

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

Invisible giftedness and pathologization of behaviors deviating from the norm

Carina Alexandra Rondini
Universidade Estadual Paulista - UNESP
São José do Rio Preto-SP-Brasil
Bárbara Amaral Martins
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
Corumbá-MS-Brasil
Camila Incau
Universidade Virtual do Estado de São Paulo - UNIVESP
São Paulo-SP-Brasil

Resumo

Apresenta-se como um dos desafios para a efetivação das políticas públicas educacionais que visam à inclusão da diversidade, a patologização da infância, isso porque, nesta concepção, diversos comportamentos são interpretados a partir de um crivo patológico. A transposição de questões escolares para o âmbito médico fundamenta-se, muitas vezes, no modelo de ensino tradicional em que há um perfil de “aluno ideal”, sendo corriqueiro que alunos que não se enquadram neste perfil sejam encaminhados para a área da saúde. O presente ensaio analisou a prescrição de metilfenidato a partir de estudo descritivo que utilizou dados secundários obtidos junto à Diretoria Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde em um município do interior de São Paulo visando discutir a patologização de comportamentos característicos de estudantes com altas habilidades/superdotação e sua intersecção com o processo de identificação.

Palavras-chave: Altas habilidades/Superdotação; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Educação Especial.

Abstract

There are a great challenge for the effectiveness of public educational policies that aim to include diversity, currently, the pathologization of childhood, because, in this conception, several behaviors are interpreted based on a pathological sieve. The transposition of school questions to the medical field is often based on the traditional teaching model in which there is a profile of “ideal student”, and it is common for students who do not fit this profile to be referred to the health area. Thus, the present trial analyzed the prescription of methylphenidate from a cross-sectional study that used secondary data obtained from the Pharmaceutical Directorate of the Municipal Health Secretariat in a city in the interior of São Paulo in order to reflect on its impacts in relation to the identification of students with High Ability.

Keywords: High Ability; Attention-deficit/hyperactivity Disorder; Inclusive Education.

Introdução

Este ensaio tem como tema a patologização da diversidade, sobretudo, a que se relaciona aos comportamentos característicos de altas habilidades/superdotação. A Educação Inclusiva abarca a diversidade da Educação Especialⁱ, considerando a singularidade humana, sem que haja discriminação e preconceito. Tal posicionamento diverge do perfil homogeneizante de “aluno ideal” em que há a imposição de padrões de aprendizagem.

O aluno ideal fomenta a compreensão de que aqueles que não adentram esse perfil, provavelmente, possuem algum déficit, o qual deve ser tratado, resultando, muitas vezes, na patologização da diferença. Sob esse prisma, “[...] um traço de personalidade, um aspecto do comportamento, um ritmo ou estilo pessoal, que, poder-se-ia pensar, expressam a singularidade do sujeito, passam a ter valor de indício diagnóstico, colocando-o no campo do desvio do caminho saudável [ou esperado]” (ANGELUCCI, 2014, p. 123).

O discurso médico insere-se no espaço escolar quando crianças que demonstram comportamentos indesejados ou dificuldades para aprender passam a ser compreendidas como detentoras de alguma patologia (MOYSÉS, 2014), não sendo raro que profissionais da educação arrisquem-se a prever um diagnóstico para tais manifestações. Segundo Rondini, Incau e Martins (2016, p. 157), a partir da apropriação de certos saberes advindos de outras áreas os professores acabam por representar “uma extensão de um olhar clínico especialista”. Corroborando esse apontamento, Angelucci (2014) adverte para o fato de a escola usar diagnósticos da área da Saúde para diferenciar os que “aprendem” dos que “não aprendem”, num movimento de distanciamento dos referenciais da Educação, que tem como consequência o enfoque no que supostamente falta ou se afasta da normalidade.

Não raramente, a ânsia por um diagnóstico para as diferenças dos alunos pauta-se na tentativa de justificar o fracasso escolar, pois o rótulo atribuído pouco informa sobre as necessidades educacionais dos discentes, tampouco as estratégias pedagógicas capazes de respondê-las, isto é, a rotulação, por si só, não colabora para a superação das dificuldades apresentadas, sejam elas relacionadas a características individuais ou a inadequação do processo de escolarização. Logo, é preciso que a escola continue se remodelando para se desvencilhar da homogeneidade, se aproximando, efetivamente, do trabalho com e para a diversidade.

Ao olhar este outro, meu aluno, a criança de rua, o deficiente mental, o cego, o surdo, o deficiente físico, a criança, a mulher, o negro, o homossexual, meu companheiro, meu amigo... preciso questionar o domínio da medicina sobre as questões da educação, com seus diagnósticos sobre os diferentes e deficientes. A medicina não pode mais ser o pai e a mãe da pedagogia e da psicologia. É preciso buscar o saber na reflexão sobre o cotidiano, olhando para os detalhes, ancorada no rigor teórico que nos ajuda a ultrapassar a visão preconceituosa de normalidade que a medicina nos impôs (PADILHA, 2003, p. 14).

A supressão das diferenças é evidenciada também pelo estudo de Angelucci (2014) que ao realizar um levantamento de literatura acerca de produções com foco na deficiência, identificou 153 artigos científicos, dentre os quais 66 trabalhos abordavam o conceito a partir de uma lógica médica, isto é, destacavam com base em um olhar clínico, “buscas de causas, instrumentos, estratégias e relações, sob a égide da transformação da condição patológica” (ANGELUCCI, 2014, p. 120).

Assim como os alunos com deficiência, dentre os que se distanciam do padrão idealizado estão os que apresentam altas habilidades/superdotação. Ao contrário da visão estereotipada que ainda os acompanha, esses discentes nem sempre correspondem ao perfil de estudante quieto, pouco sociável, que realiza todas as tarefas solicitadas e alcança ótimas notas. A compreensão de que o fenômeno das AH/SD contempla as diversas áreas do conhecimento e da atividade humana nos permite reconhecer que o perfil acadêmico é apenas uma entre várias possibilidades e ainda dentro deste grupo, a falta de estímulos e desafios pode fazer com que apresentem comportamentos perturbadores do ambiente, os quais são desencadeados pelo ócio e a monotonia.

