

CONDUTAS INDESEJADAS NA ESCOLA: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA SOBRE A CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE TDAH

UNDESIRED CONDUCT AT SCHOOL: A SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THE CHILD DIAGNOSED WITH ADHD

Cristiana Roth de Moraes Lenzi¹

Rita de Cássia Marchi²

RESUMO

Este artigo decorre de pesquisa, com aporte teórico na Sociologia da Infância, que teve por objetivo geral compreender o que dizem pais e professores sobre a medicalização das crianças para o controle do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A metodologia da pesquisa se caracteriza como qualitativa, descritiva e exploratória. Para a geração de dados foi utilizado análise de documentos técnicos (cartas de encaminhamento, laudos diagnósticos, receitas médicas) entrevistas semiestruturadas com pais/responsáveis e professores de crianças com diagnóstico de TDAH e/ou que fizessem uso de medicamento. O artigo apresenta apenas a análise das falas sobre o comportamento das crianças, tendo sido observado que, mesmo quando a queixa sobre a criança parte dos pais/responsáveis, o problema está relacionado ao comportamento da criança *na escola*, e que as queixas das professoras sobre a agitação e falta de atenção das crianças surgem já na educação infantil, denotando que essas não desempenham adequadamente seu "ofício de aluno". Foi ainda possível perceber, nas falas das professoras, uma visão da infância como problema social e a ideia de uma "crise" relacionada à infância e à autoridade.

Palavras-chave: Escola. Medicalização da Educação. Sociologia da Infância. TDAH.

ABSTRACT

With the theoretical approach on Sociology of Childhood, this research aimed at understanding what parents and teachers reported about the

1 Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC, Brasil. Mestre em Educação pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). E-mail: crismoraeslenzi@gmail.com

2 Professora da Universidade Regional de Blumenau (FURB), com atuação na Pós-Graduação (Mestrado em Educação) e na Graduação (Ciências Sociais), Blumenau, SC, Brasil. Doutorado em Sociologia (UFSC/PARIS V), Pós-Doutorado em Sociologia da Infância (Universidade do Minho, Portugal). E-mail: rt.mc@bol.com.br

medicalization of children to control Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The research methodology is characterized as qualitative, descriptive and exploratory. In order to generate the data collection and a technical documents' analysis was used (referral letters, diagnostic reports, medical prescriptions) semi-structured interviews with parents and teachers of students who were diagnosed with ADHD and/or had been taking the medication. The article only presents the analysis of the speeches on children's behavior has been noted that even when the complaint about the child from either the parents or/ the guardians, the problem is related to the child's behavior *at school*. The teachers' complaints on psychomotor agitation and lack of attention of children had already arisen in early childhood education, indicating that those do not adequately perform their "student task". It was also perceived, through the teachers' testimonies, a vision of the childhood as a social problem and the idea of a "crisis" related to both the childhood and authority.

Keywords: School. Medicalization of Education. Sociology of Childhood. ADHD.

INTRODUÇÃO

Este artigo discute resultados de pesquisa que teve por tema a "medicalização da educação". O tema desperta a atenção pelo significativo aumento, no Brasil, de crianças diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), de ordem psiquiátrica e genética. Assim, a discussão desse problema é crescente nas escolas, nos consultório médicos e na mídia, pois o consumo de medicamentos - como o metilfanidato (Ritalina) - entre jovens de 06 a 16 anos aumentou 73,5% entre 2009 e 2011, segundo dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC, 2012) e 775% nos últimos 10 anos (2005- 2015) segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Tanto a mídia como estudos científicos têm dado destaque, portanto, ao "comportamento hiperativo" de crianças e suas dificuldades na aprendizagem e rendimento escolar, fazendo com que o TDAH seja uma das principais causas do aumento da demanda de crianças e jovens nos consultórios de psiquiatras e psicólogos no Brasil (BARBARINI, 2011).

Como um sintoma dessa situação em nosso país, o Conselho Federal de Psicologia e o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade lançaram, em 2012, a campanha nacional "Não à medicalização da vida". E Freitas (2013), baseada em autores da

área da saúde e da educação, já considera o TDAH uma “epidemia de nosso tempo” devido sua grande incidência em curto período de tempo, argumentando que o que se leva em conta não é tanto o sofrimento da criança e sim o incômodo ou problema que ela causa no meio social.

Recentemente, profissionais e pesquisadores têm criticado a compreensão do TDAH apenas no plano biológico, por ela deixar de fora questões sociais e pedagógicas também envolvidas no problema (BARBARINI, 2011). As críticas consideram que se deslocou o eixo de uma discussão político pedagógica para causas e soluções médicas que estão fora do alcance da Educação. A isso os críticos denominam “biologização” ou “medicalização da Educação” ou da vida escolar: a transformação de questões de ordem social, política e cultural em doenças, distúrbios ou transtornos individuais, vinculando o que não está adequado às normas sociais (e escolares) a uma suposta causa orgânica (COLLARES; MOYSÉS, 1996; MONTEIRO, 2007). Assim, as dificuldades de aprendizagem ou o chamado fracasso escolar são atribuídos a supostos problemas de saúde das crianças, transferindo-se a responsabilidade (da solução de problemas que se manifestam no âmbito escolar) ao sistema de saúde que diagnostica e trata doenças (LUENGO, 2010).

Outro lado dessa questão, no entanto, não se encontra na área da educação nem na área médica, tendo antes a ver com transformações que vêm ocorrendo nas nossas compreensões tradicionais de infância, de criança e de sua educação. Essas transformações são tanto de ordem social (decorrentes das mudanças que atingem hoje instituições sociais centrais como a família e a escola, onde as crianças estão socialmente localizadas; mudanças que estão também relacionadas à Declaração dos Direitos das Crianças, de 1989, que assegura às crianças o direito de participação na sociedade) quanto de ordem epistemológica (com o surgimento de novas disciplinas na área das Ciências Sociais que tomam a infância e as crianças como categorias conceitualmente autônomas).

É, portanto, na área da Sociologia da Infância (SI) - disciplina surgida nos anos 80 do século XX - que aportamos teoricamente este estudo. Essa opção se deve ao fato da SI romper com a forma tradicional das Ciências Sociais (particularmente a Sociologia da Educação e a Sociologia da Família) compreenderem a criança. A SI, ao não se limitar a considerar apenas os papéis sociais de filho e

aluno, realiza uma crítica ao conceito clássico de "socialização" (na vertente estrutural funcionalista), tendo surgido do "[...] 'deslizamento' das ciências sociais em direção à criança ela mesma e seus mundos de vida, depois de haver se concentrado quase que exclusivamente no papel de aluno que esta desempenha." (MARCHI, 2010a, p. 192). Para a SI a infância é uma construção social e histórica e a criança é um ator social que participa ativamente do seu processo de socialização, ou seja, não é um ser passivo neste processo, tal como o definiu, Emile Durkheim, ao fundar a Sociologia da Educação (SARMENTO; GOUVEA, 2009; MARCHI, 2009).

A hipótese deste estudo é a de que, sendo a escola tradicionalmente caracterizada como lugar de controle e disciplinamento e ainda tendo, na atualidade, um caráter essencialmente disciplinador, baseado na autoridade (nesse caso, do adulto/professor sobre a criança/aluno), essa instituição tem dificuldades em lidar tanto com o comportamento autônomo, ativo, quanto agitado, desatento ou desobediente de uma criança e, por isso, a tendência é considerá-lo "desviante" ou "patológico" (como o caso do diagnóstico de TDAH).

A pesquisa se justifica para a comunidade científica pela inexistência de estudos sobre o assunto na cidade onde o estudo foi realizado (Blumenau, SC), e pela falta de estudos que analisem o fenômeno sob a ótica da Sociologia da Infância, já que a maioria das pesquisas encontradas sobre o assunto é das áreas da Psicologia, da Psicopedagogia e da Medicina.

