

TDAH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ESTUDO COM PROFESSORES EM UMA ESCOLA PÚBLICA DO SUL DO BRASIL

*ADHD in children and adolescents: study with teachers in a public school in the south
of Brazil*

Fernanda Martinhago¹
Sandra Caponi²

Artigo encaminhado: 23/12/2018

Aceito para publicação: 26/11/2019

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar as estratégias dos professores para a identificação e intervenção mediante comportamentos que indicam o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes de uma escola pública do sul do Brasil. Participaram da pesquisa 15 profissionais da escola, incluindo o diretor, uma coordenadora pedagógica e 13 professores. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, grupo focal e aplicação de questionários com questões abertas. Considera-se que a escola se constitui como uma engrenagem fundamental para a existência do TDAH, pois é dali que vêm as queixas escolares, professores reclamando dos seus alunos, que são crianças inquietas, não prestam atenção nas aulas, que agem impulsivamente e conseqüentemente não aprendem. Estes aspectos que compõem o ambiente escolar se configuram como fonte para a consolidação do TDAH, que se constitui como um transtorno psiquiátrico. Neste sentido, não se pode desconsiderar a busca dos pais e dos professores por uma “solução” imediata dos problemas cotidianos.

Palavras-chave: Medicalização. TDAH. Saúde. Educação.

ABSTRACT: This study aims to analyze teachers' strategies for identification and intervention through behaviors that indicate the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents of a public school in the south of Brazil. Fifteen school professionals participated, including the director, a pedagogical coordinator and 13 teachers. Data collection was done through interviews, focus group and application of questionnaires with open questions. It is considered that the school constitutes a fundamental cog in the existence of ADHD, because that is where school complaints come from, teachers complaining about their students, who are restless children, do not pay attention in classes, who act impulsively and consequently do not learn. These aspects that make up the school environment are the source for the consolidation

¹ Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Antropología y Comunicación pela Universitat Rovira i Virgili (Espanha). Doutora em Ciências Humanas pela UFSC. Mestre em Saúde Coletiva pela UFSC. Psicóloga. martinhagofernanda@gmail.com

² Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência pela UNICAMP. Filósofa. Professora Titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da da Universidade Federal de Santa Catarina e professora permanente do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC. sandracaponi@gmail.com

of ADHD, which constitutes a psychiatric disorder. In this sense, the search of parents and teachers for an immediate "solution" of daily problems can not be disregarded.

Keywords: Medication. ADHD. Health. Education.

1 INTRODUÇÃO

O modo de compreender a infância revela-se na maneira pela qual cada grupo social entende o que seja um desenvolvimento saudável para a criança. Os cuidados e a educação para a infância fazem parte de um campo multidimensional que envolve aspectos culturais, históricos, políticos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos, entre outros, requerendo perspectivas que superem os limites disciplinares rígidos e definam políticas sustentadas em “saberes interdisciplinares e abordagens sistêmicas, que avancem sobre a mera identificação de relações de causa-efeito e sobre a análise isolada dos contextos imediatos em que a criança se desenvolve” (COELHO, 2007, p. 6).

A interface entre a saúde e a educação está consolidadas no que diz respeito às políticas direcionadas para o público infantojuvenil. A Constituição Federal de 1988 incluiu no artigo 227 o texto em que cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (BRASIL, 1988). A Convenção dos Direitos da Criança (1989) foi promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 e, posteriormente, esses direitos são reafirmados no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), de acordo com a Lei 8.069, de 13 julho de 1990 (BRASIL, 1990). O ECA dispõe sobre proteção integral e propõe que a política de atendimento em saúde à crianças, adolescentes e familiares ocorra de forma articulada com outras políticas, estabelecendo como garantia de prioridade (BRASIL, 1990, Art 4º ECA). O Estatuto atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito “à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, Art. 7º ECA).

A atenção à saúde mental para crianças e adolescentes está integrada com a educação por meio do Programa Saúde Escola (PSE). Este Programa compõe uma política nacional, que iniciou em 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e

atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O PSE é uma estratégia para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de saúde da família e da educação básica. Dentre as ações do PSE, destacam-se as mais relacionadas ao campo da saúde mental, como: a avaliação clínica e psicossocial, prevenção e redução do consumo do álcool e uso de drogas e a educação permanente em saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com as perspectivas que regem as políticas de saúde mental, os serviços de saúde mental infantojuvenil precisam adotar funções sociais que ultrapassem a prática técnica do tratamento e se revelem em ações de acolhimento, de escuta, de cuidado, de modo que, possam melhorar a vida das pessoas com algum sofrimento psíquico, considerando suas singularidades e conquistas, de acordo com suas condições (BRASIL, 2005).

