionam o encaminhamento, quando necessário, para profissionais com residência na área.

Quanto à faixa etária, todos, exceto um médico, recebem casos semanais de crianças com suspeita de TDAH nas UBS e as ESF no município de Santa Maria, salientando que essas crianças possuem a idade entre 6 e 12 anos, em sua maioria. Essa idade está inserida nas referências de saúde, afirmando e/ou confirmando que o TDAH é um transtorno que se manifesta na infância e frequentemente nas séries iniciais, podendo ser diagnosticado em meninos e em meninas, com indicativos genéticos, mas ainda sem padrões.

Quanto à incidência em meninos ou meninas, constatou-se que, no município de Santa Maria, os casos de suspeita de TDAH rondam mais as crianças do sexo

masculino em detrimento do feminino. Da mesma forma, que as crianças com diagnóstico de TDAH são, em sua maioria, meninos. Indo ao encontro a essa percepção, os professores municipais de Santa Maria também indicaram que, tanto as suas suspeitas, quanto a ciência dos alunos que fazem uso de medicamentos para tratamento de TDAH, são predominantemente meninos. Essas amostras confirmam as demais pesquisas feitas no Brasil que há uma prevalência do TDAH em meninos.

Quando analisado o pareamento quantitativo entre meninos e meninas, identificou-se estudos que encontraram a relação de 2:1 na infância, prevalecendo em meninos; 1:1 na adolescência e na fase adulta a proporção foi de 1:2, prevalecendo em mulheres. Aventa-se a possibilidade de que o diagnóstico de TDAH em meninas, na fase da infância, é menor, tendo em vista que a desatenção não é característica que deixa os pais e professores em alerta, pois passa uma falsa impressão de que a criança é mais calma, diferentemente de quando identificado um estereótipo hiperativo.

Uma criança com característica desatenta, no entanto, não significa, obrigatoriamente, calma e tranquilidade e, sim, uma dificuldade de manter o foco por desatenção. Nesse sentido, os meninos podem ter atingido um grau mais alto de diagnóstico tendo em vista que o tipo de TDAH preponderante é mais perceptível aos olhos dos pais e professores para o encaminhamento ao médico, a fim de obter o diagnóstico positivo.

Já nos casos das meninas, a passividade é, por vezes, confundida, não causando um desconforto para quem está por perto; logo não há um encaminhamento aos médicos na fase da infância. Isso deve ser observado com mais atenção, tendo em vista que, na fase adulta, estudos mostraram que há uma inversão quantitativa nos diagnósticos entre o sexo feminino e masculino. Ou seja, sendo o TDAH um transtorno típico da infância, meninas passaram a infância e a adolescência com TDAH e sem tratamento, sendo esse constatado somente na fase adulta.

A percepção dos médicos de Santa Maria acompanhou os índices nacionais de aumento da incidência do TDAH em crianças e adolescentes, sendo que a orientação de famílias e crianças para a procura de auxílio, acompanhamento e tratamento de TDAH é feita pelos professores. Da mesma forma, 100% dos médicos pesquisados afirmaram perceber um aumento na procura de remédios como a Ritalina, a Ritalina LA e o Concerta com a justificativa de melhorar a qualidade de vida das crianças.

Outro fato é que os profissionais de saúde avaliados e os dados nacionais também concordaram no aumento da procura pelo diagnóstico de TDAH em crianças durante o segundo semestre. Isso corresponde ao período final dos anos letivos, ou seja, há de se considerar que, nessa época, já há indicativos palpáveis sobre o aproveitamento escolar das crianças.

Sugere-se que essa elevação da busca tem o intuito de potencializar a concentração e a memória das crianças, com a finalidade de corresponderem às expectativas sociais de serem aprovados, evitando a frustração das próprias crianças, bem como dos seus pais. Essa conclusão toma corpo quando os médicos confirmam, em sua totalidade, que o aumento no consumo da Ritalina e similares se deve ao fato de pessoas saudáveis utilizarem o medicamento com o objetivo de aumentarem seus rendimentos nas atividades intelectuais, tentando alcançar tais exigências sociais.

A neuroeducação é cogitada como uma das possibilidades de entender e compreender esses fenômenos de atingir as expectativas impostas pela sociedade, pois proporciona aos professores atuarem de maneira mais completa, ou seja, sabendo como as informações são recebidas em um cérebro típico, bem como quando há um transtorno de aprendizagem, com TDAH ou ainda com ação de algum medicamento no panorama neurológico.

Afirma-se então que a neuroeducação tem espaço importante nessa área, pois, de acordo com os professores municipais pesquisados em Santa Maria, 94% gostariam de aprofundar seus conhecimentos sobre o TDAH. O fato de querer ampliar sua informação acerca do assunto favorece a questão de que, sendo os professores esclarecidos quanto ao básico do funcionamento do TDAH, das consequências do não tratamento bem como da medicalização desnecessária, eles poderão atuar de modo mais completo em relação à educação e ao ensino das crianças.

Essa compreensão neurobiológica, mesmo que simples, proporciona ao professor atuar e desenvolver técnicas e práticas diferentes para que todos aprendam e sejam ensinados da maneira que passam e consigam um melhor aproveitamento didático, fazendo com que a escola seja, de fato, para todos. No município de Santa Maria, a neuroeducação poderia demonstrar resultados, já que, analisado somente o TDAH, mais de 50% dos professores afirmaram saber de alunos que utilizam medicamentos para o tratamento do transtorno.

O fator humano também é importante para o desenvolvimento pleno de novas técnicas como a neuroeducação. 87% dos professores responderam que auxiliariam

as crianças e as famílias, em uma ótica de integração, para garantir o melhor desempenho da educação através da saúde, no que tangem os direitos das crianças e dos adolescentes. Para os 13% dos professores que afirmaram que não é função deles conversar e auxiliar, é importante revisitar a essência do que é ser professor.

É fundamental que, além de conhecimento, os professores, os médicos, os gestores, os diretores, os assistentes sociais, os pedagogos, os psicólogos e os demais envolvidos do poder local, estejam engajados na causa de tornar cada vez mais efetivos e eficientes os direitos à saúde e à educação das crianças. Cada um dos profissionais inseridos na sua especialidade, ou seja, o impacto e as consequências do TDAH bem como o fenômeno da medicalização infantil é de co-responsabilidade de todos que atuam na proteção dos direitos das crianças e na salvaguarda dos seus interesses.

REFERÊNCIAS

ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **Perguntas e respostas mais frequentes**. Sem identificação de data “a”. Disponível em: <<https://tdah.org.br/perguntas-mais-frequentes-e-suas-respostas/>> Acesso em 28 de abr. de 2017.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**. II (1-2), 1997.

ANDRADE, Luana da Silva; GOMES, Ana Paula; NUNES Anna Beatriz; *et. al.* Ritalina uma droga que ameaça a inteligência. In: **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. v.7, n.1 de 2018. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/issue/view/514/showToc>>. Acesso em 16 de jan. de 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Farmacoepidemiológico. SNGPC**. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Ano 2., n. 2. Jul/Dez de 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf> Acesso em 02 de jul. 2017.

AZEVEDO, Marco Antonio. Pode o melhoramento humano ser aceito como um dos objetivos da Medicina? In: **Barbarói**. Edição Especial. N. 44. p.290-303. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2015.