Na sequência desta introdução, discute-se a institucionalização da infância, contextualizando o modelo de escola e de criança construídos na modernidade. Após, apresenta-se breve histórico sobre a instituição e crítica do diagnóstico de TDAH, assim como a atuação da escola diante do problema. Em seguida, apresentam-se a metodologia da pesquisa e discussão de parte dos dados gerados e, por fim, as considerações finais.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E DA SUA EDUCAÇÃO NA MODERNIDADE: A ESCOLA, A DISCIPLINA E O "OFÍCIO DE ALUNO"

Desde as teses de P. Ariès nos anos 60 do século XX - sobre a história social da criança de da família - e, mais recentemente,

com os estudos da Sociologia da Infância, considera-se que as ideias de infância e criança com a qual somos familiarizados são uma construção social que tomou forma no início da modernidade, juntamente com a instalação da sociedade e vida modernas.³ Nesse sentido, autores demonstram que a história da infância é a da luta política por sua definição, educação e controle (MARCHI, 2009).

Embora seja uma história pautada por imagens e representações sociais contraditórias sobre a infância e as crianças, os analistas concordam que, paulatinamente, realizou-se a *institucionalização* da infância, isto é, a construção social de sua *norma*, através da conjugação dos seguintes fatores: 1) A criação da *escola pública* de massas, cuja frequência se tornou obrigatória na 1ª metade do século XIX, tornando-se o lugar, por excelência, de pertença das crianças; 2) A *família nuclear* que se configura em torno da criança e sua educação, em um modelo que substituiu formas de agrupamentos familiares antes existentes; 3) O surgimento de *saberes periciais* sobre a "criança normal", associados a um conjunto de prescrições de natureza médica, psicológica, pedagógica e comportamental, onde a Psicologia do Desenvolvimento desempenhou papel fundamental na geração da imagem da criança como ser biopsicológico em desenvolvimento; 4) A *administração simbólica da infância* com normas, atitudes, prescrições e interdições - nem sempre expressas na lei ou formalizadas - que orientam e constroem a vida das crianças na sociedade; tendo sua progressiva formalização sido iniciada nas primeiras declarações internacionais sobre os direitos das crianças até a atual Convenção de 1989 (SARMENTO, 2004; 2011).

A "norma" da infância é, então, um conjunto de representações, prescrições, obrigações e interdições que configuram práticas consideradas como próprias das crianças e das suas relações dos adultos, que é integrante do seu processo de institucionalização no início da modernidade, e a partir do qual se convencionaram os padrões de "normalidade/anormalidade" infantil. Aqui se destacam os saberes periciais da infância e da criança: Pediatria, Psicologia do Desenvolvimento, Pedagogia (SARMENTO, 2004; 2011).

Para os objetivos deste artigo, cabe destacar que, com o surgimento da escola e disciplina modernas surge, relativamente às

3 Prout (2005) observa que a modernidade deve ser associada não tanto à "invenção" ou "descoberta" da infância ou à sua emergência per se, como afirmou Ariès, mas a uma forma particular que é caracterizada por uma alta e bem marcada separação do mundo adulto.

crianças, aquilo que os sociólogos da infância chamam de "ofício de aluno", pois o modelo organizacional da escola, inspirado no modelo fabril e na "administração científica" ou taylorista das indústrias, permite compreender a aprendizagem como um trabalho e a condição de aluno como um ofício (SARMENTO, 2011).

O "ofício de aluno" é, em síntese, o "aprendizado das regras do jogo" escolar. Ser "bom aluno" é estar disposto a "jogar o jogo" e saber desempenhar um papel que demonstra tanto conformismo quanto competência, sendo necessário incorporar o chamado "currículo oculto" (no qual se aprende as regras implícitas e necessárias na cena pedagógica), além do currículo formal, tornando-se assim um "nativo da cultura escolar". A construção social da infância e da condição e do lugar social próprios da criança (representada pelos 4 eixos estruturantes, acima colocados), estabelece, portanto, o "ofício de aluno" como aquele que a criança deve (bem) desempenhar no meio escolar e, por extensão, no meio social.

A criação da escola pública, na modernidade, está de tal forma vinculada à construção da infância e da imagem da criança moderna, que é possível afirmar que uma decorre da outra. Assim, a criança (no papel social de aluno) está indelevelmente ligada à escola e ao trabalho escolar, pois é a escola, mais que a própria família que, na modernidade, tem o papel de socializar e educar as crianças e, nesse sentido, a escola moderna ocupa-se, desde sua origem, com a "produção de adultos". Com a escola, a infância é instituída como categoria social e as crianças como "futuros cidadãos" em estado de preparação para a vida social plena: pois na escola não se vive, "prepara-se para a vida" (PERRENOUD, 1995). Assim, é do aluno – mais que da criança – que a escola se ocupa: "De algum modo, perante a instituição, a criança 'morre', enquanto sujeito com saberes e emoções, aspirações, sentimentos e vontades próprias, para dar lugar ao aprendiz, [papel] pelo qual é avaliado, premiado ou sancionado." (SARMENTO, 2011, p.588 – aspas no original).

Assim sendo, no conceito de "ofício de aluno" estão presentes tanto as concepções clássicas de socialização, que enfatizam os efeitos da incorporação passiva das normas e valores sociais (na esteira do pensamento de Émile Durkheim que considera a educação como ação unilateral exercida pelos adultos sobre as crianças/alunos); quanto as concepções contemporâneas que enfatizam o caráter "negociado" e de "construção" da identidade pelo indivíduo,

e onde, portanto, a criança é considerada um ator social e parceira no seu processo de socialização (MARCHI, 2010b; SARMENTO, 2011).

A escola, desde sua origem, uniformizou o modo de aquisição e transmissão do conhecimento, ignorando diferenças de classe ou de pertença cultural dos alunos. Estabelecidas, historicamente, a "forma" e a "cultura escolar", o aluno tem, por ofício, que a elas aderir (ou seja, se deixar formatar), deixando em suspenso o que não se adequa a essa cultura (seja sua cultura de origem, seja a cultura de pares infantis), ajustando-se à disciplina, às regras e hierarquia dos estabelecimentos de ensino que frequenta (SARMENTO, 2011). Desempenhar o ofício de aluno, portanto, pode ser um trabalho difícil e de grande esforço, pois as crianças são compulsoriamente levadas a realizar, com relativo sucesso, tarefas que não escolheram ou pelas quais podem não ter interesse (PERRENOUD, 1995).

Para Foucault (1987) a disciplina é a arte de produzir corpos e mentes úteis economicamente e dóceis politicamente, esquadrinhando minuciosamente o tempo, o espaço e os movimentos dos indivíduos em um investimento político denominado "microfísica do poder", encontrado nas escolas, nos hospitais, nas prisões e na organização militar. As técnicas disciplinares utilizam instrumentos como o olhar hierárquico e vigilante, a sanção normalizadora e o exame, que permite qualificar, classificar e punir, estabelecendo sobre os indivíduos uma visibilidade os diferencia e avalia. Também Ariès (1981) descreve o governo dos colégios, a partir do séc. XV, como autoritário e hierárquico, no estabelecimento de um sistema disciplinar cada vez mais rigoroso, caracterizado pela vigilância constante, delação e castigos corporais. Assim, a escola pode ser vista, em seus princípios, como uma "maquinaria de governo da infância" (VARELA-URIA, 1992) um espaço rigidamente ordenado e regulamentado, cumprindo a função política de manutenção da ordem social.⁴

As escolas são instituições que nasceram (...) para as funções de acolher, assistir, moralizar, controlar

4 No momento em que escrevíamos este texto, foi divulgado na mídia notícia sobre um policial nos EUA que tinha algemado, na escola, duas crianças com diagnóstico de TDAH, durante 15 minutos, para controlar seu comportamento. Cabe, portanto, perguntar: por que um policial - que realizava a segurança da escola - foi chamado para controlar crianças no seu interior? (G1 NOTÍCIAS, 2015).

e ensinar (...). O fato de não serem voluntárias, de arrastarem uma tradição centrada explicitamente em disciplinar, de ensinarem conteúdos que não são de interesse para aqueles que ali estão por obrigação, e de terem de controlar grupos numerosos de indivíduos num espaço fechado gerou uma cultura dedicada a manter uma ordem nem sempre de acordo com o que hoje consideramos um tratamento adequado aos menores, como também não se pode garantir que essa “velha ordem” seja a mais adequada para a obtenção de outras finalidades educacionais mais modernas como, por exemplo, propagação de conhecimento, educação de cidadãos cultos e autônomos, incentivo ao gosto pela aprendizagem, etc. (SACRISTÁN, 2005, p. 132).