Apesar dos avanços das políticas que asseguram atenção integral as crianças e adolescentes no âmbito da saúde e educação, nota-se um recrudescimento do processo de medicalização deste público. O termo medicalização surgiu mediante a prática de biologização da Educação pela ciência médica, realizada somente pelos médicos. Atualmente, com a criação e ampliação das áreas de conhecimento, outros profissionais estão envolvidos neste processo junto aos médicos, promovendo uma prática biologizante. A ampliação deste processo, que ultrapassa os limites da prática médica, se denomina patologização (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Vale ressaltar que a patologização deriva do termo patologia, originado da palavra grega *phatos*, que se traduz em assujeitamento ou passividade, e no latim é usada a expressão *patere* que significa sofrimento (LUENGO; CONSTANTINO, 2009). Já a medicalização é o processo de transformar questões de origem social e política em questões médicas, buscando no campo médico a solução para os problemas. É baseada em uma concepção de ciência médica que entende o processo saúde-doença centrado no indivíduo, com enfoque biológico e organicista (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Para Foucault (1994), o termo medicalização se refere ao processo de integração das condutas, do comportamento e do corpo humano ao sistema de funcionamento da medicina, o qual está cada vez mais amplo, ultrapassando as questões relacionadas às doenças. A medicalização é caracterizada por esta

função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico.

Conrad (2007) esclarece a medicalização é descrita como um processo, em que é concebida como um problema pertinente à medicina e que necessita de uma intervenção médica. O principal aspecto sobre a medicalização é que uma entidade vista como doença ou não doença é considerada como um problema médico.

O processo de medicalização representa a biologização dos conflitos sociais, o que aponta para o reducionismo biológico, no qual a situação de vida e o destino dos sujeitos estão determinados por características individuais. Neste contexto, os aspectos sociais, políticos, históricos e econômicos parecem que pouco influenciam na vida dos sujeitos, a responsabilidade sobre a situação é inteiramente do indivíduo. Dentre a medicalização de diversas áreas sociais, a educação vem sendo alvo deste processo em função da saliência do fracasso escolar, em que o problema, geralmente, é direcionado ao estudante que não aprende, como se estas dificuldades fossem inerentes apenas a este sujeito, tornando obscuros os demais aspectos que permeiam o fracasso escolar. Os demais contextos que fazem parte do cotidiano do sujeito, como a família, a escola, as políticas, são considerados em segundo plano ou isentos dos problemas relacionados ao ensino-aprendizagem (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

A medicalização gera um aumento significativo de diagnósticos de transtornos mentais no público infantojuvenil, o qual é legitimado nas últimas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). No DSM-IV, conforme reconheceu Allen Frances (2016) - chefe da força da tarefa de execução do Manual -, houve imprevistos na elaboração que desencadearam falsas epidemias de transtornos mentais infantis, como: autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar infantil. “O método de elaboração do DSM-IV precisaria dar ênfase a moderação, com intuito de protegê-lo da individualidade, da arbitrariedade e da criatividade diagnóstica” (FRANCES, 2016, p. 13).

No DSM-5 (APA, 2013), última edição do manual de transtornos mentais, o TDAH e outros transtornos (Deficiências Intelectuais, Transtornos da Comunicação, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno Específico de Aprendizagem, Transtornos Motores) foram denominados como “Transtornos do

Neurodesenvolvimento”. Esta denominação diz respeito a transtornos que se manifestam durante o desenvolvimento da criança, geralmente antes da idade escolar. As principais características desses transtornos são os déficits de desenvolvimento que englobam limitações específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas, gerando prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. Os critérios diagnósticos do TDAH incluem dois subtipos: 1) desatenção e/ou 2) hiperatividade e impulsividade. Salienta-se que uma criança ou adolescente que apresenta sintomas somente relacionados a um dos dois subtipos é diagnosticada com TDAH.

O contexto escolar aparece como um lugar propício para identificar tais problemas relacionados ao comportamento, pelo fato de algumas crianças não seguirem as regras da escola, como ficarem sentadas, caladas e prestando atenção nas aulas por várias horas. O comportamento das crianças não corresponde às expectativas dos professores, os quais relatam suas queixas aos pais que encaminham seus filhos para uma avaliação psiquiátrica, já com indício de algum desvio (LUENGO; CONSTANTINO, 2009).

Diante deste cenário, este estudo tem como objetivo analisar as estratégias dos professores para a identificação e intervenção mediante comportamentos que indicam o diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes de uma escola pública do sul do Brasil.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa de campo foi desenvolvida em uma Escola pública, fundada em 1950, localizada em um município do sul do Brasil, que atende em torno de 370 estudantes. Essa Escola, especificamente, foi o território da investigação devido ao contato com uma professora que atuava nesta instituição e relatou que haviam alguns estudantes com TDAH e que seria interessante o desenvolvimento da pesquisa neste espaço. Em um primeiro contato com a Escola, a pesquisadora foi convidada para ministrar um minicurso sobre TDAH para os professores. Esse minicurso fez parte de uma série de outros minicursos que integravam o projeto de formação continuada dos professores. O motivo que suscitou a direção a solicitar o minicurso foi a escola ter alguns estudantes (em torno de cinco) diagnosticados com TDAH e muitos outros com suspeita, por

parte dos professores, do transtorno. No entendimento da direção da escola havia muitas dúvidas do professorado sobre tal transtorno. Sendo assim, ficou acordado que seria ministrado um minicurso de quatro horas e, posteriormente, desenvolvidas atividades pertinentes à pesquisa, como: grupo focal, aplicação de questionários e entrevistas.

Para que o minicurso não provocasse muita influência nos professores durante a coleta de dados, a pesquisadora buscou se manter de forma mais neutra possível, expondo conceitos básicos sobre a temática e apresentando um estudo de caso já publicado. O conteúdo deste estudo de caso discute a situação de um estudante em uma escola pública diagnosticado com TDAH e o direcionamento que os profissionais da saúde, educação e justiça dão ao caso.