Ademais, cumpre esclarecer que um estudante com AH/SD na área lógico-matemática, por exemplo, não necessariamente apresentará alto desempenho na área linguística ou artística ou psicomotora etc., visto que a probabilidade de especificação é superior a de globalidade em termos de áreas de domínio (WINNER, 1998). Logo, educadores que dispõem de conhecimentos insuficientes acerca deste público podem cultivar ideias que predominam no senso comum, de maneira a não reconhecer esses discentes como público da Educação Especial. Consequentemente, a ausência de estratégias educacionais condizentes com as necessidades que possuem pode levá-los ao tédio e fazer com que busquem meios de encontrar satisfação no ambiente escolar, muitos dos quais são considerados inapropriados.

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

O tédio enfrentado pelo estudante superdotado tem como uma de suas causas a ausência de ensino desafiador e existe diversidade nas estratégias de enfrentamento utilizadas por eles. Enquanto alguns, geralmente meninas, optam por ocuparem-se com a decoração dos cadernos, outros se deixam levar por devaneios, ao passo que há, ainda, aqueles que fazem brincadeiras para atrair a atenção dos colegas, podendo vir a provocar tumultos de maneira intencional (FREEMAN; GUENTHER, 2000). É a esse último grupo que a escola tende a dispensar maior atenção.

Segundo Guenther (2006), alunos com capacidades superiores costumam permanecer “invisíveis” em sala de aula por atingirem as pontuações necessárias para a aprovação, só atraindo a atenção quando passam a apresentar comportamentos inadequados, incomodar aos demais ou demonstrar problemas emocionais. Nesses casos, as ações que lhes destinam têm como foco, unicamente, a “correção” do indesejado. Em referência à invisibilidade, sabe-se que uma estimativa mais conservadora para a incidência das AH/SD é de 3 a 5% da população (MARLAND, 1972), podendo chegar a 15% quando se abarcam as áreas artística, psicomotora, liderança etc. (RENZULLI; REIS, 1997), mas, considerando-se as 47.874.246 matrículas da educação básica no ano de 2019 e o total de 54.359ⁱⁱ alunos com AH/SD cadastrados no Censo Escolar, o percentual de estudantes oficialmente identificados no Brasil não passa de 0,11% (INEP, 2020).

A situação agrava-se quando parte dos estudantes com AH/SD não somente deixa de ter suas potencialidades reconhecidas, como recebe diagnósticos equivocados. Esses alunos podem apresentar precocidade no desenvolvimento geral, na capacidade de comunicação e na aquisição da leitura. São curiosos e possuem altos níveis de energia, o que muitas vezes faz com que sejam vistos como hiperativos, podendo, inclusive, resultar na patologização de seus comportamentos (RANGNI, 2017).

Contudo, há crianças que demonstram comportamentos similares devido a uma patologia comportamental. O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) refere-se à presença constante de desatenção e/ou hiperatividade, em nível mais acentuado que o observado em indivíduos em mesma fase de desenvolvimento. Este transtorno pode ser do tipo predominantemente desatento (TDA), predominantemente hiperativo/impulsivo ou uma combinação destes (TDAH) (APA, 1994).

Alves e Nakano (2015) esclarecem que existem comportamentos característicos do TDAH que também podem ser apresentados por alunos com AH/SD, principalmente quando

não encontram um ensino desafiador, pois sob tais circunstâncias, podem deixar as atividades inacabadas, demonstrar agitação, distração, movimentar-se pelo ambiente com frequência etc. Essa semelhança é responsável por encaminhamentos equivocados, a partir dos quais alunos com AH/SD acabam recebendo diagnóstico de TDAH erroneamente (BELJAN et al., 2006; MASSUDA, 2016).

A despeito da aproximação dos comportamentos desses públicos, alunos com TDAH não apresentam agitação exacerbada apenas na escola, mas em diversos ambientes; já alunos com AH/SD restringem esse comportamento às situações nas quais não podem se envolver com suas áreas de interesse, sendo tendencialmente, menos frequente e intenso (ALVES; NAKANO, 2015). Ambos os grupos também podem evidenciar desatenção, porém, enquanto no grupo de alunos com TDAH a falta de atenção consiste em um sintoma do transtorno, no grupo de alunos com AH/SD funciona como um mecanismo de enfrentamento da espera requerida em favor do ritmo de aprendizagem (médio) dos colegas (RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016, p. 157). Baseando-se em Freire, esse último grupo, estaria “subordinado, embora, à prática “bancária”, [...] [mantém] vivo em si o gosto da rebeldia que, aguçando sua curiosidade e estimulando sua capacidade de arriscar-se, de aventurar-se, de certa forma o ‘imuniza’ contra o poder apassivador do ‘bancarismo’ ” [...] buscando superar “os efeitos negativos do falso ensinar” (FREIRE, 2015, p. 27).

Cumprido salientar que existe a possibilidade de que um indivíduo apresente AH/SD e TDAH concomitantemente, configurando dupla excepcionalidade (ALVES; NAKANO, 2015; MASSUDA, 2016). Entretanto, nos interessa discutir os casos em que ocorrem diagnósticos equivocados de TDAH e dispensação de medicamento “utilizado como ‘droga da obediência’ ” (ANVISA, 2012, p. 13, grifo do autor).

Compreendendo que o uso de medicação não é a única via terapêutica, as intervenções sobre o TDAH, quando necessárias, podem envolver o acompanhamento psicológico, ações educacionais/psicopedagógicas, atividades físicas, equoterapia, reeducação alimentar, bem como, em casos mais graves, o uso de fármacos (ARCO-VERDE, 2013; DAOU; PERGHER, 2015; MASSUDA, 2016; NIEHUES; NIEHUES, 2019). Neste último caso, o tratamento ocorre por meio de psicoestimulantes, sendo o metilfenidato o mais comum e o único com comercialização permitida no Brasil (MASSUDA, 2016).

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

O metilfenidato, assim como outros medicamentos tarja preta, pode causar dependência química e, por isso, tem sua dispensação controlada. Angonesi e Rennó (2008) lembram que a dispensação é uma atividade farmacêutica em que, no momento da entrega do medicamento, deve promover o uso adequado vislumbrando a gestão medicamentosa correta e o processo de cuidado pelo usuário.

Tanto na rede pública quanto na rede privada o farmacêutico responsável analisa a prescrição médica antes de dispensar a medicação ao usuário. O receituário fica retido na farmácia e os dados coletados da receita são enviados ao Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) para supervisão da dispensa deste medicamento no Brasil (CRF SP, 2013).