BALLERINI, Júlio César, Silva. **Direito à Saúde: aspectos práticos e doutrinários no direito público e no direito privado**. 1.ed. Leme: Habermann Livraria & Editora, 2009.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. **A política das políticas públicas: progresso econômico e social na América Latina: relatório de 2006**. BID & David Rockefeller Center for Latin America Studies, Harvard University. Trad. BID. Rio de Janeiro: Elsevier; Washington, 2007.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio de subsidiariedade – Conceito e Evolução**. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade. Manual para diagnóstico e Tratamento**. Porto Alegre. Artmed. 2008.

BASTOS, José Alexandre. Matemática: distúrbios específicos e dificuldades. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2007.

BMD. **THE BANTAM MEDICAL DICTIONARY**. New York: Market House Books, 1990.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 1993.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Ministério da Saúde. sn. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude#estrutura>> Acesso em 08 de jan. de 2019.

BRASIL. **Apresentação. História**. Ministério da Educação. SD “b”. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/institucional/historia>> Acesso em: 18 de ago. de 2017.

BRASIL. **Como funciona a gestão do PSE?** SD “c”. Programa Saúde na Escola. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=como_funciona_gestao_pse>. Acesso em 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **Programa Saúde na Escola – Saiba Mais**. PNAES. Secretarias. SECAD – Educação Continuada. SD “d”. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pnaes/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/16795-programa-saude-na-escola-saiba-mais>> Acesso em 02 de jul. de 2017.

BRASIL. **Apresentação: Programa Saúde na Escola**. Ministério da Educação. SD “e”. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>>. Acesso em 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **O GTI Federal**. Programa Saúde na Escola. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. SD “f”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=o_gti_federal>. Acesso em 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **O GTI Estadual**. Programa Saúde na Escola. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. SD “g”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=o_gti_estadual>. Acesso em 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **O GTI Municipal**. Programa Saúde na Escola. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. SD “h”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=o_gti_municipal>. Acesso em 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **Ideb – Apresentação**. Ministério da Educação. 2019? Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/conheca-o-ideb>>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

BRASIL. **Lei n.13.666, de 16 de maio de 2018**. Altera a Lei n.9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) para incluir o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13666_>. Acesso em 21 de nov. de 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.055 de 25 de Abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em 12 de jan. de 2019.

BRASIL. **Evolução do aprendizado: Santa Maria**. 2017a. Disponível em: <<https://www.qedu.org.br/cidade/1510-santa-maria/evolucao>>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

BRASIL. IDEB. INEP. Emef Diacono Joao Luiz Pozzobon: Ideb 2017. 2017b. Disponível em: <<https://www.qedu.org.br/escola/220530-emef-diacono-joao-luiz-pozzobon/ideb>>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

BRASIL. IDEB. INEP. **Emef Dom Antonio Reis: Ideb 2017**. 2017c. Disponível em: <<https://www.qedu.org.br/escola/233791-emef-dom-antonio-reis/ideb>>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

BRASIL. **Apresentação do Ministério da Educação**. Ministério da Educação. 2016? Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/institucional/historia>>. Acesso em 22 de nov. de 2018.

BRASIL. **Estrutura Organizacional do Ministério da Educação**. Ministério da Educação. 2016?a Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/institucional/estrutura-organizacional>>. Acesso em 22 de nov. de 2018.

BRASIL. **Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e Adolescentes**. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencia-publica-2015/audiencia-24.11/apresentacao-rubens>>. Acesso em 17 de jan. de 2019.

BRASIL. **Secretaria de Educação Básica – Programas e Ações**. Ministério da Educação. 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-basica/programas-e-aco-es>>. Acesso em 22 de nov. de 2018.

BRASIL. **Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão – Apresentação**. Ministério da Educação. 2014 a . Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/apresentacao>>. Acesso em 22 de nov. de 2018.

BRASIL. **Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores.** Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2014b.

BRASIL. **Lei n.12.061 de 27 de out. de 2009.** Altera o inciso II do art. 4º e o inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para assegurar o acesso de todos os interessados ao ensino médio público. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12061.htm>. Acesso em 21 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto n. 6.286, de dezembro de 2007.** Programa Saúde na Escola. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1726-saudenaescola-decreto6286-pdf&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **Programa Saúde na Escola – PSE.** Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2007? Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em 13 de jan. de 2019.

BRASIL. **Lei n. 11.343, de 23 de Agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em 16 de jan. de 2019.

BRASIL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (med. Liminar) 3324.** Supremo Tribunal Federal. Relator Ministro Marco Aurélio. Publicada em 05 de ago. de 2005. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=3324&processo=3324>>. Acesso em 21 de nov. de 2018.

BRASIL, **Lei n.10.870 de 19 de maio de 2004.** Institui a Taxa de Avaliação in loco das instituições de educação superior e dos cursos de graduação e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.870.htm#art3%C2%A75>. Acesso em 21 de nov. de 2018.

BRASIL. **Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm> . Acesso em 01 de out. de 2018.

BRASIL. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm>. Acesso em 21 de nov. de 2018.

BRASIL. **Lei n.8.662 de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

BRASIL. **Decreto n.99.710, de 21 de novembro de 1990**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em 13 de ago. De 2018.

BRASIL. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 08 de jan. de 2019.

BRASIL. **Lei n.8.069, de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em 23 de ago. de 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 23 de ago. de 2018.

BRASIL. **Emenda Popular n. 1 de 03 de agosto de 1987**. Emendas Populares. Assembleia Nacional Constituinte. Vol. 258. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-258.pdf>>. Acesso em 12 de set. de 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em 29 de nov. de 2018.

BRASIL. **Lei n.4.513, de 01 de dezembro de 1964**. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/1950-1969/L4513impressao.htm>. Acesso em 23 de ago. De 2018.

BRASIL. **Lei n.4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946**. 1946 d . Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n.9.613, de 20 de Agosto de 1946.** Lei orgânica do ensino agrícola. 1946 c . Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-9613-20-agosto-1946-453681-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n.8.530, de 02 de Janeiro de 1946.** Lei orgânica do ensino normal. 1946 b . Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8530-2-janeiro-1946-458443-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n.8.529, de 02 de Janeiro de 1946.** Lei orgânica do ensino primário. 1946 a . Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8529-2-janeiro-1946-458442-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n.4.073, de 30 de Janeiro de 1942.** Lei orgânica do ensino industrial. 1942 b . Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4073-30-janeiro-1942-414503-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n,4.244, de 9 de abril de 1942.** Lei orgânica do ensino secundário. 1942 a . Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4244-9-abril-1942-414155-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 3.799, de 5 de novembro de 1941.** Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 23 de ago. de 2018.

BRASIL. **Constituição dos Estado Unidos do Brasil de 10 de novembro de 1937.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.Htm>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto Nº 423, de 12 de Novembro de 1935.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-423-12-novembro-1935-532092-publicacaooriginal-14076-pe.html>>. Acesso em 06 de ago. De 2018.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de Julho de 1934.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

BRASIL. **Decreto n. 17.943 -A de 12 de Outubro de 1927.** Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm>. Acesso em 23 de ago. de 2018.

BRASIL. **Decreto n. 16.273, de 20 de dezembro de 1923.** Reorganiza a Justiça do Distrito Federal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16273.htm>. Acesso em 23 de ago. de 2018.

BRASIL, **Lei n.3.071, de 1 de Janeiro de 1916 – Código Civil dos Estados Unidos do Brasil.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L3071.htm>. Acesso em 08 de ago. de 2018.

BRASIL. **Código Criminal do Imperio do Brazil.** Lei de 16 De Dezembro De 1830. Manda executar o Codigo Criminal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em 22 de agosto de 2018.