Antes de iniciar as atividades, em específico no que diz respeito à pesquisa, foi apresentado o projeto e explicados os procedimentos éticos de pesquisa, como a garantia do sigilo e anonimato dos participantes do estudo, a liberdade de não participação ou desistência durante todo o período da pesquisa, conforme a Resolução 466/2012. Posteriormente, foi entregue o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” - TCLE, para leitura e assinatura daqueles que desejavam participar da pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme o parecer número: 1.737.689.

Participaram do minicurso 20 profissionais da Escola, entre eles, o diretor, duas coordenadoras pedagógicas, uma professora, que atualmente exerce funções administrativas, e 16 professores que atuam em sala de aula do 1º ao 9º ano. Entretanto, apenas 15 profissionais participaram da pesquisa: o diretor, uma coordenadora pedagógica e 13 professores. Para manter o anonimato, a identificação dos participantes no texto foi designada por números de “1 a 15”, distribuídos aleatoriamente, e os nomes dos estudantes citados foram trocados por nomes fictícios. Considerou-se que este número de participantes apresentou dados suficientes para exaurir as informações sobre a temática da pesquisa neste campo.

Após as atividades do minicurso, aproveitando que não havia aulas nesse dia e os profissionais estavam reunidos, foi organizado um grupo focal. Neste grupo, discutimos a temática TDAH, bem como os “casos” que faziam parte daquela escola, já que, durante o curso, foi exposto pelos professores a

existência de diversos “Wilsons” (nome do estudante do caso exposto) no contexto escolar. O grupo focal foi escolhido como um dos instrumentos para coleta de dados por proporcionar a interação entre os participantes, e não somente com a pesquisadora, o que favorece uma discussão ampla, apresentando diversas perspectivas e experiências, promovendo assim um debate (BARBOUR, 2009).

No segundo momento, houve a aplicação de um questionário aberto com os participantes, no intuito de obter a percepção individual sobre TDAH e demais informações sobre o contexto escolar que estavam relacionadas com este transtorno. Segundo Triviños (1987), o questionário aberto é uma técnica que possibilita a investigação dos processos nos quais o pesquisador está interessado, assim como a própria entrevista, entre outras técnicas.

Além da coleta de informações, os questionários foram utilizados para fazer um mapeamento (triagem) dos professores que reconheciam em seus estudantes comportamentos que indicavam para o diagnóstico de TDAH. Esta seleção resultou no agendamento de seis entrevistas com professoras. Apenas quatro professoras compareceram à entrevista. Vale salientar que a entrevista aberta é bastante útil para se ter acesso às atitudes e valores das pessoas, o que não é possível observar em um questionário. As perguntas abertas e com maior flexibilidade “[...] proporcionam melhor acesso às visões, às interpretações dos eventos, aos entendimentos, às experiências e às opiniões dos entrevistados” (SILVERMAN, 2009, p.111).

Ressalta-se que as informações relacionadas às observações da pesquisadora na Escola foram registradas em um diário de campo. Segundo Angrosino (2009, p. 74), a observação é “o ato de perceber um fenômeno, muitas vezes com instrumentos, e registrá-lo com propósitos científicos”. Além disso, o autor complementa que a observação participante é recomendada para pesquisas desenvolvidas em contextos específicos, como é o caso das escolas.

As limitações da pesquisa ocorrem devido a algumas impossibilidades durante a trajetória de investigação. Na escola, os discursos provenientes do grupo focal e das entrevistas não foram gravados. O motivo foi o de proporcionar maior liberdade aos professores para falarem sobre suas dificuldades com os estudantes. A direção já havia comentado que esta escola “atende muitos filhos de presidiários e muitos pais estão envolvidos com a criminalidade”, fatos que

talvez inibiram os relatos dos professores. Apesar de não utilizar gravador, observou-se que os relatos sobre o contexto em que os estudantes viviam e seus familiares foi bastante restrito ou dito como desconhecido. A disponibilidade dos professores para participar da entrevista também foi bastante limitada. Aqueles que se disponibilizaram receberam a pesquisadora em bancos do pátio da escola, onde havia circulação de crianças e professores, entre outros funcionários da instituição. Portanto, houve várias interrupções e, quando se perguntava sobre os estudantes, eles desviavam o assunto como se não soubessem ou não quisessem falar.

A organização do material empírico foi conduzida do seguinte modo: primeiramente, foi realizada uma sistematização dos conteúdos de acordo com as questões abordadas nos instrumentos de coleta de dados. Posteriormente, uma leitura exploratória do material visando à construção de categorias analíticas e, por fim, iniciou-se a análise. As categorias foram emergindo na medida em que se observava as contradições, os consensos e a relevância das informações coletadas e dos discursos dos participantes da pesquisa. Assim, a análise dos discursos angariados na pesquisa foi embasada na teorização foucaultiana, uma vez que as teorias propostas por Foucault e “suas correlatas metodologias são mais ferramentas do que máquinas acabadas” (VEIGA-NETO, 2009, p. 91).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A escola e o lugar do TDAH