Cabe descrever que o cloridrato de metilfenidato é de uso adulto e pediátrico (acima dos seis anos de idade) e, embora destine-se ao tratamento do TDAH, seu uso não é recomendado para todos que manifestam o transtorno, mas conforme a gravidade dos sintomas apresentados (NOVARTIS, 2007; NOVARTIS, 2019).

[...] é um fraco estimulante do sistema nervoso central, com efeitos mais evidentes sobre as atividades mentais do que nas ações motoras. Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas acredita-se que seu efeito estimulante seja devido a uma inibição da recaptação de dopamina [neurotransmissor do prazer] no estriado, sem disparar a liberação de dopamina. O mecanismo pelo qual [...] exerce seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central (NOVARTIS, 2019, p. 4, grifos nossos).

Em estudo sobre seus efeitos a partir de uma abordagem experimental, Schmitz (2018) encontrou evidências de que o uso crônico precoce da substância tem efeitos complexos, com consequências neuroquímicas e comportamentais, podendo causar prejuízos à memória, ao sistema dopaminérgico, alterações de estresse oxidativo, entre outros. Enfatiza-se que não existem marcadores clínicos para o diagnóstico do TDAH, o que demanda embasamento na análise comportamental.

Considerando a existência de características comuns entre alunos com TDAH e AH/SD, assim como a ocorrência de diagnósticos equivocados, este ensaio teve por objetivo analisar a dispensação de cloridrato de metilfenidato (10 mg) ⁱⁱⁱ em um município do noroeste paulista, usando esses dados como pano de fundo para uma reflexão acerca da invisibilidade do aluno com AH/SD e da possível patologização de seus comportamentos superdotados.

Método

Trata-se de estudo descritivo, utilizando-se de dados secundários obtidos junto à Diretoria Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior do Estado de São Paulo, com pouco mais de 460 mil habitantes. O banco de dados compreende o período de 2010 a 2012 de prescrição do medicamento “METILFENIDATO 10 MG, CLORIDRATO”, na rede pública de saúde do município em questão. O recorte cronológico estabelecido se deve à publicação do Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2012), intitulado “Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário”. Neste boletim, a agência alerta para o crescimento do consumo do medicamento no país e questiona a segurança de seu uso, bem como a indicação para pacientes corretos e a adequação na dosagem e período. Ademais, 2012 também é o ano que encerra a década em que houve o registro do crescimento de 775,53% nas vendas do metilfenidato (BARROS, 2014).

Originalmente, o banco de dados contava com 8.440 prescrições a pessoas de 0 a 78 anos, todavia, os 10 (dez) registros iguais a 0 (zero) eram, na verdade, ausência da data de nascimento e/ou idade da pessoa. Dessa maneira, esses registros foram retirados do banco de dados original.

Para atender aos objetivos da pesquisa, levaram-se em conta apenas os registros de crianças (de 0 a 12 anos incompletos), adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos) e jovens (de 18 a 29 anos), conforme consta no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e no Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013). Em decorrência, mais 332 registros foram eliminados do banco de dados, restando 8.098, os quais compreendiam pessoas entre 2 e 29 anos.

Restavam, ainda, registros em duplicidade, ou seja, havia pessoas que, no mesmo mês, realizaram mais de uma retirada do medicamento. Condensando todas as retiradas em um mesmo mês, para cada uma dessas pessoas, o banco de dados ficou com 7.494 registros. Por fim, foi preciso agrupar a quantidade de meses, em um mesmo ano, no qual cada pessoa foi atendida. Em consequência, o banco terminou com 2.483 registros, distribuídos ao longo de três anos, perfazendo 1.536 pessoas diferentes, sendo esses dados apresentados aqui, para subsidiar nossa discussão.

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

Por outro lado, levantou-se os dados do Censo Escolar referentes ao mesmo período, a fim de refletir sobre a (não) identificação de alunos com AH/SD no município.

O projeto de pesquisa que resultou neste ensaio foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Público do município em questão, estando em acordo (Parecer nº 76/11) com as normas da Resolução 510/2016 do CONEP.

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados partirá do levantamento de estudantes com AH/SD identificados no município em tela, problematizando-se o processo de identificação, bem como a possível patologização das diferenças, considerando como pano de fundo os dados da dispensação de metilfenidato no município.

Em relação à identificação dos estudantes com AH/SD, com base nos dados (Tabela 1) do Censo Escolar (INEP, 2017; 2019a; 2019b), observa-se subnotificação no período investigado, posto que os três anos analisados revelaram um número parco de alunos com AH/SD matriculados, em comparação ao que preveem as estimativas de incidência desta população, de 3 a 5% (MARLAND, 1972; MEC, 2006), o que pode indicar a existência de falhas na identificação, ou mesmo, a falta de identificação desses sujeitos, esboçando que muitos permanecem invisíveis.

Tabela 1 – Dados do Censo Escolar referentes ao município onde a pesquisa foi realizada.

Ano	Matrículas na Educação Básica	Matrículas de Educação Especial	Matrículas de alunos com AH/SD	% de matrículas de AH/SD no público da Educação Especial
2010	90.033	2.595	14	0,54
2011	89.899	1.813	16	0,88
2012	90.058	1.809	16	0,88

Fonte: Elaborado a partir das Sinopses Estatísticas da Educação Básica apresentadas pelo INEP.

Observa-se que o número de estudantes com AH/SD identificados em cada ano não representa nem 1,00% do público da Educação Especial e quando consideramos o total de matrículas na Educação Básica, esse percentual representa somente 0,02% da população estudantil. Segundo as estimativas mais conservadoras (MARLAND, 1972; MEC, 2006), a incidência das AH/SD sobre a população geral gira em torno de 3 a 5%, prevalência obtida também nos estudos de Pocinho (2009) e Martins (2018). Logo, o município teria, ao menos, cerca de 2.700 alunos com AH/SD. Em 2019, o último Censo Escolar (INEP, 2020) registrou 210 estudantes com AH/SD no município, um crescimento expressivo, porém, ainda aquém

do esperado (MARLAND, 1972; MEC, 2006). A literatura especializada aponta a invisibilidade desses estudantes nas escolas (MARTINS; PEDRO; OGEDA, 2016), e ainda mais grave do que o não reconhecimento de suas potencialidades, há a patologização de comportamentos característicos, resultante, em geral, de diagnósticos equivocados, especialmente, o de TDAH (RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016). A esse respeito, Beljan et al. (2006) esclarecem que embora o TDAH seja caracterizado como um transtorno em que persiste um padrão de desatenção e/ou hiperatividade, o qual apresenta maior frequência e intensidade do que comumente se observa em outros indivíduos que se encontram na etapa de desenvolvimento equivalente (APA, 1994), a pessoa com AH/SD apresenta desenvolvimento atípico, ou seja, dessemelhante de seus pares etários, e, características como intensidade, sensibilidade, impaciência e atividade motora elevada, podem resultar em diagnóstico inadequado de TDAH. Nesse sentido, analisa-se a dispensação do medicamento destinado ao tratamento desse transtorno, como pano de fundo para o cenário aludido.