BRASIL. **Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na Abertura da Terceira Sessão da Décima Segunda Legislatura pelo Presidente da República Arthur da Silva Bernardes.** Rio de Janeiro, 1926. Disponível em: < <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/arthur-bernardes/mensagens-ao-congresso/mensagem-ao-congresso-nacional-na-abertura-da-terceira-sessao-da-decima-segunda-segunda-legislatura-1926>>. Acesso em 22 de agosto de 2018.

BRASIL. **Carta de Lei de 25 de Março de 1824.** Manda observar a Constituição Política do Imperio, oferecida e jurada por Sua Magestade o Imperador. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em 22 de agosto de 2018.

BRATS. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde.** Ano VIII. N.23 de Março de 2014. ISSN 1983-7003. PDF. Disponível em: <<http://rebrats.saude.gov.br/institucional/brats>> Acesso em: 05 de jul de 2017.

BROOKS, Robert.; GOLDSTEIN, Sam. **Criando filhos seguros e confiantes.** São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda. 2004.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. In: **Psicologia em Estudo.** vol. 13.n.3. jul/set. 2008.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos.** vol. III. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2003.

CANOTILHO, J. J. Gomes. O direito constitucional como ciência de direção – o núcleo essencial de prestações sociais ou a localização incerta da socialidade (contributo para a reabilitação da força normativa da “constituição social”) In.: CANOTILHO, J. J. Gomes; CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Direitos Fundamentais Sociais.** 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e teoria da Constituição.** 7.ed. Coimbra: Almedina, 2000.

CANUT, Letícia. Estado democrático de direito, políticas públicas e direito à saúde: uma breve introdução sobre o SUS. In: VIEIRA, Reginaldo de Souza; CERETTA, Luciane Bisognin. (Orgs.) **Temas em direito sanitário & saúde coletiva: SUS – uma política pública de Estado**. Tomo I. Criciúma: Ed. UNESC, 2013.

CARVALHO, Francisco Pereira de Bulhões. **Falhas do Novo Código de Menores**. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CHAMBOULEYRON, Rafael. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: DEL PRIORI, Mary (org.). **História das crianças no Brasil**. 7.ed. 3.reimp. São Paulo: Contexto, 2016.

CID10. **Classificação Internacional de Doenças**. Disponível em: < <http://www.cid10.com.br/buscadescr?query=F90>> Acesso em: 29 de set. de 2017.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, San José, Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_ame_ricana.htm>. Acesso em 15 de ago. de 2018.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 7ª ed. Rev. E atual. – São Paulo: Saraiva, 2010.

CONSELHO DA EUROPA. **Carta Europeia de Autonomia Local**. Adoptada e aberta à assinatura em Estrasburgo, a 15 de Outubro de 1985. Entrada em vigor na ordem internacional: 1 de Setembro de 1988. Disponível em: < <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/conv-tratados-15-10-985-ets-122.html>> Acesso em 01 de jul. de 2016.

CORREA E SILVA, Katia Beatriz. **Tdah em meninas e mulheres**. Publicado por ABDA em 14 de maio de 2016. Disponível em: < <https://tdah.org.br/tdah-em-mulheres/>>. Acesso em 16 de jan. de 2019.

CORREIO DO POVO. **Falta de Ritalina preocupa usuários da farmácia do Estado**. 18 de Mai. De 2011, às 03:55 min. atual. 04:21 min. Disponível em: < <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/?Noticia=294704>>. Acesso em 17 de jan. de 2019.

COSTA, Marli M. M. da, HERMANY Ricardo. A concretização do princípio da dignidade humana na esfera local como fundamento do estado democrático de direito frente à pobreza, à exclusão social e à delinquência juvenil. **Revista do Direito**. n. 26, jul./dez. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2006.

COSTEIRA, O. **Termos e expressões da prática médica**. São Paulo: FQM, 2002. 1 CDROM.

COUTO, Miguel. **Clínica Médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Mano Ed., 1936.

COUTO, Taciana de Souza; MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro; GOMES, Claudia Roberta de Araújo. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. In: **Ciência & Cognição**. vol.15. Publicado em 20 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_1/m202_09.pdf>. Acesso em 15 de jan. de 2019.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Pequim: regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça de menores**. Brasília: CNJ, 2016.

CUSTÓDIO, André Viana. Teoria da Proteção Integral: Pressuposto da Compreensão do Direito da Criança e do Adolescente. In: **Revista do Direito – Revista do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado**. Unisc. n. 29, janeiro/junho. 2008. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/657/454>>. Acesso em 23 de ago. de 2018.

DALLARI, D. A.; KORCZAK, J. **O Direito da criança ao respeito**. São Paulo: Summus, 1986.

DATASUS. **Histórico das versões relacionadas ao CID10**. Sem identificação de data “a”. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/versoes.htm>> Acesso em: 29 de set. de 2017.

DEL’OLMO, Florisbal de Souza. **Curso de direito internacional público**. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

DEL PRIORI, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORI, Mary (org.). **História das crianças no Brasil**. 7.ed. 3.reimp. São Paulo: Contexto, 2016.

DIAS, Reinaldo. MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DOMINGUES, Ivan. Em busca do método. In:_____. (Org.) **Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

DORNELES, Beatriz Vargas; CORSO, Luciana Vellinho; COSTA, Adriana Corrêa; PISACCO, Nelba Maria Teixeira; SPERAFICO, Yasmini Lais Spindler. ROHDE, Luis Augusto Paim. Impacto do DSM-5 no Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem em Crianças e Adolescentes com TDAH: Um Estudo de Prevalência. In: **Psychology/Psicologia Reflexão Crítica**. n.27 – 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc/v27n4/0102-7972-prc-27-04-00759.pdf>>. Acesso em 22 de jan. de 2019.

DSM. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM – 5.** American Psychiatric Association. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. et.al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. et.al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ELIAS, Roberto João. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente.** 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

FAVERTE FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas.** Brasília, n.3, 1990.

FERNÁNDEZ, Antoni. Las políticas públicas. In: BADIA, Miquel C. **Manual de ciência política.** Madrid: Tecnos, 2008.

FREY, Klaus; CEPIK, Marco; VAZ José Carlos; EISENBERG, José; FOWLER, Marcos Bittencourt; ASSUMPÇÃO, Rodrigo Ortiz. O acesso à informação. In: SPECK, Bruno W. (org.) **Caminhos da transparência.** Campinas: Unicamp, 2002.

GLOBEKNER, Osmir, Antonio. **A saúde entre o público e o privado – O desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos.** Curitiba: Juruá, 2011.

GOMES, Maria Tereza Uille. **Direito humano à educação e políticas públicas.** 1. ed. (2009). 1 reimp. Curitiba: Juruá, 2011.

GORCZEWSKI, C.. **Direitos Humanos, Educação e Cidadania.** 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

GUARDIOLA, Ana. Transtorno de Atenção: aspectos neurobiológicos. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.** Porto Alegre: Artmed, 2016.

GUSDORF, Georges. Conhecimento interdisciplinar. In: POMBO, Olga; GUIMARAES, Henrique Manuel; LEVY, Teresa. **Interdisciplinaridade: antologia.** Porto/PT: Campo das Letras, 2006.

HAVEY, JM; OLSON, JM; MCCORMICK C; CATES GL. **Teachers' perceptions of the incidence and management of attention-deficit hyperactivity disorder.** Appl Neuropsychol. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16083400>>. Acesso em 21 de jan. de 2019.

HONORÉ, Carl. **Devagar: como um movimento mundial está desafiando o culto da velocidade.** Tradução Clóvis Marques. 7ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2012.