As dificuldades de aprendizagem escolar são explicadas pela confluência das ciências biológicas e da medicina do século XIX que denotam uma visão organicista das aptidões humanas, impregnadas de pressupostos racistas e elitistas. Os médicos foram os primeiros especialistas a se ocupar com os casos de aprendizagem escolar. O desenvolvimento das ciências médicas e biológicas, especificamente da psiquiatria, ocorreu no final do século XVIII e no século XIX, época em que surgem as classificações dos anormais e os estudos de neurologia, neurofisiologia e neuropsiquiatria, em laboratórios anexos aos hospitais psiquiátricos (PATTO, 1993). De acordo com Patto (1993, p.41):

Quando os problemas de aprendizagem escolar começaram a tomar

corpo, os progressos da nosologia já haviam recomendado a criação de pavilhões especiais para os 'duros de cabeça' ou idiotas, anteriormente confundido com os loucos; a criação desta categoria facilitou o trânsito do conceito anormalidade dos hospitais para as escolas: as crianças que não acompanhavam seus colegas na aprendizagem escolar passaram a ser designadas como 'anormais escolares' e as causas de seus fracassos são procuradas em alguma anormalidade orgânica.

Nos primeiros trinta anos do século XX, a avaliação dos 'anormais escolares', circunscrita aos médicos, de acordo com os quadros clínicos da época, era baseada na avaliação intelectual, ou seja, os testes de QI tinham grande peso para os educadores. A incorporação de conceitos psicanalíticos provocou algumas mudanças não apenas na concepção de doença mental, mas também nas concepções sobre as causas de dificuldades de aprendizagem. Passou-se a considerar a influência ambiental sobre o desenvolvimento da personalidade nos primeiros anos de vida e a importância da dimensão afetivo-emocional no comportamento e seus desvios. Estes fatores promoveram uma mudança terminológica no âmbito escolar. A criança que apresentava problemas de comportamento ou aprendizagem escolar, chamada até então de 'anormal', passou a ser designada de 'criança problema'. Esta expressão aparece nas publicações da década de 1930, demarcada pela transformação na concepção das causas das dificuldades de aprendizagem escolar, as quais, anteriormente, estavam baseadas em instrumentos da medicina e da psicologia que as consideravam como anormalidades orgânicas e genéticas. A nova concepção da psicologia clínica, inspirada pela psicanálise, em que as causas também são provenientes do ambiente sócio familiar, amplia o espectro dos problemas que causam os desajustes infantis. Assim, as causas abrangem aspectos físicos, emocionais, de personalidade, perpassando pelos intelectuais. Este movimento gera uma rede de clínicas psicológicas escolares para diagnóstico e tratamento das crianças que apresentavam estes problemas de aprendizagem e desajustes escolares. "Estas clínicas ortofrênicas transformaram-se rapidamente em verdadeiras fábricas de rótulos" (PATTO, 1993, p.45).

Os rótulos desta época são transpostos aos transtornos mentais da infância na contemporaneidade. Observa-se que os professores participantes da pesquisa, ao descreverem os comportamentos que indicam o diagnóstico de TDAH, retratam um cenário muito semelhante à realidade descrita por Patto

(1993).

Os discursos da maioria dos professores em relação à percepção sobre o TDAH apresentaram que tal transtorno está relacionado com dificuldades de concentração, de interação com colegas e professores. Entre estes participantes, duas professoras acrescentam que estas crianças são agitadas e agressivas com os colegas e consideram a manifestação destes comportamentos como um problema social. Uma delas menciona: *Entendo que o TDAH é muito complexo, pois me angustia muito como educadora, o não saber lidar com tantos problemas sociais* (Participante 1). Três professoras relacionam o TDAH com problemas de comportamento, uma mencionou como distúrbios do comportamento, mas não considera uma doença, outra professora como uma *manifestação “diferenciada” do comportamento* (Participante 5) e, por fim, como um transtorno de comportamento. Cinco professoras descreveram apenas a sigla do TDAH. Dez professores mencionaram que há crianças com TDAH ou com suspeita deste transtorno em sala de aula, com predominância de meninos.

Os fatores que geram estes comportamentos, de acordo com os relatos dos professores, são: sociais, políticos, econômicos, psicológicos, psicossociais, problemas familiares, ausência da família, famílias desestruturadas e uso de drogas. Estes fatores são exatamente o que caracteriza o processo de medicalização; são questões complexas de ordem social, cultural, afetiva, que são reduzidas há um transtorno mental na criança a ser tratado por um modelo médico. O lugar da patologia é justamente de mascarar a realidade, evitando que os fatos e os seus detalhes sejam conhecidos (MOYSÉS; COLLARES, 2014).

Segundo os professores, estas crianças afetam a dinâmica em sala de aula, pois *atrapalham os encaminhamentos, explicações da matéria, principalmente as problemáticas que se criam psicologicamente, como o Bullying* (Participante 1). O discurso de outra professora mostra que estas crianças *modificam a dinâmica de trabalho na turma, fica muito difícil de trabalhar, visto que, pelas suas dificuldades de concentração atrapalham toda a turma* (Participante 4). Uma professora reconhece que os *professores não sabem como trabalhar e muitos encaminham para orientação* (Participante 10). Outra professora acrescenta que *são alunos que necessitam atendimento especial, um segundo professor* (Participante 6). O segundo professor ou professor auxiliar é

previsto em sala de aula em turmas que tenham crianças ou adolescentes com diagnóstico de TDAH ou outra patologia que demanda auxílio (SANTA CATARINA, 2017).