Entre os 1.536 indivíduos que compõem o banco de dados referente à prescrição de cloridrato de metilfenidato (10 mg), 855 (55,70%) apareceram apenas em um ano; 415 (27,00%) estiveram em dois anos, e o restante, 266 (17,30%), nos três anos de estudo. Percebe-se, no geral, que há um número crescente de indivíduos medicados, ao longo do período de 2010 a 2012. A Tabela 2 focaliza esse crescimento, considerando também os indivíduos que permanecem por anos no atendimento, de maneira que o número de 1.536 indivíduos atendidos salta para 2.483, tendo em vista as repetições. Apenas na classificação “adolescente” se verificou uma diminuição consecutiva, contrapondo-se ao ocorrido na classificação “crianças”, sinalizando que os diagnósticos e as prescrições estão sendo feitos cada vez mais cedo.

Tabela 2 – Frequências dos registros por sexo, ano e classificação (n = 2.483).

Ano	Classificação	Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
2010	Criança	43	179	222
	Adolescente	110	337	447
	Jovem	18	30	48
	Total	171	546	717
2011	Criança	76	295	371
	Adolescente	96	326	422
	Jovem	28	28	56
	Total	200	649	849
2012	Criança	112	418	530
	Adolescente	73	263	336

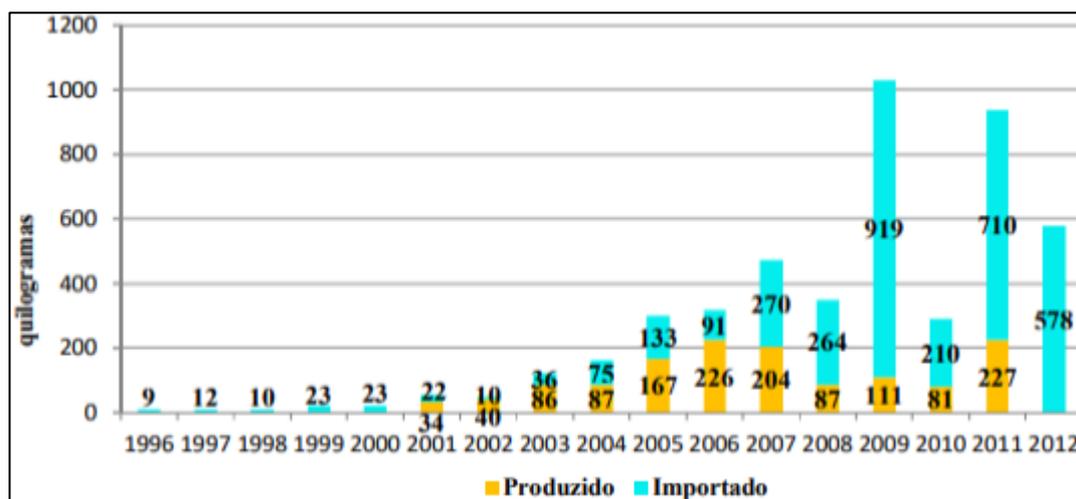
A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

	Jovem	20	31	51
	Total	205	712	917

Fonte: Elaboração própria.

O número de meninos medicados é superior ao de meninas, o que está em consonância com a literatura (VENÂNCIO et al., 2013). Os dados evidenciam o aumento no uso da substância em todos os anos do presente estudo, corroborando outros trabalhos científicos (ANVISA, 2012; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013; MOYSÉS, 2019; VENÂNCIO et al., 2013) de modo a revelar uma elevação no consumo que acompanha o crescimento em âmbito nacional, uma vez que, de acordo com dados da ONU, Barros (2014) revela que a produção e importação do produto pelo Brasil, teve um aumento de cerca 6.322,00% no período de 1996 a 2012, passando de 9 kg para 578 kg. A evolução anual é representada pela Figura 1.

Figura 1 – Quantidade de metilfenidato produzido e importado pelo Brasil entre os anos de 1996 e 2012



Fonte: Elaborado por Barros (2014) a partir de dados da Organização das Nações Unidas.

Esse crescimento não é exclusividade do TDAH, tampouco do Brasil. Moysés (2019) chama a atenção para o aumento mundial dos diagnósticos de transtornos mentais globalmente, fato que atribui, entre outros, à frouxidão dos critérios diagnósticos que passaram a abranger pessoas que anteriormente se enquadravam à normalidade.

A autora ainda adverte sobre a necessidade de maior criticidade na interpretação de informações como as que apontam que 46,00% dos estadunidenses e 38,00% dos europeus apresentam critérios para diagnóstico de algum transtorno mental ou que uma em cada cinco crianças exibe ao menos um episódio de transtorno mental no ano, mais

especificamente, um surto psicótico^{iv} (MOYSÉS, 2019). Dentre as indagações tecidas pela autora, destacamos:

Quando uma criança pode ser sonhadora e viver no mundo da fantasia sem risco de ser rotulada com déficit de atenção? [...] Quanto uma criança pode ser agitada e ativa sem risco de ser rotulada como hiperativa? Pode ser agitado? Tempos atrás, as crianças eram espertas, peraltas, desobedientes, sonhadoras, arteiras... Hoje, elas são hiperativas, desatentas e coisas assim. [...] (MOYSÉS, 2019, p. 26).