A escola é, portanto, um meio institucional projetado e regulado pelos adultos que não foi pensada com o objetivo de satisfazer as necessidades das crianças. Carteiras, horário, sucessão de graus e níveis, currículo, provas, professores especializados, não foram constituídos para o bem das crianças, mas para o que os adultos querem fazer delas: “A ordem escolar segue uma lógica econômica, de interesses nacionais, com finalidade de reproduzir rotinas convencionadas pela tradição (...), um regime de vida para o menor, transformado em aluno com base em um sistema escolar que é prévio a ele”⁵ (SACRISTÁN, 2005, p. 138). Também para Canário (2006, p. 37), a escola tem como principal característica “fazer preceder o ensino de uma operação prévia que permita transformar as crianças em alunos, suscetíveis de conhecer e aceitar regras do universo escolar, interiorizando-as”. Assim, esses autores consideram que a atual educação escolar está já obsoleta, configurando a propagada atual “crise da educação”.

Com o surgimento da pedagogia crítica as práticas repressivas como manifestações perversas da “ordem escolar” passaram a ser denunciadas e a violência física (que era prática comum nas escolas até pouco tempo atrás), tendeu a desaparecer. Mas o castigo deixou

5 O termo “menor” foi banido de documentos oficiais e de textos acadêmicos, no Brasil, desde a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei n. 8069 de 1990) porque o mesmo havia se tornado sinônimo de “delinquente”, sendo utilizado apenas para se referir às crianças pobres em conflito com a lei. Aqui, mantivemos a denominação “menores” utilizada por Sacristán (2005), porque este autor espanhol utiliza o termos no estrito sentido de indivíduos “menores de idade”.

de existir? O castigo físico talvez, mas cabe perguntar se não seria a medicalização da educação uma nova forma de disciplinamento das crianças? Para Sacristán (2005), o fim dos castigos físicos não significa que a função que desempenhavam não se realize agora por outros meios, pois é necessário manter a ordem e, para tanto, o autocontrole é fundamental.

Após o auge da sociedade disciplinar descrita por Foucault (1987), Deleuze (1992) descreve uma “crise das disciplinas”, na segunda metade do século XX, que transformou as sociedades disciplinares em sociedades de controle. Sibilia (2012) também destaca que, se no século XIX e princípios do século XX, para fugir do aprisionamento disciplinar bastava pular os muros, hoje, fugir do controle em que estamos “enredados” e sobreviver à saturação da hiperconexão (celulares, tablets, computadores) é bem mais difícil. Nesse sentido, para esta autora, os métodos das escolas já não estão em sintonia com os jovens do século XXI, tendo se tornado incompatíveis com seus corpos e subjetividades; e a escola, assim, seria hoje “uma máquina antiquada” (SIBILIA, 2012, p. 13). Também Renaut (2005, p.68) considera que, nas sociedades democráticas – que erradicaram as tradições e as hierarquias – a escola tornou-se uma espécie de “ilhota de resistência” à democracia, pois está baseada em relações hierárquicas de *tipo natural* entre mestres e alunos.

Feita esta síntese que relaciona os processos sociais e históricos da construção da infância e da escola modernas, cabe concluir que o modelo de infância/criança passa atualmente por uma desconstrução/reconstrução no quadro da chamada “crise” institucional da autoridade, da família, e da escola, e que se reflete em novas condições de vida de crianças em todo o mundo e na chamada “crise social” da infância. A SI interroga, assim, sobre o novo lugar da infância ou o “novo estatuto” da criança na sociedade levando em conta as relações de poder entre as gerações. De forma geral, pode-se dizer que a problematização da visão naturalizada (universal e a-histórica) da infância e da criança, que se manteve por muito tempo sem ser problematizada em seus fundamentos biopsicológicos, começou a ocorrer de forma simultânea às rápidas e intensas transformações sociais ocorridas nas sociedades contemporâneas (MARCHI, 2009). Assim, um “conjunto complexo e associado de rupturas sociais”

é apontado pelos sociólogos da infância como causa e condição dos atuais processos de reconstrução ou “reinstucionalização” da infância na sociedade. A partir da anunciada “crise social” da infância, afirma-se que o lugar social designado às crianças já não é o mesmo de antes e que estes processos estão pondo em causa as representações e imagens sobre a infância e a criança dominantes nos últimos 250 anos (SARMENTO, 2004).

A partir, portanto, das reflexões dos autores, acima expostas, coube a esse estudo levantar a hipótese: considerando que o TDAH é um transtorno identificado a partir de problemas relacionados à vida escolar das crianças seria, talvez, a propalada “crise da infância” (quando definida como um “problema social” porque torna as crianças menos “obedientes” e mais “problemáticas”) um efetivo motivo da atual medicalização da educação? Iguamente, cabe perguntar se não seria hora de nos questionarmos sobre a classificação da “criança com TDAH” que parece justificar a não adaptação, por parte das crianças, às metodologias de ensino que ainda pretendem ensinar tudo a todos, ao mesmo tempo, do mesmo jeito, como sugeriu Comenius há mais de três séculos atrás?

○ TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) – BREVE HISTÓRICO

A primeira referência conhecida do transtorno surgiu em 1865 em um poema de um médico alemão sobre doenças infantis. Mas, a primeira descrição médica, de 1902, é do pediatra inglês George F. Still, sobre condutas infantis relativamente crônicas vistas como “mau comportamento” e que se apresentavam com maior incidência em meninos antes dos oito anos de idade. Para Still o problema era herdado geneticamente, já que membros da família com antecedentes de alcoolismo e depressão, muitas vezes, apresentavam também sintomas do problema (BARBARINI, 2011; BARKLEY, 2006; LIMA, 2005).

A partir de então, se reforça a hipótese de causa biológica para distúrbios comportamentais e cognitivos, sendo criada a categoria “lesão cerebral mínima”, em 1947, para designar crianças com comportamentos semelhantes às das vítimas de encefalite, mas que não haviam sido atingidas pela doença. O termo explicava

transtornos de comportamento, de linguagem e de aprendizado, mas sem a comprovação de lesões estruturais no Sistema Nervoso Central a designação evoluiu nos anos 1950 e 1960 para “disfunção cerebral mínima” (DCM). Com a disseminação do novo termo, crianças com condutas de desatenção, antissociais ou com problemas de aprendizagem passaram a frequentar serviços educacionais especiais, ocorrendo uma expansão do mercado de cuidados médicos para a infância (Psicopedagogia, Psicomotricidade, Neuropediatria) (BARKLEY, 2006; LIMA, 2005).

No entanto, já na década de 1960, o conceito de DCM passou a ser visto como vago e sem evidências neurológicas, sendo substituído por termos como “dislexia”, “transtornos da linguagem”, “dificuldades de aprendizagem”, “hiperatividade”, com base nos déficits observáveis e descritivos do comportamento de crianças. Assim, investigadores clínicos passaram a enfatizar o sintoma mais característico dos transtornos – a hiperatividade, sendo que o termo apareceu na nomenclatura diagnóstica oficial somente na 2ª edição, em 1994, do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-II), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria que contém a classificação dos transtornos mentais. Nessa década ocorre também um afastamento (que só retrocede na década de 1980) entre Europa e América do Norte em relação à compreensão da hiperatividade: divergências sobre estimativas da prevalência do transtorno, critérios diagnósticos e modalidades de tratamento. (BARKLEY, 2006; BARBARINI, 2011).

Na década de 1970 se passa a afirmar que os defeitos primários eram o déficit na atenção e do controle dos impulsos e não a hiperatividade, pois estudos longitudinais mostraram que esta diminuía com o tempo, mas não o déficit de atenção e de controle dos impulsos (BARBARINI, 2011; BARKLEY, 2006; LIMA, 2005). Devido ao desenvolvimento de metodologias mais rigorosas em estudos com fármacos e ao aumento de pesquisas mostrando o efeito que os estimulantes causavam no comportamento hiperativo e desatento de crianças em idade escolar, o tratamento de escolha para esses sintomas passou a ser o uso desses medicamentos e assim permanece até hoje (BARBARINI, 2011; BARKLEY, 2006).⁶

6 Esse uso, no entanto, se iniciou já em 1937, com a descoberta do efeito calmante da anfetamina e a melhora que ela causava no desempenho escolar e no comportamento

Nos anos 80, apesar da eficácia da medicação, a disseminação do seu uso foi criticada por alegações de que a hiperatividade resultava de causas ambientais (avanço tecnológico e mudanças culturais rápidas nas sociedades) ou da ação de pais e professores intolerantes e sistema educacional inadequado. Mesmo sem comprovação da tese, o treinamento dos pais e do comportamento em sala de aula passou a ser indicado como parte da terapia, junto com a administração do medicamento.