De acordo com Collares e Moysés (2014), a Educação no Brasil se constitui, desde o início, em uma história de como e pelo fracasso de alcançar objetivos e metas delineados em planos e discursos governamentais. Deste modo, a expressão “fracasso escolar”, que deveria representar o problema educacional crônico de modo geral, passa a construir representações que, direta ou indiretamente, remetem ao precário desempenho escolar das crianças. Entretanto, as autoras salientam que de acordo com a dimensão dos indicadores, o foco deve ser direcionado para a escola, para as políticas educacionais, as quais historicamente são causadoras da não aprendizagem dos estudantes. Deste modo, a expressão adequada deveria ser “fracasso da escola”. “Esta escola, historicamente produtora de fracassos, também é historicamente atravessada por processos medicalizantes, construídos e construtores de preconceitos” (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p.51).

3.2 Os estudantes e suas famílias na perspectiva dos professores

Quando os professores são questionados sobre o que conhecem sobre a dinâmica familiar ou contexto social que as crianças estão inseridas, a maioria dos nove participantes não responde, diz que não sabe ou que não consegue acompanhar. Dos que se manifestam, aparece em seus discursos: pobreza, pais separados, falta de estrutura familiar, família ausente e contexto social crítico. Uma professora relata que *a escola [...], desde sua criação, atende filhos de presidiários, além da comunidade do entorno, e isso já acarreta dificuldades, aliado à baixa renda e famílias “desestruturadas”* (Participante 2).

Observa-se que o modo como alguns professores compreendem a situação dos estudantes (nomes fictícios) está relacionado a pré-conceitos que permanecem desde o século passado:

Bruno (6 anos - 1º ano) é inteligente, mas atrapalha o andamento da aula, é hiperativo, fala muito alto, come giz escondido, ponta de lápis, papel de seda (pipa), cola. Ele aprende, mas não copia do quadro. Faz os exercícios, fica mais afastado dos outros. É filho da merendeira. [...] Respeita o pai que é do tráfico, a vó (mãe da mãe) também é do tráfico, não respeita a mãe. A mãe disse que não vai dar remédio para

ele. Ele tem problema de vista. Ele atrapalha a turma toda. A mãe vive num mundo a parte do restante da família (Participante 13).

Os juízos de valor relacionados ao modo de pensar e viver dos grupos dominantes fazem valer a noção de que os demais grupos são primitivos, atrasados, rudes, que não compartilham desta cultura dominante. Estas ideias influenciaram as pesquisas que investigaram as relações familiares e o modo como se educavam as crianças nos diferentes níveis sociais. Desta maneira, “a ausência, nas classes dominadas, de normas, padrões, hábitos e práticas presentes nas classes dominantes, foram tomadas como indicativas de atraso cultural destes grupos, o que os aproximaria do estado primitivo dos grupos étnicos de origem” (PATTO, 1993, p. 45). Patto (1993) refere-se ao conceito de raça, que passa a ser substituído pelo de cultura, no intuito de explicar as desigualdades sociais. Nesta direção, a autora observa que o que era considerado como raças inferiores ou indivíduos inferiores, passa a ser denominado de culturas inferiores ou diferentes, o que na realidade significaria o mesmo que dizer que as crianças desajustadas e problemáticas são provenientes de grupos familiares patológicos e de ambientes sociais atrasados.

Segundo Chauí (2008), as classes populares são impregnadas pelos estigmas da culpa, da suspeita e da incriminação permanentes. A ideologia de que a miséria é causa de violência, faz com que as classes ditas “desfavorecidas” sejam consideradas potencialmente violentas e criminosas. Assim, o preconceito atinge os habitantes das favelas que são estigmatizados, não somente pelas classes média e dominante, mas também pelos próprios dominados: “a cidade olha a favela como uma realidade patológica, uma doença, uma praga, um quisto, uma calamidade pública” (CHAUÍ, 2008, p. 73).

Na escola pesquisada, a percepção dos professores sob os seus estudantes corrobora as palavras de Chauí, ou seja, está permeada de preconceitos. O discurso dos professores sobre o contexto familiar e social dos estudantes, bem como sobre os comportamentos que eles manifestavam em sala de aula, são mencionados de modo superficial, não demonstram um entrosamento entre o professor e a criança. As dificuldades em sala de aula são atribuídas a problemas familiares e sociais exclusivamente dos estudantes, conforme consta nos discursos registrados durante a pesquisa de alguns

professores sobre seus alunos:

Wilson (12 anos - 5º ano) falta bastante as aulas, não pára quieto em sala de aula, mas tem foco. Mora no Morro do Macaco (favela). Já foi expulso de outra escola. O pai é da Bahia, mora somente com a mãe, é acompanhado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil e pelo conselho tutelar, mas não sei por qual motivo. Está na escola por ordem judicial (Participante 15).

Observa-se que, de modo geral, os professores se queixam de problemas relacionados ao comportamento dos estudantes, sendo que alguns mencionam o nível social e a dinâmica familiar como uma possível causa do comportamento considerado “inadequado” dos estudantes.