Embora a Associação Psiquiátrica Americana estime que a prevalência do TDAH gire em torno de 5,00% da população de crianças e adolescentes, Polanczyk (2008) encontrou estudos com estimativas bastante dessemelhantes, cuja menor era de 0,20% e se referia à Alemanha e a maior, de 26,80%, referente a uma cidade do Brasil, país que, contraditoriamente, a menor incidência foi de 0,90%. Em uma pesquisa que avaliou a prevalência do TDAH em escolas do município paulista em estudo, Darim (2016) constatou que 1,32% dos 62.899 alunos matriculados nas 181 escolas participantes (72,00% do total de escolas) possuíam esse diagnóstico e 1,20% faziam uso do metilfenidato, o que corresponde a 754 crianças e adolescentes, dentre os quais, 89 tinham menos de seis anos de idade.

Caliman e Domitrovic (2013) apontam que o fortalecimento do paradigma biomédico, a ampliação da indústria farmacêutica, a facilitação ao acesso à psicotrópicos, a intensificação dos processos de mercantilização da saúde e a medicalização da sociedade e suas instituições, estão relacionados ao aumento de diagnósticos no Brasil a partir de 2010, momento que esses fenômenos se acentuam.

Nesse cenário, a idade mínima observada em nossa amostra foi de dois anos, enquanto a máxima chegou a 29 anos, sendo a média de 12 anos (DP = 3,6 anos), levando-se em conta os 2.483 registros. A concentração de prescrição está entre os sete e os 17 anos, faixa etária responsável por 91,00% do total de prescrições. Vale destacar que nessas idades as crianças e adolescentes cursam a Educação Básica, mais especificamente, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio. Logo, evidencia-se a influência da vida escolar na construção do diagnóstico de TDAH (RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016), visto que a escola “[...] é um espaço em que as diferenças são alvo de lutas pela conservação de regras, normas e manutenção de um padrão de normalidade” (MUNHOZ, 2003, p. 2) representando a principal responsável pelos encaminhamentos de possíveis casos de TDAH aos profissionais da saúde (RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016).

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

Os meses de maior frequência de atendimento médico e dispensação do metilfenidato foram agosto (10,70%), setembro (10,10%) e maio (9,70%). Janeiro e dezembro tiveram as menores porcentagens de atendimento, 4,30% e 5,60%, respectivamente. Tais dados estão de acordo com aqueles expostos no *Boletim de Farmacoepidemiologia* (ANVISA, 2012), que demonstram que o consumo do medicamento, num intervalo de um ano, apresentou variações, com diminuição nos meses que coincidem com férias escolares (janeiro, julho e dezembro). É importante notar o aumento de prescrições no segundo semestre do ano, dados que confirmam, igualmente, o estudo citado no *Boletim*. Segundo Pais, Menezes e Nunes (2016), a escola tende a ser responsável pelas primeiras impressões que indicam a necessidade de buscar respostas para possíveis problemas, sendo que os pais exercem um papel de intermediário ao levarem o alerta dos profissionais da educação aos da saúde. Assim, ressaltamos que os profissionais de ambas as áreas precisam conhecer a caracterização e a identificação de estudantes com AH/SD para que não sejam equivocadamente diagnosticados e indevidamente medicados como pessoas com TDAH.

Os dados indicam outra situação alarmante: o uso da medicação em crianças com idade inferior a seis anos, o que viola os critérios estabelecidos para a dispensação do medicamento (ANVISA, 2012). Seu consumo não é recomendado a crianças menores de seis anos de idade, pois não são estabelecidos os critérios de segurança e a efetividade para essa faixa etária, além de que o uso prolongado pode provocar dependência física e psíquica (NOVARTIS, 2007). Nessa perspectiva, adverte-se que o tratamento medicamentoso não necessita ser administrado indeterminadamente. Cabe ao médico realizar avaliações periódicas sem o uso da medicação para verificar o funcionamento do indivíduo na ausência do fármaco, o qual geralmente é interrompido quando a criança com TDAH inicia a puberdade ou após dela (NOVARTIS, 2019). Contudo, o número de adolescentes que recebem a prescrição do cloridrato de metilfenidato (mais elevado que o número de crianças em 2010 e 2011), sugere que a tendência de interrupção durante a puberdade não foi seguida pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do município em análise. Considerando as pessoas que aparecem em dois ou três anos, verifica-se uma média anual de dispensa de comprimidos do medicamento de 149 em 2010, 146 em 2011, e 163 em 2012, o que equivale um aumento de 11,60%.

Na ocasião dessa pesquisa, o município não dispunha de um protocolo clínico para a prescrição do metilfenidato 10 mg, como passou a ter com a publicação da Portaria nº 24, da Secretaria Municipal de Saúde, em 07 de novembro de 2019.

O protocolo estabelecido no município, em 2019, apresenta a caracterização da “doença” com base no DSM-V e adota como critérios para o diagnóstico: a análise do comportamento da criança em sua história de vida completa, informações sobre seus cuidadores, informações provenientes da escola, e, exame do estado mental a partir de uma escala padronizada. O diagnóstico deve considerar a idade da criança quando os sintomas iniciaram, seu comportamento em ao menos dois ambientes distintos e a ausência de patologias ou problemas socioambientais que justifiquem o comportamento observado. Apresenta informações sobre o medicamento, critérios de inclusão/exclusão de pacientes e situações que exigem atenção (sinteticamente, comorbidade e uso de outros medicamentos). A prescrição do metilfenidato é realizada por neurologista ou psiquiatra, acompanhada de notificação de receita A e preenchimento de formulário médico específico.

A proposição deste protocolo encontra-se parcialmente em dissonância com a pesquisa realizada por Moysés (2019), na qual conclui-se que a criação de um protocolo para diagnóstico e dispensação do metilfenidato é capaz de contribuir para a acentuada retração da distribuição do medicamento. Porém, a principal diferença em relação ao protocolo relatado na pesquisa de Moysés e o que foi proposta no município investigado no presente estudo, é que depois da avaliação da criança por parte de um pediatra ou psicólogo, decide-se sobre seu encaminhamento para uma equipe multiprofissional que discute e analisa o caso com vistas a elaborar um projeto terapêutico individualizado, ao invés de o tratamento resumir-se na medicalização e a dispensação ficar a cargo de neurologista ou psiquiatra, individualmente.