Em 2002, diante das múltiplas informações, desinformação e representações sobre o TDAH, um grupo de cientistas internacionais, organizado por Russell A. Barkley, assinou uma Declaração Internacional de Consenso (DIC) sobre a existência do transtorno, suas características e a natureza dos impactos na vida escolar e social dos seus portadores. No entanto, diversos autores criticaram o processo de legitimação do TDAH gerado na publicação da DIC, pelo paradoxo que acreditam que ela contém:

(...) a negação expressa de qualquer processo de 'negociação' social que implique no estabelecimento do conceito nosológico e, ao mesmo tempo, a dependência com relação à opinião pública explícita no próprio sentido do documento: convencer a população da realidade da condição médica e, portanto, biológica, do TDAH. (PEREIRA, 2009, p. 14).

Os críticos assinalam, ainda, que o TDAH é apresentado na DIC como fato fixo, imutável e atemporal, posto que biológico, e defendem outras formas de compreensão do transtorno, pois "... a construção de uma categoria diagnóstica deve ser investigada levando-se em consideração seu contexto sócio histórico." (PEREIRA, 2009, p. 16). Lima (2005) critica as atuais categorias de classificação, por ignorarem as diferenças culturais entre países, e destaca diferenças entre a psiquiatria europeia e a norte-americana e o uso da Ritalina ou Concerta (nomes comerciais do metilfenidato, psicoestimulante mais utilizado atualmente no tratamento do TDAH).

Maria A. Moysés, pediatra e professora da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), critica o diagnóstico do TDAH por não considerar o contexto em que a criança está envolvida, ou seja, a sociedade e suas instituições. Ela questiona o atual uso do DSM-IV

das crianças estudadas.

para o diagnóstico do TDAH afirmando que o que ele apresenta não são critérios de doenças e sim de normas sociais (MOYSES, 2011). Barbarini (2011) também destaca o fato de que o DSM-IV define o TDAH usando, ao mesmo tempo, linguagem técnica e popular, o que permite sua utilização tanto por profissionais quanto por leigos. Outro ponto crítico é a lista de indicações comportamentais permitir inclusão de diferentes manifestações sintomáticas.

Shimizu e Miranda (2012) também destacam a importância do olhar multidimensional para a compreensão do TDAH, pois, estudos internacionais sugerem uma correlação entre esse transtorno e dificuldades no processamento sensorial, que é a capacidade que o indivíduo tem de responder adequadamente às informações que recebe do ambiente e do corpo. Como a aprendizagem depende da integridade desse processo, em caso de dificuldades surge um déficit no desempenho motor, na capacidade de organização e concentração e, conseqüentemente, na aprendizagem escolar. Embora as autoras não afirmem que a sintomatologia do TDAH resulte de um transtorno do processamento sensorial, defendem que pais e professores devam ter maior compreensão do comportamento das crianças com esse transtorno, já que as atuais pesquisas em neuropsicologia pouco consideram sua dimensão sensório-motora, estando mais voltadas às dimensões cognitivas (SHIMIZU; MIRANDA, 2012).

Angell (2012) questiona a própria existência dos transtornos mentais, criticando o fato da indústria farmacêutica financiar pesquisas e colaboradores do DSM, cujas duas primeiras edições refletiam a visão freudiana de doença mental, sendo pouco conhecidas fora da Psiquiatria. Com a publicação do DSM-III (com 182 diagnósticos a mais que as versões anteriores), seu uso passou a ser quase universal: psiquiatras, companhias de seguros, hospitais, tribunais, prisões, escolas, pesquisadores, agências governamentais e médicos de todas as especialidades passaram a utilizá-lo. O DSM se tornou, assim, a bíblia da Psiquiatria, e a cada edição subsequente o número de categorias de diagnósticos se multiplica. Embora sua quinta edição tenha sido publicada em 2013, a DSM-IV (de 1994) ainda está em vigor. Assim, hoje, o diagnóstico de TDAH é fundamentalmente baseado no quadro clínico comportamental de acordo com critérios dos atuais sistemas de classificação como o DSM-IV ou a CID- 10⁷, já que não existe marcador biológico,

7 CID -10: Classificação Internacional de Doenças. É publicada pela Organização Mundial de

eletrofisiológico, nem neuroimagem que tenha utilidade clínica para fins de seu diagnóstico.

Preocupado, no entanto, com o aumento no consumo do metilfenidato e a excessiva medicalização de crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde no Brasil publicou, em outubro de 2015, recomendações para a adoção de práticas não medicalizantes e a publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação do medicamento. A medida ocorreu após a 26ª Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH) do MERCOSUL, (6 de julho de 2015), em Brasília, que afirmou a importância do direito de crianças e adolescentes não serem excessivamente medicados, e recomendou o estabelecimento de diretrizes e protocolos clínicos para a confirmação do diagnóstico de TDAH (BRASIL, 2015).⁸ Nessa publicação encontra-se também indicação de se seguir recomendações de práticas não medicalizantes, divulgadas pelo Conselho Federal de Psicologia, que constam da Cartilha de Medicalização do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

Entre as recomendações da Cartilha destaca-se a “importância de estabelecer momentos de conversa específicos com os usuários crianças e adolescentes, valorizando e potencializando suas percepções e reconhecendo sua capacidade de participar do cuidado de si mesmo.” (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015, p.29). Percebe-se aqui, a aderência a um dos princípios fundamentais da Sociologia da Infância, que é o de considerar a criança um ator social com pleno direito a participar, junto com os pais, de decisões sobre assuntos que lhe dizem diretamente respeito.

A ATUAÇÃO DA ESCOLA

De acordo com estudos, a escola está intimamente ligada ao diagnóstico e ao manejo da criança com TDAH, porque características

Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única que corresponde a um código CID 10.

8 Em junho de 2014, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo já havia publicado a Portaria n. 986/2014 para regulamentar o uso do metilfenidato no tratamento de crianças e adolescentes diagnosticadas com o TDAH. Tal medida gerou discussão e revolta entre médicos e pais de crianças com TDAH, que alegam que a medida pode prejudicar o tratamento das crianças (GRILLO, 2014).

como falta de atenção e de autocontrole são intensificadas nas situações de grupo. Além disso, é na escola que a criança é avaliada/julgada em relação às suas potencialidades e possibilidades e, portanto, é onde se evidenciam problemas de atenção e condutas disruptivas, sintomas que incomodam professores, principalmente se as turmas de alunos forem numerosas.

Os estudos tanto discutem a atuação da escola como espaço privilegiado de reforço ou subversão do diagnóstico do TDAH - já que são educadores, na maioria dos casos, os responsáveis pelo encaminhamento das crianças ao psiquiatra (e que, portanto, participam da diagnose médica) - quanto propõem possíveis medidas para minimizar as dificuldades no processo de aprendizagem quando a criança não encontra adequação às suas necessidades no sistema educacional. Nessas propostas, os autores estendem, portanto, suas críticas à maneira como o sistema de ensino brasileiro está organizado – e que na visão dos autores afeta o desempenho e a adaptação escolar da criança com TDAH. Trata-se aqui de críticas ao fato dos objetivos do ensino-aprendizagem serem os mesmos para todos, tendo como referência o aluno padrão, o que denota homogeneização e inflexibilidade do ensino e avaliação de tipo normativo que desconsidera diferenças individuais. (BARKLEY, 2002; ROHDE et al., 2003; PHELAN, 2005; CONDEMARÍN, GOROSTEGUI, MILICIC, 2006; PEREIRA, 2009).