HORTA, José Luiz Borges. **Direito constitucional da educação.** Belo Horizonte: Decálogo, 2007, p.42.

JAPIASSU, Hilton. MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

KRELL, Andreas Joachim. **O município no Brasil e na Alemanha: Direito e Administração Pública comparados**. São Paulo: Oficina Municipal, 2003.

LAMENZA, Francismar. **Os direitos fundamentais da criança e do adolescente e a discricionariedade do Estado**. Barueri: Minha Editora, 2011.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas Públicas no estado constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013.

LIMA, João Alberto de Oliveira. PASSOS, Edilenice. NICOLA, João Rafael. **A gênese do texto da Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal, 2013.

LURIA, Alexander Romanivich. **Curso de Psicologia geral**. V. VIII. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MAIA, Heber. Saúde e educação juntas na aprendizagem ou por que o professor precisa conhecer o cérebro? MAIA, Heber (org.) **Neuroeducação: a relação entre a saúde e educação**. vol.1. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

MATOS, Paulo; SERRA-PINHEIRO, Maria Antônia; ROHDE, Luis Augusto; PINTO, Diana. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. In: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. vol. 28. n.3 Set/Dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300008>. Acesso em 15 de jan. de 2019.

MATOS, Paulo. **O que mudou no diagnóstico do TDAH com a nova edição do DSM-5, o Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais**. Publicado em 03 de julho de 2013. In: ABDDA. **Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5**. Disponível em: <<https://tdah.org.br/entenda-o-tdah-nos-criterios-do-dsm-v/>>. Acesso em 14 de jan. de 2019.

MELLO, Luiza. **Ideb: Smed comemora índices 20% superiores às metas de desempenho na rede municipal de ensino. Prefeitura Municipal de Santa Maria**. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/noticias/13792-ideb-smed-comemora-indices-20-superiores-as-metas-de-desempenho-na-rede-municipal-de-ensino>>. Acesso em 23 de jan. de 2018.

MICHAELIS. **Dicionário de língua portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda. 1998-2009. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em 03 de out. de 2018.

MOREIRA, João Roberto. **Educação e desenvolvimento no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Pesquisas em Ciências Sociais, 1960.

MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

MUNICÍPIO DE SANTA MARIA. **Lei n.6.001 de 18 de agosto de 2015**. Estabelece o Plano Municipal de Educação e dá outras providências. 2015. Disponível em: <file:///D:/usuario/Downloads/plano-municipal-de-educacao.pdf>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

MUNICÍPIO DE SANTA MARIA. **Relatório De Gestão Das Ações Em Saúde Anual 2017**. Disponível em: <file:///D:/usuario/Downloads/relatorio-anual-de-gestao-2017.pdf>. Acesso em 23 de jan. de 2019.

NPNA. Nucleo Paulista de Neuropsicologia Aplicada. **Qual é a diferença entre transtornos e síndromes?** Publicado em 30 de novembro de 2016. Disponível em: <<http://nucleo-ppa.com.br/qual-e-diferenca-entre-transtornos-e-sindromes/>>. Acesso em 14 de jan. de 2019.

NOLTE, Dorothy Law; Harris, Rachel. **As crianças aprendem o que vivenciam: o poder do exemplo dos pais na educação dos filhos**. Trad. Maria Luiza Newlands Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

NUNES, Camila de Oliveira; MEIRELES, Herson Alexandre de Souza; FERNANDES Mara Yone Soares Dias; LAURENTINO, Marília Rocha; SILVIA, Virna Tagilian. **Transtorno do Déficit de atenção com hiperatividade: TDAH**. Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos - GPUIM – Universidade Federal do Ceará. Maio de 2012.n.02. Fortaleza, 2012.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 03 de out. de 2018.

OIT. Organização Internacional do trabalho. **História da OIT**. 1919. Disponível em:<<http://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/hist%C3%B3ria/lang--pt/index.htm>>. Acesso em 06 de ago. de 2018.

OIT. Organização Internacional do trabalho. **Convenção nº5 – C005 – Idade Mínima de Admissão nos Trabalhos Industriais**. 1919a. Disponível em: http://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_234872/lang--pt/index.htm>. Acesso em 06 de ago. de 2018.

OLIVEIRA, António Cândido de. Educação para a Cidadania. In: OLIVEIRA, António Cândido de. HERMANY, Ricardo. **Interlocuções Jurídicas Luso-Brasileiras**. Braga: AEDRL, 2015.

OIT. Organização Internacional do trabalho. **Convenção nº6 – C006 – Trabalho Noturno dos Menores na Indústria**. 1919b. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_235011/lang--pt/index.htm>. Acesso em 06 de ago. de 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. Brasil. **ONU: Com adesão do Sudão do Sul, apenas EUA não ratificaram Convenção sobre os Direitos das Crianças**. Publicado em 04 de mai. de 2015. Atualizado em 11 de mai. de 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-com-adesao-do-sudao-do-sul-apenas-eua-nao-ratificaram-convencao-sobre-os-direitos-das-criancas/>>. Acesso em: 16 de ago. de 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. Brasil. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Aprovada em 20 de nov. de 1989. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/humanrights/Crianca.pdf>>. Acesso em: 16 de ago. de 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. Brasil. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. UNIC/Rio/005. Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 08 de ago. de 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. Brasil. **Carta das Nações Unidas**. 1945. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/carta/>>. Acesso em 08 de ago. de 2018.

PISACCO, Nelba Maria Teixeira; SPERAFICO, Yasmin Lais Spindler; COSTA, Adriana Corrêa; DORNELES, Beatriz Vargas Dorneles. Intervenções escolares em alunos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

POLANCZYK, Guilherme Vanoni. **Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) 159fs. Orientador Prof. Dr. Luis Augusto Paim Rhode. Programa de Pós-Grauação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde: De acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RAMOS, Fábio Pestana. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: DEL PRIORI, Mary (org.). **História das crianças no Brasil**. 7.ed. 3.reimp. São Paulo: Contexto, 2016.

REZENDE, Joffre Marcondes. Linguagem médica. In: **Revista de Patologia Tropical**. Universidade Federal de Goiás. n.3. v.43. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/iptsp/article/viewFile/32221/17191>>. Acesso em 14 de jan. de 2019.

RICHTER, Daniela; VIEIRA, Gustavo Oliveira; TERRA, Rosane Mariano da Rocha Barcelos. A proteção internacional da infância e juventude: perspectivas, contextos e desafios. In: PES, João Hélio Ferreira (coord.) **Direitos Humanos: crianças e adolescentes**. Curitiba: Juruá, 2010.

RIESGO, Rudimar dos Santos. Anatomia da aprendizagem. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

RIESGO, Rudimar dos Santos. Transtornos da Atenção: comorbidades. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016a.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RHODE, Luis Augusto. Pela precisão do diagnóstico. In: LOPES, Adriana Dias. **Revista Veja**. Entrevista. ed.2332, ano 46, n.31. 31 de jul. de 2013. São Paulo, 2013.

ROCHA, Simone. A educação como projeto de melhoramento racial: uma análise do art. 138 da constituição de 1934. IN: **Revista Eletrônica de Educação**. v.12. n.1. jan./abr. 2018.

RODRIGUES, Adriano Vasco. **Economia Social: aprender a cooperar**. Instituto António Sérgio. Pensamento Cooperativo. Lisboa: Revista de Estudos Cooperativos, 2001.

ROMÃO, Luis Fernando de França. **Microssistema dos direitos da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

ROTTA, Newra Tellechea. Dificuldades para aprendizagem. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ROTTA, Newra Tellechea. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: aspectos clínicos. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. (orgs.) **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016a.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SARAIVA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.) **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006.

SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em conflito com a lei – da indiferença à proteção integral: uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SARAIVA, João Batista Costa. **Direito penal juvenil – adolescente e ato infracional: garantias processuais e medidas socioeducativas**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 12.ed. rev. atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SCHUELER, Alessandra F. Martinez de. Crianças e escolas na passagem do Império para a República. In: **Revista Brasileira de História**. vol.19 n.37. São Paulo, Set. 1999.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SIGNOR, Rita; SANTANA, Ana Paula. **TDAH e medicalização: implicações neurolinguísticas e educacionais do Déficit de Atenção / Hiperatividade**. São Paulo: Plexus, 2016.

SHIRE. **TDAH e o Cérebro**. Desenvolvido em colaboração com Shire, Zinc. Ago. de 2016. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=do2btp6tYTQ>>. Acesso em 15 de jan. de 2019.

SILVA, Rosane Leal da. **A proteção integral dos adolescentes Internautas: limites e possibilidades em face dos riscos no Ciberespaço**. Tese em Direito. Florianópolis: UFSC, 2009. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93433/271103.pdf?sequence=1>>. Acesso em 24 de set. de 2009.

SOUSA, Eliane Ferreira de. **Direito à educação: requisito para o desenvolvimento do País**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SUBIRATS, Joan. Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.) **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2016.

THOMPSON, Rita. Neuroeducação: um novo olhar sobre a relação entre saúde e educação. In: MAIA, Heber (org.) **Neuroeducação: a relação entre a saúde e educação**. vol.1. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

UNESCO. **Projeto Ciret - Evolução transdisciplinar da Universidade**. 1997. Disponível em: <<http://ciret-transdisciplinarity.org/locarno/locapor4.php>>. Acesso em 15 de out. de 2018.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Situação Mundial da Infância – Edição Especial**. Trad. B&C Revisão de Textos. New York. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/sowc_20anosCDC.pdf>. Acesso em 08 de ago. de 2018.

UNICEF. **Declaração dos Direitos da Criança de 20 de novembro de 1959**.

Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 13 de ago. de 2018.

VERONESE, Josiane Rose Petry; FALCÃO, Wanda Helena Mendes Muniz. A criança e o adolescente no Marco Internacional. In: VERONESE, Josiane Rose Petry (org. e aut.) **Direito da Criança e do Adolescente: Novo curso – novos temas**. 1.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

VERONESE, Josiane Rose Petry. CUSTÓDIO, André Viana. **Trabalho infantil doméstico no Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2013.

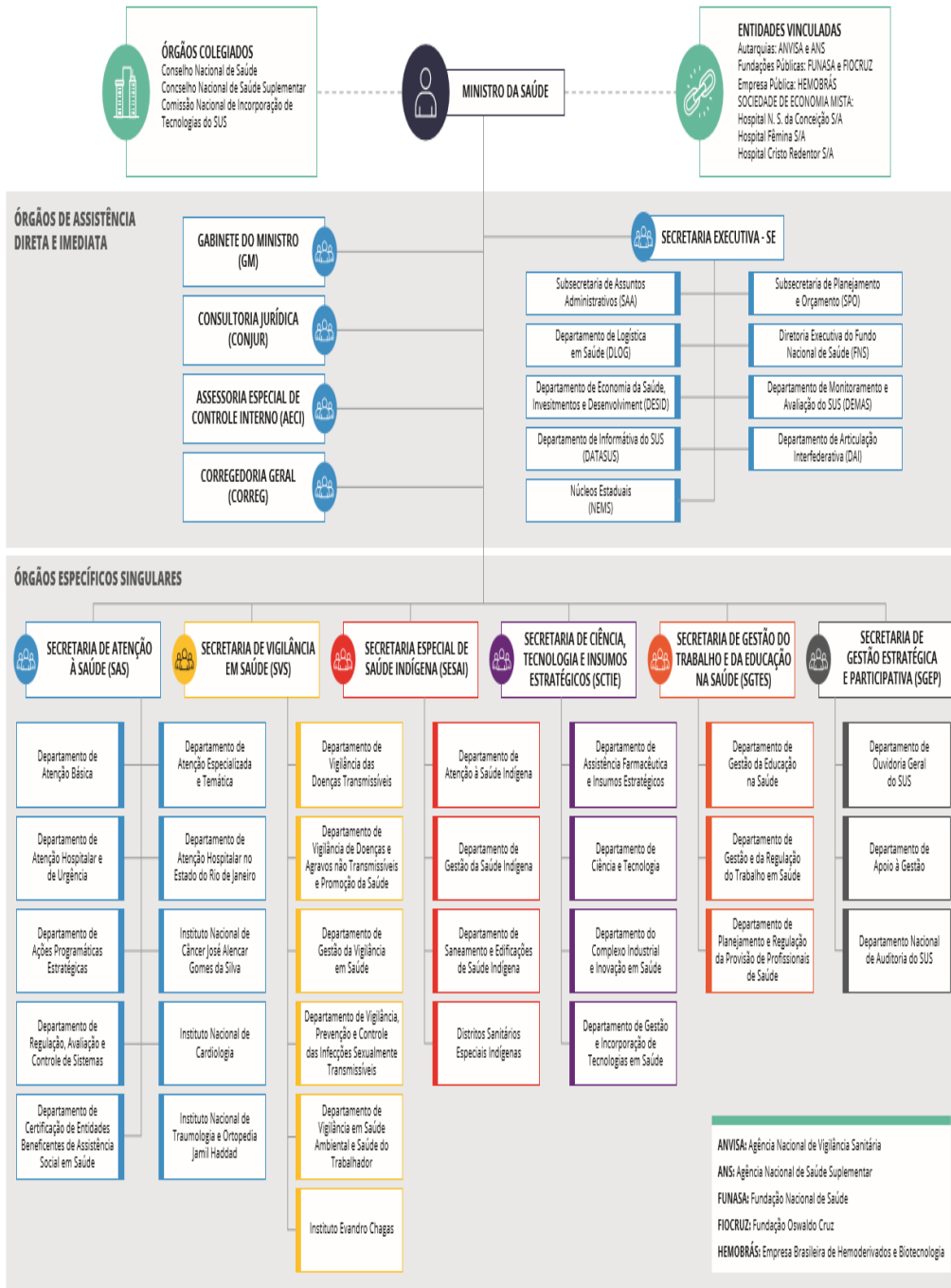
VERONESE, Josiane Rose Petry. **Os direitos da criança e do adolescente**. São Paulo: LTr, 1999.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **O direito à saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

ANEXOS

ANEXO A

Ministério da Saúde - Estrutura Organizacional Básica - Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016



Decreto nº 8.901 de 10/11/2016, publicado pelo DOU de 11/11/2016 • Coordenação de Inovação de Processos e Estruturas Organizacionais - CODIPE/SA/SE • codipe@saude.gov.br

FONTE: <http://portalm.sau.de.gov.br/aceso-a-informacao/institucional>

ANEXO B

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

DSM I (edição especial) 1952	DSM II 1968	DSM II (Sixth printing chance) 1973	DSM III 1980	DSM III (revisão) 1987	DSM IV 1994	DSM IV (texto revisado) 2000	DSM V 2013
Deficiência Mental	Retardo Mental	Retardo Mental	Retardo Mental	Retardo Mental	Retardo Mental	Retardo Mental	Incapacidade Intelectual
			Distúrbio de Déficit de Atenção		Transtorno de déficit de atenção e comportamento disruptivo	Transtornos de déficit de atenção e comportamento disruptivo	Transtornos de déficit de atenção hiperatividade
			Distúrbio de Oposição				Transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta
				Distúrbios específicos de desenvolvimento			
							Transtornos Específicos de Aprendizagem
							Transtornos de Comunicação

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders é uma marca da American Psychiatric Association © 1952-2013, todos os direitos reservados.