A professora (participante 15) afirma que os estudantes Luciano (11 anos - 5º ano) e Mathias (11 anos - 5º ano) apresentam dificuldades de aprendizagem e já possuem um diagnóstico, estão sendo acompanhados pelo segundo professor para auxiliá-los. Entretanto, ela não sabe qual é o problema dos alunos ou o diagnóstico que demanda deste segundo professor.

O caso do Danilo (15 anos - 5º ano) também chama atenção, um adolescente que perde o pai e sofre violência doméstica, ele apresenta dificuldades em fazer as atividades escolares. O pai estava preso, depois foi assassinado. A mãe vive com o padrasto que bate nele, “*convívio complexo*”, segunda a professora (Participante 15).

Estas situações parecem invisíveis aos olhos de quem simplesmente enquadra as situações adversas da vida em um diagnóstico de transtorno mental. E assim, o sofrimento de várias crianças e adolescentes, que o manifestam em seu comportamento, vai sendo velado por um rótulo e contido por um medicamento.

Vale lembrar que as “palavras-chave” dos sintomas para o diagnóstico do TDAH – desatenção, impulsividade e hiperatividade – são comportamentos que estão implícitos nos discursos dos professores sobre os estudantes mencionados com suspeita de TDAH. Evidente que para efetivar o diagnóstico é necessário atender aos critérios diagnósticos descritos no DSM-5, mas mediante qualquer indício de um destes três comportamentos, o professor já está embasado para encaminhar o estudante para um profissional da saúde. Este, na realidade, apenas legitima o diagnóstico, que é efetivado mediante as

informações dos professores e familiares. Por isso, dificilmente a criança escapará do diagnóstico e do tratamento medicamentoso, o qual promove o efeito imediato desejado pelo professor: a mudança no comportamento.

3.3 Intervenções no “Fracasso Escolar”

Durante a pesquisa na escola, foi perguntado como se poderia intervir no contexto da atual conjuntura escolar, 50% dos professores participantes acreditam que estas crianças necessitam de atendimento psicológico, uma professora menciona que é preciso assistência familiar, outra que é necessário prestar atenção integral às crianças. Outros três professores relatam, respectivamente, que precisava ter um psicólogo e uma assistente social em cada unidade escolar, que há a necessidade de um segundo professor e, por fim, uma professora afirma que se deve intervir “*atendendo professores, alunos e pais, possibilitando o conhecimento para que o professor tenha condição para melhor atender os alunos*” (Participante 2). Outra professora mencionou que diagnosticar alguns casos poderia ajudar. Nos discursos não foi ressaltado a necessidade de atendimento médico, entretanto, a maioria dos professores reforçam sobre o atendimento psicológico e o encaminhamento para um serviço de saúde.

Salvo o participante 2, que relata que o professor necessita de auxílio, os demais defendem que os problemas são decorrentes dos estudantes que necessitariam de intervenção individual por algum profissional. Neste sentido, Collares e Moysés (2015) argumentam que os professores não enxergam a possibilidade de ser a escola que não possibilita atender as necessidades dos estudantes, mas o contrário, a escola como vítima destes estudantes inadequados. Outro aspecto importante a ser mencionado é que a responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem é atribuída à criança que não aprende e não ao adulto que ensina, motivo que é justificado por questões econômicas, culturais ou características biológicas. Já o sucesso daquela criança que aprende, geralmente, é tido como mérito de quem ensina (GARRIDO; MOYSÉS, 2015). Veras (2014) lembra-nos que só se ensina algo quando alguém aprende.

Talvez pelo fato de muitos professores não se disponibilizarem a prestar uma entrevista para a pesquisa e aqueles que se disponibilizaram focarem em

dizer que os problemas são os estudantes e suas famílias, conforme descrito nos depoimentos, fica claro que não se identificam como parte do processo que conduz ao fracasso escolar.

Quando se pergunta se existe alguma política ou plano na escola direcionado aos estudantes com suspeita ou com TDAH, os discursos se voltam para o campo da saúde e é praticamente unânime a resposta de que os estudantes são encaminhados para as Unidades de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Saúde Escolar. Apenas dois professores mencionaram algo que cabe ao âmbito da educação: *Chamamos os pais e muito diálogo com os alunos e pais* (Participante 1); e o outro professor relata que a *política da SED (Secretaria de Estado da Educação) é oferecer um segundo professor para trabalhar com este aluno* (Participante 6).

Parece que assim como ocorreu no início do século XX, a atribuição das dificuldades de aprendizagem torna-se problema de ordem médica, criando a criança-problema, o anormal-escolar, entre outras nomenclaturas que designavam a estes estudantes. No Brasil, é cada vez mais frequente a ideia de que as dificuldades escolares ocorrem em função de problemas a serem tratados por médicos. Deste modo, amplia o espaço para os profissionais da saúde, exames, rótulos, diagnósticos, remédios, legitimando a criança enquanto um ser anormal (GARRIDO; MOYSÉS, 2015).

Incluir um segundo professor para atuar junto à criança diagnosticada com TDAH é visto como uma saída pelos professores para manter a ordem em sala de aula e o desempenho das atividades escolares. Vale salientar que esta atuação pode fazer com que a criança se sinta discriminada diante dos demais colegas (como no caso do Mathias que não aceita o segundo professor), pois a criança é classificada como aquela que não aprende, que necessita de um professor específico para que desenvolva as atividades. Já outras crianças não manifestam este incômodo, como é o caso do Luciano.