Parece consenso que as características do TDAH se intensificam na escola, pois é nesse ambiente que a criança deve obedecer normas mais rígidas e manter a atenção de maneira sistemática e por mais tempo. No manual da DSM-IV, encontra-se a afirmação de que geralmente a criança com TDAH é identificada durante os primeiros anos na escola e, para Pereira (2009), essa afirmação diz respeito à própria construção social do diagnóstico, já que relaciona diretamente a não adaptação individual às normas e exigências sociais. Se a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade são comportamentos comuns nas crianças, é apenas o seu excesso que se torna patológico e, portanto, o nível de tolerância para determinados comportamentos em uma instituição normativa como a escola participa dos deslocamentos e redefinições das fronteiras entre o normal e o patológico. Assim, a questão da adaptação ou do sucesso escolar se torna central nesse transtorno, o que acaba por legitimar socialmente sua terapêutica medicamentosa (PEREIRA, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na escola não vivemos: preparamo-nos para a vida.
Na escola, não agimos: preparamo-nos para agir.
(PERRENOUD, 1995, p. 21).

O objetivo geral da pesquisa foi investigar o que dizem pais e professores sobre a medicalização de crianças para o controle do TDAH, a partir das seguintes perguntas de pesquisa: por que as crianças são levadas aos neuropediatras? Em quais contextos surgem queixas do comportamento das crianças? Como ocorrem os encaminhamentos na família e na escola até a prescrição do medicamento?

A pesquisa, de tipo qualitativa e de caráter exploratório, foi realizada em uma escola da rede municipal de Blumenau (SC), tendo sido selecionadas 6 crianças/alunos⁹ e realizadas entrevistas semiestruturadas com seus professores (regentes) e pais/responsáveis. Foram entrevistados 5 professoras (uma professora não aceitou participar da pesquisa), 7 pais e 1 avó. As entrevistas foram gravadas (com autorização dos entrevistados) e transcritas na íntegra. Também foram feitas anotações durante as entrevistas em um diário de campo. Foram ainda analisados documentos técnicos, como cartas da escola ao serviço médico e/ou do serviço médico à escola, laudos diagnósticos e qualquer documento que a escola ou os pais das crianças forneceram de seus arquivos sobre o diagnóstico de TDAH do aluno/filho e a prescrição da medicação. A análise das entrevistas e dos documentos foi feita à luz do aporte teórico do projeto da pesquisa e a partir das categorias de análise surgidas nas entrevistas.

Na análise dos dados foram definidos 4 eixos tendo por referência as crianças: a) encaminhamento, diagnóstico e uso de medicamento; b) queixas sobre o comportamento/conduita da criança; c) desempenho escolar; d) possíveis consequências do uso do medicamento. Neste artigo serão discutidas apenas as falas dos pais e professores no que diz respeito às queixas do comportamento/

9 Foram selecionados pais/responsáveis e professores de 6 das 14 crianças constantes de duas listas fornecidas pelas coordenadoras pedagógicas da escola da pesquisa. Critérios de inclusão: pais/responsáveis e professores de alunos que tivessem diagnóstico de TDAH e/ou fizessem uso de medicamento; que não tivessem outras síndromes genéticas ou lesões neurológicas associadas; que tivessem assinado o TCLE.

conduta das crianças (com diagnóstico de TDAH) na escola e em casa.¹⁰

As crianças em questão, cinco meninos e uma menina, tinham entre 5 e 11 anos de idade e frequentavam, em 2014 (ano da pesquisa), da pré-escola ao 4º ano do Ensino Fundamental. Para situar seus contextos familiar e escolar apresentamos, juntamente com as falas dos entrevistados, os dados que foram levantado através das entrevistas, das anotações no diário de campo e da análise dos documentos.

Perguntado aos pais/responsáveis e professoras sobre como se realizou o diagnóstico de TDAH nas crianças em questão, foi possível perceber que, em todos os casos, a queixa inicial está relacionada à conduta e desempenho da criança na escola, tal como a literatura sobre o tema aponta. Apenas a mãe da “criança 1” faz queixa de seu comportamento também em casa, no entanto, afirma que só decidiu levá-la ao neuropediatra porque ela ainda não estava alfabetizada. Também a avó da “criança 4”, apesar de relatar o comportamento inquieto da mesma em casa, afirmou que sua principal preocupação era o fato dela ter os cadernos em branco, por não copiar a matéria escolar.

CRIANÇA 1: menino, 5 anos, está na pré-escola. Mora com os pais e um irmão de 11 anos.¹¹ Segundo a mãe, ele sempre foi muito agitado:

... o XXX já é mais agitado, ele já é mais irritado.

Os irmãos estudam na escola da pesquisa desde a pré-escola e quando “1” tinha 4 anos a professora na creche informou numa reunião de fim de ano que ele e mais uma colega eram os únicos que ainda não estavam “alfabetizados”. Então, por iniciativa própria, a mãe procurou o neuropediatra. Após um acompanhamento, em 2014 a mãe levou, a pedido do médico, um questionário para a professora preencher e, a partir disso, o médico indicou Ritalina (outubro 2014), embora ainda não tivesse sido fechado o diagnóstico¹².

10 Os outros eixos de análise serão objeto da elaboração de futuros artigos.

11 O irmão mais velho tinha problemas de “falta de atenção” na escola e foi diagnosticado por neuropediatra, aos 10 anos, como tendo “altas habilidades”. Ele foi acompanhado por psicopedagoga, que enviou questionários sobre o comportamento da criança aos pais e professores e, com isso, o médico e a psicopedagoga fecharam o diagnóstico de Déficit de Atenção, receitando Ritalina. Foi a partir dessa primeira experiência que a mãe decidiu tomar iniciativa em relação aos problemas surgidos na escola com o segundo filho.

12 Em setembro de 2015 a mãe desta criança enviou à pesquisadora o laudo do médico confirmando o diagnóstico de TDAH.

CRIANÇA 2: menino, 8 anos, cursa o 2º ano. Mora apenas com o pai que é separado e que trabalha o dia todo, por isso passa parte do dia com a avó. Estuda na escola da pesquisa desde a pré-escola. Reprovou no 2º ano. O pai relata que a escola tem queixas sobre seu comportamento agitado desde a pré-escola e que solicitou consulta com neuropediatra já no 1º ano, quando a criança tinha 6 anos:

Não... porque... com dois, três, quatro anos ele não fazia... Foi quando começou a ir pra escola que aí percebemos que ele não consegue ficar muito tempo parado. Não fica prestando atenção em alguma coisa.

O acompanhamento inicial foi realizado pela mãe que levou a criança à neuropediatra. O pai relata que o diagnóstico e a indicação da medicação ocorreram após algumas consultas. Desde então, a criança usa medicação e faz acompanhamento com neuropediatra. A professora confirma que a queixa partiu da escola já na pré-escola e que a família foi chamada para encaminhamento à neuropediatra no 1º ano:

...falo do XXX quando medicado e falo do XXX quando não medicado. Então o XXX quando medicado, ele tem uma atenção e possibilita a aprendizagem dele...

CRIANÇA 3: menino, 9 anos, cursa o 3º ano. Mora com a mãe e vê o pai, que mora em outra cidade, apenas nos finais de semana. Vai para a escola de manhã e de tarde para a creche, pois a mãe trabalha o dia todo. A primeira queixa – de hiperatividade - partiu da escola (que não era a mesma da pesquisa) quando ela estava com 6 anos, no 1º ano. Inicialmente, a mãe não se preocupou, pois discordava que ela fosse hiperativa:

...o XXX eu esqueço que ele tá em casa, porque ele fica na frente da TV... tu esquece. Ele tá brincando com lego, tu só escuta a hora que ele vira o balde no chão. Anjo assim de quietinho, na dele sabe? Não é aquela criança barulhenta que tá sempre pulando, não, ele deita no sofá e lá ele passa a tarde se deixar.