A escala que orienta o diagnóstico de TDAH no município investigado é composta de 26 itens para os quais deve-se apontar se os comportamentos mencionados ocorrem: “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” ou “demais”. Os itens de 1 a 9 sinalizam desatenção, de 10 a 18, hiperatividade e impulsividade e, de 19 a 26, sintomas do Transtorno Desafiador e de Oposição. Vale salientar que alunos com AH/SD tendem a possuir altos níveis de energia e diversos dos comportamentos listados podem ser apresentados por eles (MARTINS, 2013), sobretudo quando não são adequadamente desafiados em suas

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

possibilidades de aprendizagem e se deparam com a ociosidade e a desmotivação: não conseguem prestar muita atenção ou cometem erro por descuido; não seguem instruções até o fim e não terminam deveres; têm dificuldade para organizar tarefas e atividades; distraem-se com estímulos externos; saem do lugar em sala de aula; têm dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma; falam em excesso; respondem às perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas; têm dificuldade de esperar sua vez; discutem com adultos; desafiam ativamente ou se recusam a atender pedidos ou regras de adultos; fazem coisas de propósito que incomodam outras pessoas; irritam-se ou incomodam-se com os outros facilmente. Nessa ótica, Lyra (2019) também salienta a possibilidade de que apresentem dificuldades acadêmicas e/ou emocionais.

A semelhança entre traços tende a promover confusões nos diagnósticos, de maneira que comportamentos comuns em alunos com AH/SD passam a ser interpretados como indícios de patologia (OUROFINO, 2007). Consequentemente, esses alunos “são omitidos nos processos de triagem, identificação e atendimento [das AH/SD] por apresentarem comportamentos típicos do [TDAH], sendo então medicados precocemente ou desnecessariamente” (MASSUDA, 2016, p. 68).

A partir desta problemática, Rondini, Incau e Martins (2016) desenvolveram uma pesquisa junto a três profissionais da área da saúde (duas médicas e uma psicóloga), no mesmo município onde se realizou o presente estudo, com o intuito de avaliar o diagnóstico de alunos encaminhados pelo sistema escolar. Foi analisada a capacidade das profissionais em diferenciar crianças com TDAH ou AH/SD por meio de questionários e entrevistas verificando-se que tais profissionais concebem os alunos com AH/SD tendo apenas como referência o tipo acadêmico, isto é, o estudante que aprecia a atividade intelectual de caráter escolar, tem boa memória, é atento e concentrado etc. Já as características como distração, desinteresse, desmotivação, tédio e questionamento de autoridade são associadas às crianças com TDAH, quando também são características apresentadas por alunos com AH/SD, principalmente, na ausência de desafios educacionais adequados. Uma das participantes relata o caso de uma criança encaminhada por suspeita de TDAH, cuja professora considerava-a desatenta, mas que, por sorte, teve suas AH/SD constatadas a partir da pontuação elevada em um teste de QI. Na atualidade, a pontuação em testes de QI deixou de ser um critério central na identificação de AH/SD e, um dos motivos corresponde

ao fato de que quando localizadas em áreas artísticas, psicomotoras, de liderança etc., bem como sendo do tipo produtivo-criativo, não existe relação direta com as pontuações obtidas nesses testes (RENZULLI, 2011).

O diagnóstico empreendido pelas profissionais, participantes da pesquisa de Rondini, Incau e Martins (2016), envolvia três etapas: recebimento de relatório escolar (comumente, com informações muito gerais), anamnese com os pais e confronto das informações recebidas com o padrão de diagnóstico do DSM-IV, com base no qual iniciava-se o tratamento, predominantemente, medicamentoso. Contudo, os autores, ao analisarem tais documentos, relataram que

[...] esse diagnóstico é feito por relatórios imprecisos e gerais e que os pais, analogamente, não fornecem informações para o processo. Em todas as etapas descritas, a preocupação é a confirmação do TDAH, não havendo espaço para a constatação de que a criança pode não ter nenhuma patologia ou que tenha [altas habilidades/superdotação] (RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016, p. 167).

O que vai descortinando as dificuldades que o município em tela apresenta para identificar o aluno superdotação. Nessa perspectiva os profissionais da saúde precisam considerar a constância da desatenção ou impulsividade antes de realizar o diagnóstico, pois esses comportamentos dificilmente são observados em alunos com AH/SD quando as situações possibilitam o envolvimento com as áreas que lhes despertam interesse (BELJAN et al., 2006). Tais reflexões coadunam com o estudo de Massuda (2016) que, objetivando verificar a existência de indicadores de AH/SD em alunos diagnosticados com TDAH, aplicou nas salas de três alunos diagnosticados com o transtorno, o instrumento denominado Guia de Observação Direta em Sala de Aula, preenchido por professores. A análise dos dados revelou que dois desses alunos apresentavam indicadores de AH/SD.

Particularmente à pesquisa por nós empreendida, o número de prescrições de metilfenidato 10mg engloba apenas as que foram realizadas na rede pública de saúde, sendo ainda mais elevado se fosse possível contemplar os atendimentos privados. Ainda assim, tomando apenas o montante de crianças e adolescentes usuários do medicamento nos anos de 2010 a 2012 (669, 793, 866) temos um quantitativo muito superior ao de estudantes cujas AH/SD foram identificadas no respectivo período (14, 16, 16) (Tabela 1).

Dessa forma, considerando que os profissionais da saúde nem sempre possuem os conhecimentos necessários acerca das AH/SD; que existem características apresentadas

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma tanto por estudantes com TDAH como com AH/SD (embora em proporções distintas); que essa similitude tem resultado em diagnósticos equivocados; que no período investigado a Secretaria Municipal de Saúde não possuía um protocolo para diagnóstico e tratamento do TDAH (MASSUDA, 2016; RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016), inferimos que entre os pacientes medicados com metilfenidato no município podem ser encontrados estudantes cujas AH/SD foram ignoradas pela escola, sendo encaminhados por não se adequarem ao perfil de aluno socialmente idealizado.

À guisa de conclusão

A educação inclusiva tem o objetivo de oferecer um processo educativo adequado a qualquer estudante. Isto exige olhar para a singularidade de cada um, respeitando seu ritmo pessoal e grupal. Possibilita também compreender que cada aluno, justamente por ter diferentes modos de funcionamento, irá apresentar os mais diversos comportamentos frente a cada estímulo no espaço escolar, social e familiar.

A patologização e a medicalização da infância divergem da inclusão da diversidade no ambiente escolar, pois pautam-se em um ideal sobre como ser e agir, com isso, as nuances de outros perfis, como o TDAH e as AH/SD, são suprimidas. Ademais, a literatura contemporânea aponta que a medicalização da diferença, como resposta biologizante da condição humana, é influenciável por fatores sociais, econômicos, históricos e culturais.