No que diz respeito a como a Escola poderia intervir com estes estudantes, os discursos apontam as dificuldades do corpo docente frente aos problemas enfrentados no âmbito da educação: *Não estamos preparadas para a grande demanda imposta* (Participante 10); e outra professora observa, *primeiro, precisa de capacitação dos profissionais e também uma psicóloga em cada escola* (Participante 4). Uma professora expõe a falta de intersetorialidade

neste campo: 1) *Qualificação/formação aos profissionais*; 2) *Esclarecimento destas questões para a comunidade*; 3) *Criar núcleos de estudo/debates*; 4) *Atuar com grupos “focais” integrados aos diversos setores públicos que tratam estas questões*. Uma professora acrescenta [...] *sem políticas públicas não há sonhos* (Participante 1).

O poder da Escola para intervenções é praticamente nulo, dada a precariedade em que se encontra a instituição. Os professores salientam apenas o que se deveria ter e nenhuma possibilidade existente de intervirem de fato na situação atual da escola.

A coordenadora pedagógica expôs que as intervenções ocorrem *chamando os pais, professores para em conjunto tentar resolver o problema* (Participante 3). Três professores afirmam que o encaminhamento para serviços especializados é a melhor alternativa, entre estes, um participante reforça a tentativa de conseguir um segundo professor. É uma instituição que busca resolver os focos de problemas que vão “incendiando” no decorrer do ano letivo, quase sempre voltados ao cumprimento de regras. Para Augusto (2015, p. 13), “a escola é o lugar da disciplina. Ela serve para ensinar obedecer às regras e seguir conhecimentos determinados por padrões curriculares nacionais” Resende (2015, p.132) explica que:

Uma maquinaria escolar e seus complexos processos técnicos e cálculos de intervenção se instala para dar conta dos resultados que se preveem na direção da conduta infantil. Para conformar o comportamento das crianças na produção desta infância, toda uma parafernália disciplinar é estrategicamente montada na implementação de táticas e mecanismos em que se instalam regras normalizadoras que vão do uso de uniformes e introjeção de rotinas, passando para transmissão de conteúdos e pelo ensino de matérias, até a distribuição do tempo e do espaço operacionalizando determinadas formas de racionalidade que consubstanciam a subjetividade infantil.

A “indisciplina” dos estudantes é um aspecto bastante presente no discurso dos professores. No Brasil, desde o início do século XX, a organização disciplinar da escola segue uma tradição jesuíta de ensino, em que se estabeleceu uma hierarquia, na qual os comandos são transmitidos da diretoria ao aluno, perpassando inspetores, professores, entre outras autoridades que zelam pelo cumprimento das regras instituídas na escola. Quando o estudante transgride estas regras, surge o problema a ser equacionado, que é identificado

como indisciplina. E, para combater este aluno indisciplinado, instituíam-se os dispositivos disciplinares, cujo objetivo é governar a vida e a conduta de todos os alunos, independente de infringir as regras ou não (AUGUSTO, 2015).

É diante do cenário da escola, “uma instituição medicalizada, adoecida e adoecedora desde seu início” (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p.51) que a psiquiatria e a indústria farmacêutica identificam um microssistema frágil, vulnerável a qualquer tipo de intervenção, um lugar fértil para semear fontes de controle e lucro, sem qualquer preocupação com gerações que passam a ser rotuladas, classificadas e medicalizadas. É a governamentalidade da infância, por meio de estratégias sórdidas, que penetra no cotidiano escolar disseminando transtornos mentais.

Em 2008, a Secretaria Estadual de São Paulo realizou um curso com especialistas, cuja finalidade era a de treinar professores para identificarem dislexia e TDAH em estudantes. O Ministério da Educação (MEC) foi um dos apoiadores do Congresso Aprender Criança (2012) organizado por um instituto de neurologistas especialistas em TDAH e dislexia, com intuito de discutir a inclusão das crianças e adolescentes que possuem estes transtornos. As indústrias farmacêuticas Shire e Janssen foram as patrocinadoras do evento, apoiado pelo MEC e outras instituições e associações relacionadas ao TDAH e dislexia (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Estas estratégias já são utilizadas nos Estados Unidos da América faz algum tempo, como este exemplo citado por Angell (2007). Ela relata que um dos casos de marketing mais indigestos foi a campanha do laboratório Wyeth para “informar” estudantes universitários sobre a depressão. Foi divulgada uma condição para que os estudantes se identificassem e assim fossem convencidos facilmente que aqueles sintomas eram de uma depressão tratável com o medicamento Effexor, fabricado por este laboratório. A campanha, lançada em 2002, consistiu em um fórum de 90 minutos, nas universidades, denominado “Depressão na universidade: mundo real, vida real, questões reais”, patrocinado por esta indústria. Quatro universidades concordaram em sediar o fórum. Harvard recusou porque o Reitor, um psiquiatra que havia chefiado o Instituto Nacional de Saúde Mental, mencionou que havia risco de marketing impróprio. A questão exposta foi que milhões de estudantes universitários passam por diversas dificuldades neste momento que representa uma transição para a vida

adulta: estão longe de casa, a universidade é um ambiente desconhecido e algumas vezes ameaçador, sentem falta de afeto. Estes jovens estão extremamente vulneráveis, por isso são alvo dos laboratórios farmacêuticos (ANGELL, 2007).