Um dia a escola pediu autorização à mãe para realizar uma prova com o aluno e ver se poderia ser colocado direto no 2º ano, pois era o mais adiantado da turma. A mãe concordou, mas nenhuma prova foi feita. Mas, um dia a criança chegou em casa dizendo que estava na sala do 2º ano. A mãe, então, decidiu levar a criança em uma psicopedagoga para avaliação e acompanhamento, que após 4 meses, chegou à conclusão de que ela era *normal*. No ano seguinte, a escola insistiu na queixa de hiperatividade e enviou à mãe uma carta de encaminhamento a um neuropediatra. A mãe, então, levou ao médico que realizou o diagnóstico já na primeira consulta. Não concordando com o diagnóstico a mãe trocou a criança de escola (matriculou-a na escola em que a criança estava em 2014, ano da pesquisa). Na nova escola, nova queixa, mas agora de “falta de atenção”. A mãe, depois de muita insistência da escola (com a criança já no 3º ano) levou em outro neuropediatra que, após uma série de avaliações deu o diagnóstico de TDA e receitou Ritalina. A professora confirma que realmente havia queixa de falta de atenção em relação ao aluno e a escola insistiu para que a mãe consultasse um neuropediatra:

Sabe, coisas mínimas ele não conseguia se concentrar, então ele ia pra casa com as tarefas todas incompletas, a avaliação, ou seja lá o que fosse, por isso, por causa da distração dele.

CRIANÇA 4: menina, 9 anos, cursa o 4º ano. Estudou na escola da pesquisa no 1º e 2º ano; no 3º ano foi para outra escola, tendo retornado para a escola da pesquisa em 2014 quando passou a morar com a avó materna, devido à separação dos pais. A avó solicitou a guarda devido aos problemas dos pais com drogas e maus tratos. Repetiu o 3º ano em 2014 por solicitação da avó de quem partiu a queixa inicial, pois percebeu que, já no 1º ano, a criança tinha todos os cadernos em branco. A avó reclamou com a mãe da menina e, por sua solicitação, durante uma consulta pediátrica, a criança (então com 6 anos) foi encaminhada ao neuropediatra receitou medicação, mas a mãe se negou a fazer o tratamento. Após conseguir a guarda da neta, a avó a levou (já com 9 anos) ao mesmo neuropediatra que, na segunda consulta, iniciou o uso de Ritalina:

Olha, ela não consegue ficar parada, tá? Ela não consegue ficar parada em lugar nenhum.

De acordo com a professora, havia queixas sobre o comportamento da aluna já no 1º ano e a escola já havia solicitado consulta com psicopedagoga e neuropediatra nessa época:

Em sala comigo ela até é mais tranquila, mas assim na sala de artes ou na ida e na vinda da educação física, há bastante falas de conflitos que ela tá tendo com a turma.

CRIANÇA 5: menino, 10 anos, cursa o 2º ano (reprovou nessa série duas vezes). Mora com os pais e uma irmã mais velha. Estuda na escola da pesquisa desde a pré-escola quando iniciaram as queixas sobre o comportamento agressivo e desatento do aluno, segundo seu pai:

Ah...ele não queria estudar, se negava a estudar, não queria fazer tarefa, não queria fazer, as coisas da escola pra ele não interessa, não interessava pra ele.

Quando estava no 2º ano (com 7 anos), foi levado - por solicitação da escola - a um neuropediatra que, segundo os pais, receitou Ritalina sem fazer avaliação. Os pais não perceberam melhora com o uso da medicação e decidiram pagar uma escola particular para a criança ter reforço escolar. No ano seguinte, por problemas financeiros, não conseguiram manter a escola particular e decidiram levar em outro neuropediatra que insistiu na medicação sem, segundo o pai, fazer avaliação detalhada. Os pais continuaram a não perceber melhora na escola e acharam que a medicação estava deixando a criança mais irritada. Novamente, trocaram de médico e consultaram um terceiro neuropediatra também indicado pela escola. Este, segundo o pai, realizou uma avaliação mais detalhada. Para a professora, a queixa da escola se confirma, pois o aluno tem comportamento desatento:

Muita [queixa]! Ele é um garoto desatento, não tem interesse por qualquer coisa que você ofereça, não se interessa pela aula.

A professora relata que solicitou reunião para conversar com a mãe do aluno várias vezes, mas que ela nunca compareceu. Em 2015, os pais decidiram trocar de escola (tiraram a criança da escola da pesquisa).

CRIANÇA 6: menino, 11 anos, cursa o 4º ano. Mora com os pais e duas irmãs mais velhas. A mãe relata que o neuropediatra falou que ela (mãe) também tem um pouco de Déficit de Atenção e ela concorda, pois diz que sempre teve muita dificuldade na escola e que por isso queria voltar a estudar. A criança entrou na escola da pesquisa em 2014. Reprovou no 3º ano e no 4º ano. Quando estava no 2º ano (com 7 anos), a escola fez queixa sobre falta de atenção e agressividade e fez um encaminhamento por escrito para neuropediatra. A mãe seguiu a orientação da escola e o levou no neuropediatra que fez o diagnóstico na primeira consulta e, na segunda, depois de 3 meses, receitou Ritalina:

Que que eu vou te dizer...às vezes ele é meio nervoso, teimoso, mas ele é assim mesmo...

Para a professora essa criança apresenta comportamento "violento" que estaria relacionado à "falta de limites" dos pais em casa:

...ele é muito violento nas brincadeiras, ele é uma criança mais...

...E, eu acho que essas crianças que estão na escola hoje são filhos dessa geração que justamente perdeu esse limite, perdeu esse equilíbrio do que pode do que não pode, e como eles não sabem lidar... eles estão passando isso para os filhos.

A epígrafe que abre esta parte do artigo expressa uma visão crítica sobre o tempo que todos nós (quando crianças) passamos na escola: um tempo que "ainda não é", ou seja, na escola nos preparamos para a vida ao invés de, efetivamente, viver. Aqui, percebe-se a crítica que a SI faz à ideia tradicional da criança como o "vir a ser", como um ser do "futuro". Assim, o que se espera das crianças? Que tipo de comportamento elas devem ter? A sociedade entende que, antes de tudo, as crianças estão em fase de preparação para a vida adulta. Essa é, então, a compreensão da maioria das

pessoas ainda hoje: toda criança deve ir para a escola e desempenhar seu "ofício de aluno".

Pode-se perceber, nos depoimentos, o que Collares e Moysés (1996) e também Brzozowski (2009) afirmam em suas pesquisas: o fato de que comportamentos indesejados pela sociedade (e particularmente pela escola) têm sido crescentemente justificados pela existência de "doenças", incluindo-se aí problemas que até pouco tempo atrás não eram considerados e definidos como problemas médicos, mas como características da personalidade, como agressividade, irritação, timidez, apatia, impulsividade, desinteresse, etc.

Segundo Sacristán (2005), as escolas se configuraram com um modelo de funcionamento que servia para acolher, assistir, moralizar, controlar e ensinar grandes grupos de crianças e, apesar dessa "velha ordem" talvez não ser mais adequada para as finalidades educacionais atuais, uma sala de aula exige ainda disciplina, recato e silêncio. Essa ordem disciplinar e disciplinadora é tutelada por relações de poder que decidem quem, quando, e o que se fala. Então, o bom aluno é aquele que utiliza os espaços e tempos escolares adequadamente, o que obviamente não inclui a criança hiperativa.

As normas e fases do desenvolvimento do indivíduo rumo à maturidade foram definidas pela normalização da infância e pela Psicologia do Desenvolvimento (CASTRO, 1996; SARMENTO, 2004, 2011; MARCHI, 2009). Com isso, desvios e comportamentos indesejáveis dos que fogem ao modelo são vistos como problemas na escola. Para Castro (1996), embora o desenvolvimento de cada criança seja também resultado das suas condições socioculturais, isso parece não ser levado em consideração nos casos de TDAH, pois o que está em jogo, nas avaliações e diagnósticos, é uma norma ou modelo universal que abrigaria, por definição, todos os casos. Para Barbarini (2011), sociedade e psiquiatria andam juntas no processo de medicalização da infância e embora o TDAH seja em parte socialmente construído, é visto como algo exclusivamente natural:

Percebe-se, assim, quão ligado está o TDAH com a sociedade, em especial com as exigências sociais impostas às crianças, indivíduos que ainda não são (vir-a-ser), mas que já devem se preparar para a vida adulta. Seus desempenhos e comportamentos passam

pelo crivo da legitimidade científica, que os ressignifica em termos de saúde, doença e transtorno mental e os distingue entre normais e patológicos, oferecendo aos últimos um tratamento adequado para que se possa alcançar o bem estar, a tranquilidade e a normalidade. (BARBARINI, 2011, p. 162).