Diversos podem ser os malefícios envolvidos, desde a administração medicamentosa como única via de tratamento até o diagnóstico equivocado que oculte as reais necessidades da pessoa, como acontece no caso dos estudantes com AH/SD que, comumente, não se encaixam no padrão de normalidade. Isto ocorre quando, no ambiente escolar, devido à curiosidade e energia elevadas, são compreendidos como hiperativos, o que demonstra desconhecimento de alguns profissionais acerca das AH/SD e, também, uma rasa análise comportamental sobre os sintomas do TDAH.

Analisamos a dispensação de cloridrato de metilfenidato (10 mg) na rede pública de saúde de um município paulista no período de 2010 a 2012 a fim de discutir a patologização de comportamentos que se afastam da média, assim como sua intersecção com a identificação de estudantes com AH/SD. Dados do Censo Escolar referentes ao período evidenciam a invisibilidade dos alunos com AH/SD, visto que no universo de aproximadamente 90 mil matrículas na Educação Básica, não mais do que 16 estudantes foram identificados. Em contrapartida, o número de receitas do medicamento usado para o

tratamento de TDAH subiu ano a ano (717, 849, 917), seguindo a tendência de crescimento expressa nacionalmente.

O baixo número de identificação de estudantes com AH/SD pode estar relacionado, entre outros fatores, à patologização de comportamentos característicos desse público que também se fazem presentes no TDAH, embora com distintas proporções. Uma das maneiras de combater esse cenário, ainda que possa parecer simplista, é a (in)formação profissionais da educação e da saúde para que conheçam as nuances comportamentais das AH/SD e saibam diferenciá-las do TDAH, sem desconsiderar a existência de comportamentos que são comuns a ambos.

Os resultados aqui apresentados ainda podem ser refletidos e aprofundados por diversos prismas, como as políticas econômica, farmacêutica e da Educação Inclusiva no Brasil; as fases do desenvolvimento humano que lançariam luz aos diferentes atravessamentos concernentes aos grupos pesquisados -, Criança, Adolescente e Jovem, bem como as mudanças que os integrantes desses grupos enfrentam ao longo de sua vivência no contexto escolar. Poder-se-á ainda investigar a incidência de AH/SD em estudantes diagnosticados com TDAH, em especial os que fazem uso de cloridrato de metilfenidato (10 mg), verificando-se a presença de dupla excepcionalidade, bem como de diagnóstico equivocado. Sendo tais, indicações para futuras pesquisas e reflexões.

Referências

ANGONESI, D; RENNÓ, M. U. P Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. Rio de Janeiro: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.9, 2008.

ARCO-VERDE, B. M. B. **A relação dos hábitos de vida saudáveis na família e a prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em escolares da rede municipal de ensino de Maringá-PR.** 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Centro Universitário de Maringá UniCESUMAR. Maringá-PR, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC.** Brasília; jul./dez. 2012.

ALVES, R. J. R.; NAKANO, T. C. A dupla-excepcionalidade: relações entre altas habilidades/superdotação com a Síndrome de Asperger, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtornos de Aprendizagem. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n. 99, p. 346-360, 2015.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental**

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma disorders. 4. ed. Washington: APA; 1994.

ANGELUCCI, C. B. Medicalização das diferenças funcionais - Continuísmos nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, p. 116-134, 2014.

BARROS, D. B. **Os usos e sentidos do metilfenidato: as experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**. 2014. 184f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, 2014.

BELJAN, P.; WEBB, J. T.; AMEND, E. R.; WEB, N. E.; GOERSS, J.; OLENCHAK, F. R. Misdiagnosis and dual diagnoses of gifted children and adults: ADHD, bipolar, OCD, Asperger's, depression, and other disorders. **Gifted and Talented International**, v. 21, n. 2, p. 83-86, 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.

CALIMAN, L. V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 879-902, 2013.

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF SP). Alerta para o Metilfenidato. São Paulo: **Revista do Farmacêutico**, n.113, 2013.

DAOU, M.; PERGHER, G. K. Contribuições da atividade física para o tratamento psicológico de TDAH em crianças. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 1, p. 42-51, 2015.

DARIM, N. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em escolares de São José do Rio Preto e categorização de publicações sobre o tema**. 2016. 71f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto-SP, 2016.

FREEMAN, J.; GUENTHER, Z. C. **Educando os mais capazes: ideias e ações comprovadas**. São Paulo: EPU; 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 50ª ed – Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.

GUENTHER, Z. C. **Capacidade e talento: um programa para a escola**. São Paulo: EPU; 2006.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Sinopse Estatística da Educação Básica 2010**. Brasília: Inep, 2017.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Sinopse Estatística da Educação Básica 2011**. Brasília: Inep, 2019a.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Sinopse Estatística da Educação Básica 2012**. Brasília: Inep, 2019b.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Sinopse Estatística da Educação Básica 2019**. Brasília: Inep; 2020.

LYRA, J. C. Conceção dos profissionais do Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação sobre as características dos estudantes com altas habilidades/superdotação. **Revista Cocar**, v. 13, n. 26, p. 90-106, mai./ago. 2019.

MARLAND, S. P. Jr. **Education of the gifted and talented: Report to the Congress of the United States by the U.S.** Commissioner and background papers submitted to the U.S. Office of Education. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1972.

MARTINS, B. A.; PEDRO, K. M.; OGEDA, C. M. M. Altas habilidades/superdotação: o que dizem as pesquisas sobre estas crianças invisíveis? São Paulo: **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, n. 3, p. 561-568, 2016.

MARTINS, B. A. **Alunos precoces com indicadores de altas habilidades/superdotação no Ensino Fundamental I: identificação e situações (des)favorecedoras em sala de aula**. 2013. 239f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Marília-SP, 2013.

MARTINS, B. A. **Autoeficácia docente no contexto da educação inclusiva: Instrumentos de medida e formação de professores baseada em experiências vicárias**. 2018. 328f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Marília-SP, 2018.

MASSUDA, M. B. **Indicadores de dotação em educandos diagnosticados com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. 2016. 176f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, 2016.

Ministério da Educação (MEC). **Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com altas habilidades/superdotação**. [2. ed.] / coordenação geral SEESP/MEC. - Brasília : MEC, Secretaria de Educação Especial, p.143, 2006.