Esta mesma estratégia parece se repetir nas escolas, quando se faz campanhas para se identificar o TDAH em crianças e adolescentes, pois é o mesmo que identificar a depressão nos universitários. É bastante previsível a identificação de comportamentos de impulsividade, hiperatividade e desatenção em crianças, na atual conjuntura do contexto escolar.

Collares e Moysés (2014) ressaltam que parece ocorrer uma inversão dos papéis entre as entidades e a indústria farmacêutica. A Novartis (fabricante da Ritalina), demonstrando uma “preocupação” com a qualidade da Educação e das escolas no Brasil, lança o projeto “Atenção Professor”, com a finalidade de atualizar os professores sobre o TDAH e premiar escolas e professores que melhor atendem os estudantes com este transtorno. O projeto recebe apoio da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), entidade que é apoiada pelas indústrias Novartis, Janssen e Shire, fabricantes dos produtos Ritalina, Concerta e Venvanse.

Estes investimentos por parte das indústrias farmacêuticas em campanhas educativas e cursos para profissionais da saúde e educação, nos levam a questionar que lugar a escola ocupa neste emaranhado jogo de poder.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio, a escola parece ser a instituição proliferadora do TDAH, devido ao número de encaminhamentos de estudantes aos serviços de saúde com início deste diagnóstico. Entretanto, quando se adentra na escola pesquisada (que talvez represente muitas outras mais), a impressão é que se preserva ali uma instituição escolar nos moldes das décadas de 1960-1970, um lugar em que perdura o fracasso escolar, onde os professores trabalham insatisfeitos, com baixos salários, desprovidos de condições de trabalho, onde consideram as crianças sujeitos provenientes de classes pobres, “filhos de traficantes da favela, de presidiários”, das famosas “famílias desestruturadas”.

Nesta direção, a escola se constitui como uma engrenagem fundamental para a existência do TDAH, pois é dali que vêm as queixas escolares,

professores reclamando dos seus alunos, que são crianças inquietas, não prestam atenção nas aulas, que agem impulsivamente e conseqüentemente não aprendem. Estes aspectos que compõem o ambiente escolar se configuram como fonte para a existência do TDAH, que se constitui como um transtorno psiquiátrico, pois é passível de uma intervenção médica, uma vez que há uma medicação que possa ser prescrita para intervir nos comportamentos descritos como sintomas de tal patologia.

A escola, cuja proposta é ensinar e educar crianças, formar cidadãos, está atravessada por processos medicalizantes, por dispositivos científico-disciplinares que a tornam vulnerável a intervenções monstruosas. Acredita-se que a alta prevalência de TDAH não venha apenas dos encaminhamentos de escolas aos serviços de saúde, mas que estes, assim como a procura de profissionais de saúde por parte dos pais, sejam provenientes de um investimento significativo da indústria farmacêutica para ampliar o processo de medicalização. Todavia, não se pode desconsiderar a busca dos pais e dos professores por uma “solução” imediata dos problemas cotidianos.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.

ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

APA - American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AUGUSTO, A. Governando crianças e jovens: escola, drogas e violência. In: RESENDE, H. (Org) *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 11-24.

BARBOUR, R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, Seção 1, Ed. 135, 16 jul. 1990, p. 13.563-13.577. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Presidência da República. *Decreto Nº 6.286*, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, 2007.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia. Crítica y emancipación: *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CLACSO, Año 1, no. 1 (jun. 2008), 2008.

COELHO, A. Repensar o campo da educação de infância. *Revista Iberoamericana de Educación*, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. no 44/3, 2007.

COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. *A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação)*. São Paulo: FDE, 1994.

_____. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CRP-SP; GIQE (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p.221-244.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

FRANCES, A. *Voltando ao Normal*. Trad. Heitor M. Corrêa. Rio de Janeiro, 2016.

FOUCAULT, M. *Dits et écrits III*. Paris: Gallimard, 1994

GARRIDO, J.; MOYSÉS, M. A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: CRP-SP; GIQE (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p. 171-185.

- LUENGO, F. C. E CONSTANTINO, E. P. “A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância”. *Revista de Psicologia da Unesp*, 8(2), 2009.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In: VIÉGAS, L. S. et al. (Org.) *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: EDUFBA, 2014, p. 21-43.
- PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1993.
- RESENDE, H. A infância sob o olhar da Pedagogia: traços da escolarização na Modernidade. In: RESENDE, H. (Org) *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 127-140.
- SANTA CATARINA. *Lei nº 17.143*, de 15 de maio de 2017. Dispõe sobre a presença do Segundo Professor de Turma nas salas de aula das escolas de educação básica que integram o sistema estadual de educação de Santa Catarina. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina 17/05/2017 | DOESC, 2017.
- SILVERMAN, D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo/SP: Atlas, 1987.
- VEIGA-NETO, A. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. *Cadernos de Educação*. Pelotas [34]: 83 - 94, setembro/dezembro 2009.
- VERAS, M. Da psicopatologia à patologia da vida cotidiana. In: Viégas, L. S. et al. (Org.) *Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?* Salvador: EDUFBA, 2014, (p. 191-200).