FONTE: [http://newpsi.bvs-](http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/linha.html)

[psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/linha.html](http://newpsi.bvs-psi.org.br/uploads/linha%20do%20tempo%20DSM/linha.html)

APÊNDICES

APÊNCICE A

Santa Maria, 23 de novembro de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de tese de doutorado intitulado: **OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS À LUZ DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS.**, desenvolvido pela doutoranda **LETÍCIA THOMASI JAHNKE BOTTON** do Curso de **DOUTORADO EM DIREITO**, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora **MARLI MARLENE MORAES DA COSTA**, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento nas escolas municipais de Santa Maria.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo (ou dados funcionais) do responsável institucional (legíveis)

Solaine Maria Masslerer
Superintendente de Gestão de Pessoas
SMED – Portaria Nº 453/2017

APÊNCICE B



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
 FONE: 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado "OS DIREITOS A SAÚDE E A EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS A LUZ DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA-RS" de autoria de MARLI MARLENE MORAES DA COSTA, vinculado ao Curso de Doutorado em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo propor o desenvolvimento de uma ação permanente intersetorial aproximando a unidade de saúde e a escola, para o auxílio na identificação, tratamento e acompanhamento de meninos e meninas de 06 até 12 anos com possíveis diagnósticos ou já diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, prestando suporte técnico as famílias, à escola e aos professores, em uma ação integrada entre as secretarias de saúde e educação do município.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP ao NEPeS.


Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 29 de novembro de 2018.

FÁBIO MELLO DA ROSA
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
 Secretaria de Município da Saúde
 Núcleo de Educação Permanente em Saúde
 Fone: 3921-7201

APÊNDICE C

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS À LUZ DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS

2. Número de Participantes da Pesquisa: 120

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
Grande Área 5. Ciências Sociais Aplicadas

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
Letícia Thomasi Jahnke Botton

6. CPF:
018.617.080-87

7. Endereço (Rua, n.º):
TRÊS DE MAIO NOSSA SENHORA DE LOURDES SANTA MARIA RIO GRANDE DO SUL 97500550

8. Nacionalidade:
BRASILEIRO


9. Telefone:
55996915445

10. Outro Telefone:

11. E-mail:
leticia.thomasi@hotmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 06 / 12 / 18


Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

13. CNPJ:
05.438.412/0002-03

14. Unidade/Órgão:

15. Telefone:
(51) 3717-7600


16. Outro Telefone:

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Profa. Andreia R. de Moura Valim CPF: 615.676.710-04

Cargo/Função: Profa. Rectora de Pesquisa e Pós-graduação

Data: 05 / 12 / 18


Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL
Profa. Drª. Andreia Rosane de Moura Valim
Profa. Rectora de Pesquisa e Pós-graduação

Não se aplica.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS À LUZ DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS.

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado **OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS À LUZ DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS.** Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Doutorado em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende propor o desenvolvimento de uma ação permanente intersetorial aproximando a unidade de saúde e a escola, para o auxílio na identificação, tratamento e acompanhamento de meninos e meninas, de 06 até 12 anos, com possível diagnósticos ou já diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, prestando suporte técnico às famílias, à escola e aos professores, em uma ação integrada entre as secretarias de saúde e educação do município. Para que isso se concretize, o senhor/a será contatado/a pelos pesquisadores para averiguar as respostas do questionário apresentado em um período aproximado de resposta de 15 minutos. Nessa condição, é possível que o questionário em questão, apresente riscos ao indivíduo, causando algum tipo de desconforto ao responder o instrumento de coleta de dados. Por outro lado, se o senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da efetivação de direitos poderão acontecer, tais como: evidenciar o fenômeno da medicalização infantil, através do TDAH em escolas municipais vinculadas ao PSE, tendo como escopo o olhar de médicos que atendem o setor privado e público de saúde. Apresentando, assim, a possibilidade de benefícios para crianças e adolescentes em um caráter físico e mental, pelo olhar atento do professor, sendo que este não dará qualquer parecer ou diagnóstico, apenas o direcionamento, caso necessário, às unidades de saúde vinculadas às escolas para o diagnóstico ou não de TDAH. Beneficiando, de maneira correlata, a família dessa criança que terá um suporte no professor e na escola para o auxílio no cuidado e proteção à saúde e, conseqüentemente, na educação, através da rede de ensino, dessa criança e desse adolescente. Caso vislumbrado, a ausência de capacitações e formações na área, outro benefício seria a apresentação de adequações e reestruturações, através da proposta de ações intersetoriais permanentes, relacionadas a saúde mental foca na prevenção da medicalização infantil abusiva e o conhecimento dos professores de estratégias de encaminhamento e relacionamento com alunos com possibilidade de diagnóstico. Esse conhecimento mais amplo por parte dos professores que, por vezes, são os primeiros a solicitarem aos pais que procurem um médico, otimizará a busca pela real efetividade e gozo do direito à saúde, tendo em vista que evitaria o encaminhamento desnecessário. Para participar dessa pesquisa o senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é LETÍCIA THOMASI JAHNKE BOTTON (55-9.96915445), com a orientação de MARLI MARLENE MORAES DA COSTA (51-9.98167276).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

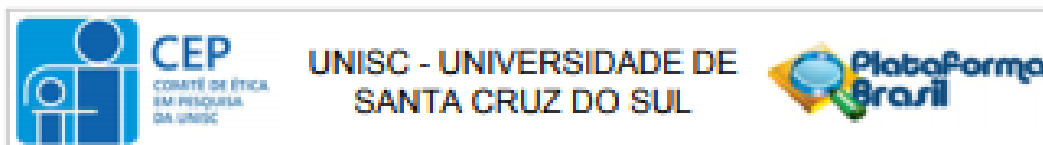
Local: _____

Data __/__/____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
apresentação desse Termo de Consentimento

APÊNCICE E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIREITOS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE MENINOS E MENINAS À LUZ DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL: UMA ANÁLISE SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL E O TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA RS

Pesquisador: Letícia Thomasi Jahnke Botton

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03642518.1.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.078.389

Apresentação do Projeto:

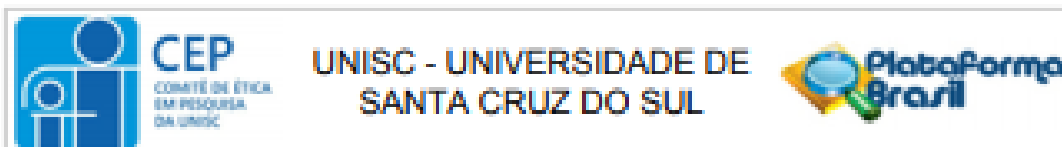
A educação e a saúde são áreas fundamentais para o respeito à dignidade humana de cada indivíduo, principalmente de crianças e adolescentes. Considerada um fenômeno social, a medicalização infantil relacionada ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, que acaba por estabelecer uma relação forçada entre as áreas da saúde e da educação, tendo em vista que, por vezes, algumas questões de saúde não diagnosticadas ou, ainda, medicalizadas sem necessidade, causam reflexos na educação e vice-versa, através do uso de medicamentos com princípio ativo à base de metilfenidato. O trabalho será desenvolvido com escolas municipais vinculadas ao Programa Saúde na Escola em Santa Maria, sendo o Programa o instrumento que une as agendas da saúde e educação e busca analisar, nesse sentido, através da coleta de dados quantitativos, a percepção dos professores municipais sobre a questão, bem como dos médicos das unidades de saúde, em razão da necessidade do trabalho em conjunto em prol dos direitos à saúde e educação das crianças e dos adolescentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Tendo em vista que a proteção integral dos direitos das crianças e dos adolescentes abarca os

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-000
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51) 3717-7680 **E-mail:** cep@unic.br



Continuação do Parecer: 3.078.389

direitos à saúde e à educação e todas as suas faces, tem-se como objetivo primário propor o desenvolvimento de uma ação permanente intersetorial aproximando a unidade de saúde e a escola, para o auxílio na identificação, tratamento e

companhamento de meninos e meninas, de 06 até 12 anos, com possível diagnósticos ou já diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, prestando suporte técnico às famílias, à escola e aos professores, em uma ação integrada

entre as secretárias de saúde e educação do município.