MOYSÉS, M. A. A. Despatologizar é possível. In: Conselho Regional de Psicologia. Caderno Temático nº 33 – **Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento**, parte I. São Paulo: CRP. 2019. p. 24-30.

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Mais de um século de Patologização da educação. **Fórum: Diálogos em Psicologia**, Ourinhos/SP, v. 1, n. 1, p. 50-64, 2014.

MUNHOZ, A. V. **Diferença ou deficiência? Reflexões que problematizam a função normalizadora /normatizadora da instituição escolar**. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, 2003.

NIEHUES, J. R.; NIEHUES, M. R. Equoterapia no Tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Implicações Pedagógicas. São Paulo: **Revista Neurociências**, v. 22, n. 1, p. 121-126, 2019.

NOVARTIS. **Ritalina®**: cloridrato de Metilfenidato, 2007.

NOVARTIS. **Ritalina®/ Ritalina® LA**: cloridrato de Metilfenidato. Bula profissional, 2019.

OUROFINO, V. T. A. T. Altas habilidades e hiperatividade: a dupla excepcionalidade. In: FLEITH, D. S. (org.). **Desenvolvimento de talentos e altas habilidades**: orientação a pais e professores. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 51-66.

PADILHA, A. M. L. A diferença na escola: muitas perguntas, algumas respostas. **Revista Linhas**, v. 4, n. 2, p. 1-17, 2003.

PAIS, S. C.; MENEZES, I.; NUNES, J. Ar. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1-10, 2016.

POCINHO, M. Superdotação: conceitos e modelos de diagnóstico e intervenção psicoeducativa. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 15, n. 01, p. 3-14, jan./abr. 2009.

POLANCZYK, G. V. **Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. 2008. 160f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiátricas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, 2008.

RANGNI, R. A. **Pesquisadores da UFSCar se dedicam ao entendimento da superdotação**. São Carlos: Agora, 2017.

RENZULLI, J. S.; REIS, S. M. **The Schoolwide Enrichment Model: A how-to guide for educational excellence**. 2. ed. Mansfield Center, CT: Creative Learning Press, 1997.

RENZULLI, J. S. **What Makes Giftedness?** Reexamining a Definition. *Kappan*, v. 29, n. 08, p. 81-88, 2011.

RONDINI, C. A.; INCAU, C.; MARTINS, R. A. Concepções de profissionais da saúde sobre altas habilidades e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 13, n. 32, p. 152-170, 2016.

SCHMITZ, F. **Efeitos de metilfenidato**: uma abordagem experimental. 2018. 148f. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas: Bioquímica) - Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, 2018.

VENÂNCIO, S. I; PAIVA, R; TOMA, T. S; BONFIM, J. R. A. Metilfenidato no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 237-246, 2013.

WINNER, E. **Crianças superdotadas**: mitos e realidades. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Notas

ⁱ São 48.133 alunos com AH/SD em classes comuns e 6.226 em classes exclusivas.

ⁱⁱ Alunos que apresentam deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

ⁱⁱⁱ Medicamento conhecido pelo nome comercial Ritalina®.

^{iv} Informações disseminadas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental nos Estados Unidos ou pelo Centro de Controle de Doenças do mesmo país.

Sobre as autoras

Carina Alexandra Rondini

Bacharel em Matemática e Mestre em Matemática Aplicada pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Doutora em Engenharia Elétrica pela Universidade de São Paulo. Estágio Pós-doutoral em Altas Habilidades/Superdotação pela Universidade de Purdue/USA. Especialização em Educação Especial Inclusiva pela Universidade Norte do Paraná - UNOPAR. Especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional: Educação e Saúde pela FAMERP. Professora Assistente Doutor junto ao Departamento de Ciências de Computação e Estatística do Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas - IBILCE - Campus de São José do Rio Preto. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (UNESP Bauru), linha de pesquisa - aprendizagem e ensino, e Professora Permanente do Programa Multidisciplinar Interunidades de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino e Processos Formativos (UNESP São José do Rio Preto/Ilha Solteira e Jaboticabal), linha de pesquisa - Tecnologias, Diversidades e Culturas. Coordenadora da Rede de Atendimento Integral ao Superdotado (RAIS).

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5244-5402> Contato: carina.rondini@unesp.br

Bárbara Amaral Martins

Professora do curso de Pedagogia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal (UFMS/CPAN). Possui graduação em Pedagogia pelas Faculdades Integradas de Botucatu (UNIFAC), especializou-se em Psicopedagogia na Universidade do Sagrado Coração (USC), é Mestre em Educação pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Campus de Marília e Doutora em Educação pela mesma universidade, com Doutorado Sanduíche na Universidade do Minho - Portugal. Lidera o Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação

A superdotação invisível e a patologização de comportamentos desviantes da norma

Inclusiva (GEPEI), na UFMS/CPAN. Atuou como docente na educação básica, tanto em salas regulares quanto em salas de recursos multifuncionais. Integrou o PAPCS - Programa de Atenção a alunos Precoces com Comportamentos de Superdotação, da UNESP - Campus de Marília, no período de 2011 a 2014. Desenvolve pesquisas na área da Educação, tendo como foco de interesse: Formação de professores; Educação Especial; Precocidade; Altas habilidades/superdotação.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4278-1661> Contato: barbara.amts@gmail.com

Camila Incau

Pesquisadora bolsista Cnpq, facilitadora de graduação na Univesp, Mestre pelo Programa Multidisciplinar Interunidades de Pós-Graduação Strictu Senso: Ensino e Processos Formativos (UNESP São José do Rio Preto/Ilha Solteira/Jaboticabal) na linha de pesquisa Tecnologias, Diversidades e Culturas. Encontra-se em processo de conclusão da especialização em "Processos didático-pedagógico para cursos na modalidade à distância" pela Universidade Virtual do Estado de São Paulo. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP-Campus Assis), onde bolsista PIBIC e PROEX pelos projetos científicos e acadêmicos desenvolvidos. Também, foi representante discente suplente do Departamento de Psicologia Clínica. Atualmente desenvolve trabalhos na área da Psicologia direcionados a políticas públicas na saúde, construção diagnóstica no contemporâneo, formação inicial do psicólogo e patologização da vida. Orcid; <https://orcid.org/0000-0001-7305-3638> Contato: camilaincau@hotmail.com

Recebido em: 31/08/2020

Aceito para publicação em: 26/09/2020