Ou seja, os sintomas do TDAH são comportamentos infantis “ressignificados” pela sociedade que compreende os comportamentos de agitação e falta de atenção das crianças como resultado de falhas na educação de pais e professores. Em termos populares pode-se falar em falta de uma “boa cintada”. Essa forma popular de pensar a educação de crianças foi assimilada pelos médicos de modo que esses se fizessem compreender pelos “leigos” em suas prescrições, mas também foi modificada pelo discurso científico de modo a adotar características racionais e científicas (BARBARINI, 2011, p. 162).

Sendo a queixa sobre o comportamento da criança o ponto de partida para o diagnóstico do TDAH e sendo essa uma doença sem cura, já que o tratamento é de controle dos sintomas, Barbarini (2011) questiona se, afinal, o transtorno se torna uma característica pessoal ou uma característica pessoal se torna o transtorno:

A agitação, por exemplo: não se tem agitação, mas se é agitado. Portanto, é uma característica pessoal. Ressignificado, a partir de seu vínculo com o TDAH, esse comportamento torna-se sintoma do transtorno (a hiperatividade) e, por ser entendido como algo fora do normal, (...), assume um significado negativo, tornando-se uma característica pessoal patologizada. (BARBARINI, 2011, p. 162).

Quando o aluno apresenta comportamento que foge ao padrão exigido pela sociedade (e pela escola), fica sujeito à observação e intervenções do sistema escolar. Assim, para que ele se torne apto a participar de uma vida escolar produtiva, seu tratamento é necessário (LUENGO, 2010). Através da naturalização do discurso científico, o sofrimento e os riscos associados ao TDAH são vistos, portanto, como causadores de uma desadaptação social e do insucesso escolar (PEREIRA, 2009). A professora da criança 5 fala: “... [o aluno] não tem interesse por qualquer coisa que você ofereça, não se interessa pela aula.”

A esse respeito Perrenoud (1995, p. 18), questiona:

Qual o aluno que poderá interessar-se profundamente pelo seu trabalho quando este é tão fragmentado, desconexo, caótico, ao sabor das mudanças de atividades e de disciplinas, do ritmo das campanhas e de outros toques, da contínua troca de professores e dos respectivos temperamentos, das pressas e dos tempos mortos? Qual o aluno que poderá, por imposição, (...) escutar ou concentrar-se, falar ou escrever, questionar ou responder só porque recebeu a ordem do professor, no momento determinado que este julga oportuno?

O mesmo autor argumenta que, apesar de muitas soluções já terem sido propostas (como escolas novas, métodos ativos, pedagogias diferenciadas, etc.), estas permanecem como realidades distantes. Mas mesmo que o professor tente reinventar sua pedagogia, a administração escolar espera que eles não se afastem dos programas e que, ao menos em parte, sigam as metodologias oficiais, assegurando assim homogeneidade dos conteúdos e das normas do sucesso escolar. Além disso, quando se foge muito à regra, chama-se a atenção não só da administração escolar, mas também dos pais (PERRENOUD, 1995).

Luengo (2010, p. 120) também destaca que, assim como a criança, o professor também é alvo de imposições, de exigências de produtividade impostas socialmente, ou seja, produto de um sistema político e social ao qual precisa corresponder.

Canário (2006), destaca uma crise de identidade profissional, resultado da ruína das crenças fundantes dos sistemas escolares, da escolarização massiva e do crescimento do número de professores, que levou à desvalorização ("proletarização") da profissão e à "invasão" da escola - através da democratização do acesso e da heterogeneidade do público escolar - por problemas sociais que lhes eram exteriores, o que trouxe novos e difíceis desafios (como as crianças com TDAH, por exemplo).

Sendo a queixa de falta de atenção a mais presente nos discursos proferidos pelos professores entrevistados ("constantemente tem que estar chamando a atenção dele, para ele prestar a atenção", "... coisas mínimas ele não conseguia se concentrar", "Ele é um garoto desatento...") cabe a reflexão de Perrenoud (1995) de que

talvez o professor não consiga a atenção que deseja porque as crianças têm outros desafios e projetos que as mobilizam mais, ou que lhes são mais significativos que a aula que lhes é proposta e não, necessariamente, porque sejam apáticas ou 'não se interessem por nada'.

Mesquita (2009, p.131) associa os conceitos "desconcentração/desatenção" às dificuldades de aprendizagem e "inquietação/agitação" aos desvios de comportamento:

Tendo em vista que as dificuldades de aprendizagem e os desvios de comportamento sintetizam os problemas apresentados na relação professor-aluno e enfatizados no contexto escolar atual, pôde-se observar que o TDAH torna-se um diagnóstico bastante maleável para a nomeação dos problemas escolares.

Assim, a maleabilidade do diagnóstico do TDAH está presente nos discursos dos professores e confirmada no fato de enquadrar crianças com comportamentos diversos: os agitados e os quietos, os muito inteligentes e os poucos dotados, os hiperconcentrados e os distraídos, os indisciplinados e os apáticos; o que leva a crer, segundo Mesquita (2009), que esse diagnóstico é o atual protótipo da "criança problema".

Outra possível justificativa para as queixas de agitação, desatenção e irritabilidade pode ser uma dificuldade no processamento sensorial das crianças como sugerem Shimizu e Miranda (2012), pois, se a aprendizagem depende desse processamento, tal dificuldade gera alterações de comportamento. Apesar desse transtorno ter também origem orgânica, seu tratamento não é medicamentoso, mas realizado através de atividades lúdicas pela Terapia de Integração Sensorial (TIS)¹³ (GASSEN; CRUZ, 2012).

Assim, parece que as crianças em questão não desenvolveram as aptidões necessárias ao chamado "ofício de aluno" que, a partir da Modernidade, se tornou próprio de toda e qualquer criança. Elas não desempenham bem sua função produtiva no seio da organização escolar, desrespeitam normas, não utilizam as técnicas necessárias para desenvolver seu trabalho, não aprendem, enfim, as regras do

13 A TIS oferece informações sensoriais através de brincadeiras e atividades com materiais de diferentes texturas, formas e consistência, desafiando a capacidade de responder aos estímulos recebidos (GASSEN; CRUZ, 2012).

jogo escolar. Essas crianças/alunos não se adequaram, portanto, à cultura escolar, não ajustando a disciplina do corpo e mente às regras e hierarquias da sua escola (PERRENOUD, 1995; SARMENTO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tornou-se lugar comum na sociedade a compreensão de que as crianças hoje não são “as mesmas de antes”. Expresso como queixa ou simples constatação, esse entendimento já se constitui como problema sociológico que divide a opinião de especialistas em torno da suposta “crise social da infância”. Foi possível perceber, nas falas das professoras entrevistadas, certa apropriação e vulgarização dessa ideia de crise da infância que passaria pela crise da autoridade (dos pais e professores). Divergências à parte, estudiosos do tema entendem que essas “crises”, são sintomáticas de nossa época e apontam o fato de que as tradicionais ideias sobre a infância já não parecem adequadas na atualidade, tendo sido deslocado o lugar da criança na sociedade e, em consequência, colocado em xeque os tradicionais modos de educar. Isso sugere um esgotamento do “modelo” de infância/criança surgido na modernidade (MARCHI, 2009; BARBIANI, 2008).

As queixas sobre o comportamento das crianças – motivos pelos quais elas são levadas ao médico - surgem sempre na escola e, na maioria dos casos, já na educação infantil. As queixas são de agitação e falta de atenção, que fazem com que as crianças não desempenhem bem sua função produtiva no seio da organização escolar, isto é, não exerçam de forma adequada seu “ofício de aluno”. Neste sentido, são crianças/alunos que não se adequaram às regras e hierarquias do contexto escolar e são, por isso, submetidas ao escrutínio da medicina, estabelecendo, assim, uma relação de submissão da pedagogia a uma medicina guiada pela psiquiatria biológica, que avalia a criança destacada de seu contexto social e cultural, retirando a responsabilidade do sistema educacional e camuflando possíveis outros motivos que levam a criança a ter dificuldades de aprendizagem (LUENGO, 2010).