Objetivo Secundário:

- Analisar o sistema de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes a partir de uma perspectiva evolutiva nos âmbitos nacional e internacional até o reconhecimento da teoria da proteção integral.

- Situar o Programa Saúde na Escola no

contexto das políticas públicas de saúde e educação amparadas na Constituição Federal.

- Discutir os riscos da medicalização abusiva de crianças

diagnósticas com TDAH no contexto do fenômeno da medicalização social. - Investigar o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola no município de Santa Maria e sua relação com o Poder Público municipal.-

Evidenciar a necessidade de ação intersetorial permanente (continuada) para qualificar o atendimento de crianças

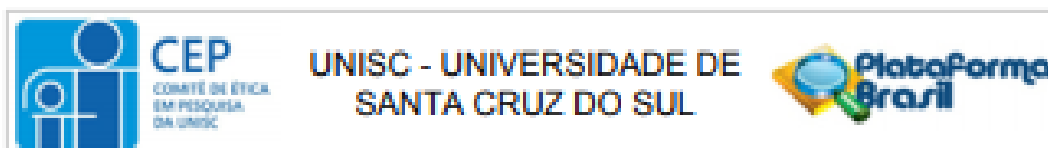
diagnosticadas com TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No que tange as possibilidades de riscos atrelados a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer fase da pesquisa apresenta riscos baixos. Entende-se que: não se aplicam riscos físicos aos participantes da pesquisa; os riscos psíquicos também não se aplicam pois o questionário não necessita de qualquer informação de caráter voltado a dimensão psíquica; os riscos morais também não se aplicam a pesquisa, pois essa não possui caráter particular sobre comportamento ou caráter; intelectualmente não se vislumbra na pesquisa qualquer tipo ou possibilidade de abalo; a dimensão espiritual também não é abordada ou foco do trabalho. A possibilidade de riscos, mesmo de minimamente, são aos dimensões sociais e culturais, onde os participantes podem, de acordo com seus princípios e valores sociais, culturalmente enraizados na sociedade, não colaborarem voluntariamente com o questionário. E em relação ao trabalho como um todo, não se aplicam riscos.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 – Bloco 5, sala 503
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51) 3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.389

Benefícios:

Notam-se benefícios claros com o desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa busca, na sua totalidade, evidenciar o fenômeno da medicalização infantil, através do TDAH em escolas municipais vinculadas ao PSE, tendo como escopo o olhar de médicos que atendem o setor privado e público de saúde. Apresentando, assim, a possibilidade de benefícios para crianças e adolescentes em um caráter físico e mental, pelo olhar atento do professor, sendo que este não dará qualquer parecer ou diagnóstico, apenas o direcionamento, caso necessário, às unidades de saúde vinculadas às escolas para o diagnóstico ou não de TDAH. Beneficiando, de maneira correlata, a família dessa criança que terá um suporte no professor e na escola para o auxílio no cuidado e proteção à saúde e, conseqüentemente, na educação, através da rede de ensino, dessa criança e desse adolescente. Caso vislumbrado, a ausência de capacitações e formações na área, outro benefício seria a apresentação de adequações e reestruturações, através da proposta de ações intersetoriais permanentes, relacionadas a saúde mental foco na prevenção da medicalização infantil abusiva e o conhecimento dos professores de estratégias de encaminhamento e relacionamento com alunos com possibilidade de diagnóstico. Esse conhecimento mais amplo por parte dos professores que, por vezes, são os primeiros a solicitarem aos pais que procurem um médico, otimizará a busca pela real efetividade e gozo do direito à saúde, tendo em vista que evitaria o encaminhamento desnecessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Pesquisa importante na problematização do uso de medicamentos por parte de escolares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Carta da Secretaria de Saúde do município de Santa Maria não corresponde ao projeto de Leticiatese de Thomasi Jahnke Botton, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Direito Strictu Sensu – Doutorado, na Área de concentração de Direitos Sociais e Políticas Públicas da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

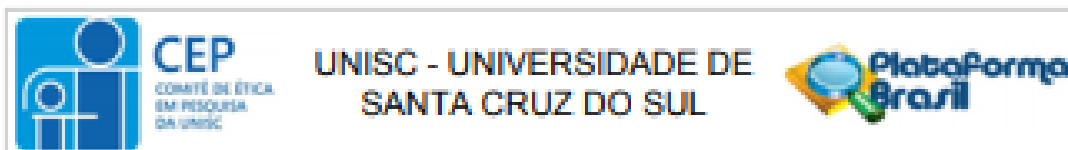
Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Endereço: Av. Independência, nº 2293 – Bloco 6, sala 903
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7580 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.079.389

Considerações Finais a critério do CEP:

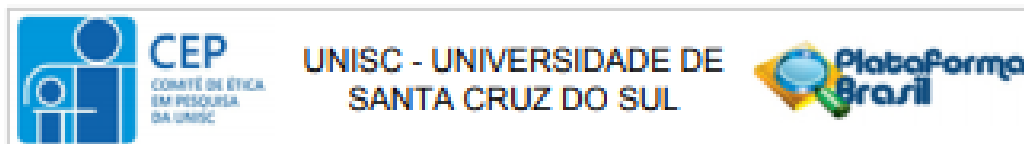
Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1252895.pdf	06/12/2018 23:35:49		Aceito
Outros	CartaRespostaPendencia.pdf	06/12/2018 23:35:03	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Outros	instituicaoparceiraSecSaudeModeloUNI SC.pdf	06/12/2018 22:57:00	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao_parceira_SecSaude.pdf	06/12/2018 22:53:31	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEalteracoes.pdf	06/12/2018 22:52:27	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoalteracoes.pdf	06/12/2018 22:51:20	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Cronograma	cronogramalteracoes.pdf	06/12/2018 22:48:41	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoalteracoes.pdf	06/12/2018 22:47:35	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	28/11/2018 13:32:57	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	28/11/2018 13:31:46	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	28/11/2018 13:30:46	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_Parceira.pdf	28/11/2018 13:28:17	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/11/2018 13:24:25	Leticia Thomas Jahnke Botton	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.915-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51) 3717-7690 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.389

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2203 - Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51) 3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

APÊNCICE F**Questionário - Médicos****1 – Qual a sua especialidade?**

- Pediatra
- Neurologista
- Neuropediatra
- Psiquiatra
- Outra - _____

2 – A renda familiar média das famílias dos seus pacientes é de, aproximadamente, de:

- até 1 salário mínimo
- entre 2 e 3 salários mínimos
- entre 4 e 8 salários mínimos
- acima de 9 salários mínimos

3 – Os seus pacientes são vinculados:

- consulta particular
- consulta por convênios de saúde
- consulta pelo SUS

4 – O (a) Sr.(a.) faz o tratamento de TDAH?

- Sim.
- Não, mas faço o encaminhamento ao especialista.

5 – Você recebe em seu consultório casos de TDAH por semana?

- Sim, entre 20 ou mais.
- Sim, entre 10 a 19.
- Sim, entre 1 e 9.
- Nunca recebe.

6 – Você atende crianças e adolescentes com suspeita de TDAH?

- Sim, entre 20 ou mais.
- Sim, entre 10 a 19.
- Sim, entre 1 e 9.
- Nunca recebe.

7 – A idade das crianças e adolescentes que são levadas ao consultório do (a) Sr. (Sra.) estão localizadas em qual faixa etária? Pode marcar mais de uma alternativa.

- Inferior a 6 anos.
- De 06 até 12 anos.
- De 13 até 18 anos.

8 – A maioria dos seus pacientes com suspeita de TDAH são do sexo:

- Feminino
- Masculino

9 – A maioria dos seus pacientes diagnosticados com TDAH são do sexo:

- Feminino
- Masculino

10 – O (a) Sr.(a.) percebe um crescimento do TDAH em crianças e adolescentes nos últimos 10 anos?

- Sim
- Não

11 - Há relatos dos pais e/ou responsáveis que os mesmos estão procurando auxílio especializado em razão da percepção/orientação de professores ou outros profissionais do ambiente escolar?

- Sim

Não

12 - O (a) Sr.(a) percebe um crescimento da procura por fármacos com base de metilfenidato, como a Ritalina, Ritalina LA e o Concerta, como sendo compatível com os diagnósticos de TDAH?

Sim

Não

13 – O (a) Sr. (a) percebe um aumento da procura dos pais ou responsáveis por medicamentos como a Ritalina, Ritalina LA e o Concerta com a justificativa de melhorar a qualidade de vida da criança ou do adolescente?

Sim, muita procura – acima de 75%

Sim, procura média – na média de 50%

Sim, pouca procura – abaixo de 25%

Não tem procura – 0%

14 – Quando a procura pelo (a) Sr. (a) acontece, a maioria das suspeitas dos pais e/ou responsáveis pelo TDAH se concretiza?

Sim, sempre.

Sim, acima de 75%.

Nem sempre, abaixo de 50%.

Poucas vezes, abaixo de 25 %.

15 – Todos os casos de TDAH necessitam de tratamento medicamentoso?

Sim, todos

Sim, na sua maioria

Não, nem todos.

16 – Os períodos do ano que o (a) Sr. (a) percebe uma maior procura, proporcionalmente, para atendimento de suspeita de TDAH é:

Início do ano – Janeiro, Fevereiro e Março.

Primeiro semestre letivo – Abril, Maio e Junho.

Meio do ano – Julho e Agosto

Segundo semestre letivo – Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro.

17 – O Brasil teve um aumento de 775%, entre 2003 e 2012, na utilização de fármacos a base de metilfenidato, de acordo com estudo desenvolvido Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). O (a) Sr.(a.) acredita que esse aumento se deve principalmente a:

ao melhor conhecimento do TDAH.

a utilização do fármaco por pessoas saudáveis que buscam aumentar o rendimento em atividades intelectuais, correspondendo a uma exigência social de direcionar/focar a atenção.

APÊNCICE G**QUESTIONÁRIO – PROFESSORES**

1 - Você sabe no que consiste o Programa Saúde na Escola – PSE?

- Sim, totalmente
- Sim, mas insuficiente
- Sim, mas só ouvi falar.
- Não, nunca ouvi falar.

2 - Você, enquanto professor de escola vinculada, recebe algum treinamento vinculado ao Ministério da Saúde e/ou do Ministério da Educação, para capacitação para o auxílio no desenvolvimento do Programa?

- Sim, periodicamente, de 1 em 1 meses.
- Sim, periodicamente, de 3 em 3 meses.
- Sim, periodicamente, de 6 em 6 meses.
- Sim, uma vez por ano.
- Não.

3 - Você, enquanto professor de escola vinculada, recebe algum treinamento vinculado ao município, para capacitação para o auxílio no desenvolvimento do Programa?

- Sim, periodicamente, de 1 em 1 meses.
- Sim, periodicamente, de 3 em 3 meses.
- Sim, periodicamente, de 6 em 6 meses.
- Sim, uma vez por ano.
- Não.

4 - Você acha importante ser capacitado para melhorar a abordagem com os alunos bem como com no auxílio das famílias, quanto aos objetivos do PSE?

- Sim, totalmente.
- Sim, em parte.
- Não

5 - Seus alunos possuem idades entre:

- 6 e 10 anos.
- 11 e 14 anos.
- 14 até 18 anos.

6 - Seus alunos são, em maioria, do sexo:

- Feminino
- Masculino

7 - O PSE aborda, na sua escola, de alguma maneira, questões relacionadas a saúde mental dos alunos?

- Sim, periodicamente, de 3 em 3 meses.
- Sim, periodicamente, de 6 em 6 meses.
- Sim, uma vez por ano.
- Não, nunca teve esse foco.

8 - Você tem conhecimento do que é o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade?

- Sim, totalmente.
- Sim, mas insuficiente.
- Sim, mas não sei o que significa.
- Não, nunca ouvi falar.

9 - Teria interesse de aprofundar os conhecimentos sobre as consequências do não tratamento do TDAH?

- Sim, totalmente.
- Sim, em parte.
- Não

10 - Você tem conhecimento de que o não tratamento do TDAH pode trazer consequências educacionais, como dificuldade de concentração para a realização de tarefas?

- Sim, totalmente.
- Sim, em parte.
- Não

11 - Tem conhecimento do aumento da medicalização abusiva (sem necessidade) de fármacos como a Ritalina, Ritalina LA e Concerta?

- Sim, totalmente.
- Sim, em parte.
- Não

12 - Tem conhecimento dos prejuízos da medicalização abusiva (sem necessidade) de fármacos como a Ritalina, Ritalina LA e Concerta?

- Sim, totalmente.
- Sim, em parte.
- Não

13 - Tem conhecimento de alunos, da sua escola, que fazem utilização de algum destes fármacos?

- Sim, mais de 10 alunos.
- Sim, mais de 5 alunos.
- Sim, até 2 alunos.
- Não tenho conhecimento de algum que faça uso.

14 - Se sim, mais indivíduos do sexo:

- Feminino
- Masculino

15 - Pela sua percepção, teriam alunos que precisariam ser encaminhados aos médicos a fim de serem examinados com a suspeita de TDAH?

- Sim
- Não

16 - Se sim, mais indivíduos do sexo:

- Feminino
- Masculino

17 - Você auxiliaria a família, através de conversas, para o encaminhamento desses alunos à médicos, a fim de garantir a saúde e bem-estar dele, se fosse capacitado (a)?

- Sim, sempre que percebesse.
- Sim, às vezes.
- Não é a minha função.

18 - A especialidade médica que melhor pode auxiliar, nos casos de TDAH é, de acordo com o seu conhecimento:

- Pediatra
- Neurologista
- Neuropediatra
- Psiquiatra
- Outra - _____

19 - A renda familiar média das famílias dos seus alunos é de, aproximadamente, de:

- até 1 salário mínimo
- entre 2 e 3 salários mínimos
- entre 4 e 8 salários mínimos
- acima de 9 salários mínimos