A SI possibilita que pesquisadores adotem uma visão sobre o TDAH mais ampla e mais focada nos interesses da criança. Assim, sugerimos que um problema está no fato da educação infantil

esperar das crianças, cada vez mais cedo, resultados (habilidades) que, em tese, só deveriam ser esperados/alcançados no ensino fundamental: ler, escrever, contar. Outro, é o fato da escola manter uma visão da educação centrada na normalização, ignorando a criança como ator social, contrariando o que defende a Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1989, o Estatuto da Criança e do Adolescente, no Brasil, de 1990, e os atuais estudos sociais da infância. Também o fato dos médicos, na construção do diagnóstico do TDAH, costumarem ignorar o contexto em que as crianças vivem, não ouvindo pais e demais familiares, além de não ouvirem a própria criança, não considerando nem valorizando suas percepções, como orienta o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Esta pesquisa poderá contribuir, por seu tema, com estudos também na área dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, mas não coube a ela apontar responsáveis pela medicalização da educação, nem soluções para o problema. No entanto, realizamos reflexões que destacam o caráter político da instituição escolar na forma como foi e é constituída: como maquinaria onde hoje a medicalização se coloca como dispositivo emergente do controle da infância, gerando a exclusão dentro da inclusão; nesse sentido, repensar também uma atuação da escola que não esteja unicamente comprometida com a (re)produção da ordem social (papel que está na base do surgimento da escola moderna), mas que se volte à superação dos diferentes tipos de desigualdades presentes no contexto educacional: uma escola comprometida com a democracia, os direitos humanos e que esteja física e simbolicamente aberta a todos os públicos. Se essa já pode ser vista hoje como, talvez, uma visão utópica de uma escola ideal, o caminho a ser trilhado passa por repensar o trabalho dos educadores, sua formação e atuação pedagógica, as metodologias de ensino, visando uma compreensão mais alargada da educação, para além da aprendizagem individual contabilizada em resultados padronizados e perfeitamente mensuráveis.

REFERÊNCIAS

ANGELL, Márcia. A epidemia de doença mental. *Revista Piauí*. n. 59, abril, 2012. p. 1-14. Disponível em: <<https://psicologianicsaude.files.wordpress.com/2012/11/revista-piauc3ad-59-a-epidemia-de-doenca-mental.pdf>>.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARBARINI, Tatiana de Andrade. *O controle da infância: caminhos da medicalização*. 2011. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – UNICAMP, Campinas. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000827353&fd=y>>.

BARBIANI, Rosângela. *Da sala de aula à sala de atendimento: a produção do usuário do Programa de Saúde Escolar do Município de Porto Alegre*. 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <file:///C:/Users/CRISTIANA/Downloads/000649085.pdf>.

BARKLEY, Russell A. *Transtorno de déficit de atenção - hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARKLEY, Russell A. e col. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento*. 3 ed. Artmed: São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações do Ministério da Saúde para a 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*. *Portal da Saúde*. Brasília, DF, 01 out. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda---es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza---o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>>.

BRZOZOWSKI, Fabíola S. *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: Medicalização, classificação e controle dos desvios*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92393/265013.pdf?sequence=1>>.

CANÁRIO, Rui. *A escola tem futuro? Das promessas às incertezas*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CASTRO, Lucia Rabello. O lugar da infância na Modernidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 307-335, 1996.

COLLARES, Cecília A. L.; MOYSES, M. Aparecida A. *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996.

CONDEMARÍN, Mabel; GOROSTEGUI, María Elena; MILICIC, Neva. *Transtorno do déficit de atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

DELEUZE, Gilles. "Post-scriptum sobre as sociedades de controle". In: *Conversações: 1972- 1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, p. 219-226, 1992.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Grupo de Trabalho Educação & Saúde. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação*. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf>.

- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREITAS, Cláudia Rodrigues de. A Medicalização Escolar – Epidemia de Nosso Tempo: O Conceito de TDAH em Debate. In: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 36, 2013, Goiânia. *Anais...* Goiânia: ANPED, 2013. p.1-16. Disponível em: < http://36reuniao.anped.org.br/pdfs_trabalhos_aprovados/gt15_trabalhos_pdfs/gt15_3149_texto.pdf>.
- G1 NOTÍCIAS. Vídeo mostra policial algemando criança de 8 anos em escola dos EUA. *G1*, São Paulo, 04 ago. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/08/video-mostra-policial-algemando-criancas-em-escola-dos-eua.html>>.
- GASSEN, Patrícia H; CRUZ, Rogério L. Integração Sensorial. In: ASSIS, Rodrigo D. (org.). *Condutas Práticas em Fisioterapia Neurológica*. Barueri, SP: Manole, 2012. p. 278-296.
- GRILLO, Fabiana. Médicos e pais se revoltam com restrição ao uso de ritalina por crianças em São Paulo. *R7 Notícias*, São Paulo, 19 jul. 2014. Disponível em: < <http://noticias.r7.com/saude/medicos-e-pais-se-revoltam-com-restricao-ao-uso-de-ritalina-por-criancas-em-sao-paulo-21072014>>.
- LIMA, Rossano C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de biodividades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.
- LUENGO, Fabiola C. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.
- MARCHI, Rita de Cassia. As Teorias da Socialização e o Novo Paradigma para os Estudos Sociais da Infância. 2009. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 34, jan/abr 2009. p. 227-246.
- _____. Ofício de aluno e ofício de criança: articulações entre a sociologia da educação e a sociologia da infância. *Revista Portuguesa de Educação*, Braga, v. 23, n. 1, 2010a. p. 183-202.
- _____. A teoria social contemporânea e a emergência da “sociologia da infância” na segunda modernidade: aspectos teóricos e políticos. In: MÜLLER, Fernanda (org). *Infância em perspectiva: políticas, pesquisas e instituições*. São Paulo: Cortez, 2010b. p. 85-109.
- MESQUITA, Raquel C. *A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional*. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: < <http://www.biblioteca digital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-826PZP/1000000758.pdf?sequence=1>>.
- MONTEIRO, Helena R. Medicalização da vida escolar. *Pesquisas em Educação*, Rio de Janeiro, p. 68-78, 2007.
- MOYSÉS, Maria A. A. A droga da obediência. *Carta Capital*, São Paulo, 20 fev. 2011. Entrevista concedida a Lívia Perozim. Disponível em: < <http://www.cartacapital.com.br/carta-fundamental-arquivo/a-droga-da-obediencia/>>.
- PEREIRA, Clarice de Sá Carvalho. *Conversas e controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico nacional e educacional brasileiro*.

2009. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/4001/2/000041.pdf>>.

PERRENOUD, Philippe. *Ofício de aluno e sentido do trabalho escolar*. Porto: Porto Ed., 1995.

PHELAN, Thomas W. *TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamento: crianças e adultos*. São Paulo: M. Books, 2005.

PROUT, Alan. *The Future of Childhood*. London: Routledge Falmer, 2005.

RENAUT, Alain. *A Libertação das Crianças – A Era da Criança Cidadã: Contribuição Filosófica para uma História da Infância*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

ROHDE, Luiz A. e cols. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SACRISTÁN, José G. *O aluno como invenção*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SARMENTO, Manuel Jacinto. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. In: SARMENTO, Manuel J. e CERISARA, Beatriz. *Crianças e miúdos: perspectivas sócio-pedagógicas da infância e educação*. Porto: Asa, 2004. p. 1-22.

_____. A reinvenção do ofício de criança e de aluno. *Atos de Pesquisa em Educação*, Blumenau, v. 6, n. 3, set./dez. 2011. p. 581-602. Disponível em: < <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/2819/1825>>.

SARMENTO, Manuel Jacinto; GOUVEA, Maria C. S. *Estudos da infância: educação e práticas sociais*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 277 p.

SHIMIZU, Vitoria Tiemi; MIRANDA, Mônica Carolina. Processamento sensorial na criança com TDAH: uma revisão da literatura. *Revista Psicopedagogia*, v. 29, n. 89, 2012. p. 256-268. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862012000200009&script=sci_arttext>.

SIBILIA, Paula. *Redes ou paredes: a escola em tempos de dispersão*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.

SNGPC. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia*, ano 2, n.2, jul./dez. 2012. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>.

VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando. A Maquinaria escolar. *Teoria & Educação*. São Paulo, n. 6, p.68-96, 1992.

Submetido em Abril 2017

Aceito em junho 2017

Publicado em Setembro 2017