



FACULDADE DE INHUMAS – FACMAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

ELIANE GONÇALVES DE LIMA LÉLLIS

**MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA: UM CARIMBO QUE IMPLICA NA
SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA**

INHUMAS – GO
2022

ELIANE GONÇALVES DE LIMA LÉLLIS

**MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA: UM CARIMBO QUE IMPLICA NA
SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Inhumas – Facmais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.^a Dra. Selma Regina Gomes


INHUMAS – GO

2022


MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA: UM CARIMBO QUE IMPLICA NA SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA

**Dissertação de Mestrado de Eliane Gonçalves de Lima Lelis
aprovada em 23 de março de 2022.**


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 Selma Regina Gomes
Data: 23/03/2022 20:28:25-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profª. Dra. Selma Regina Gomes
Membro Presidente
Faculdade de Inhumas – FacMais

Documento assinado digitalmente
 Raquel Aparecida Marra da Madeira Freitas
Data: 23/03/2022 21:04:13-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Profª. Dra. Raquel Aparecida Marra da Madeira Freitas
Membro Convidado Interno
Faculdade de Inhumas – FacMais

Documento assinado digitalmente
 Selma Regina Gomes
Data: 23/03/2022 20:30:01-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Atesto participação

Profª. Dra. Gislene Lisboa de Oliveira
Membro Convidado Externo
Universidade Estadual de Goiás

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

BIBLIOTECA CORA CORALINA - FacMais

L542m

LÉLLIS, Eliane Gonçalves de Lima
MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA: UM CARIMBO QUE
IMPLICA NA SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA. Eliane Gonçalves de
Lima Léllis. – Inhumas: FacMais, 2022.

95 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Centro de Educação Superior de Inhumas -
FacMais, Mestrado em Educação, 2022.

“Orientação: Selma Regina Gomes”.

1. Dificuldade de aprendizagem; 2. Diagnóstico; 3. Subjetividade; 4.
Patologização. I. Título.

CDU: 37

Dedico este trabalho à minha família, por ter sido meu pilar e exemplo de vida, pelos ensinamentos e por ter deixado claro que não seria fácil chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder saúde e sabedoria para seguir em frente em meio a tantos obstáculos, por ser meu guia em todos os momentos, pela oportunidade de realizar um sonho almejado por muito tempo, pela força que Ele sempre me dá a todo instante, por ter me mantido de pé nos dias em que pensei em desistir e pela proteção, mesmo nos momentos em que não mereci.

Quero externar minha gratidão aos professores, pois me serviram como fonte de inspiração, pois cada um semeou a semente do conhecimento que hoje está dando frutos. Meu muito obrigada a todos!

Em especial, agradeço à minha orientadora, professora Dra. Selma Regina Gomes, por toda a paciência, pelo empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho de mestrado. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário, sem nunca me desmotivar.

Desejo, igualmente, agradecer a todos os meus colegas do Programa de Mestrado em Educação da FacMais, especialmente as alunas, amigas e incentivadoras para a realização do curso, cujos apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos, Ivone Moreira Coelho e Rita de Cássia Gontijo, que me ajudaram em todas as etapas desta pesquisa. Solicitei ajuda inúmeras vezes, e em todas fui atendida com paciência, carinho e tranquilidade. Serei eternamente grata por todo o auxílio durante a realização deste trabalho. Vocês foram fundamentais.

Por último, quero agradecer à minha família e aos meus amigos pelo apoio incondicional que me dera; especialmente, meu esposo, meus filhos e meu genro, pelas incansáveis revisões ao longo da elaboração deste trabalho.

RESUMO

Pesquisas no campo da educação, como as de Beltrame et al. (2019), Collares e Moysés (2011), Gomes (2019), Guarido (2008), Toassa (2021), dentre outros, mostram um expressivo aumento de diagnósticos de diferentes transtornos no espaço escolar, chamando a atenção para o fenômeno da patologização e da medicalização das dificuldades de aprendizagem. Diante disso, o presente estudo justifica-se por abordar um tema que, apesar de debatido em vários espaços da sociedade, precisa ser constantemente evidenciado, principalmente no âmbito escolar, em função dos diversos equívocos já denunciados sobre o encaminhamento de crianças e jovens à clínica, por serem considerados diferentes em relação ao esperado pela escola. Assim sendo, procedeu-se a um estudo teórico, de cunho bibliográfico, com o objetivo de contextualizar a temática e extrair dados sobre a produção do diagnóstico no contexto escolar e suas consequências para os alunos que apresentam dificuldade de aprendizagem. Partiu-se da seguinte questão: como o diagnóstico impacta o processo de escolarização do estudante com dificuldade de aprendizagem? O objetivo geral foi o de compreender a maneira como o diagnóstico influencia a construção da subjetividade do aluno em processo de escolarização. De maneira específica, buscou-se descrever a trajetória da produção de diagnósticos da deficiência intelectual em estudantes com dificuldade de aprendizagem, problematizar a patologização de crianças em processo de escolarização, e evidenciar o impacto do diagnóstico na construção da subjetividade desse sujeito. Como metodologia, empregou-se a revisão de literatura, a fim de situar o objeto de estudo no campo das investigações sobre a temática, construir uma contextualização acerca do questionamento levantado e demonstrar como as consequências de um diagnóstico superficial e aligeirado podem se tornar negativas e irreversíveis para o processo de escolarização de estudantes com dificuldade de aprendizagem e com diagnóstico de deficiência intelectual. Com base nos casos apresentados, percebe-se que o impacto do laudo de deficiência intelectual na vida dessas crianças funciona como um carimbo; um estigma que eles carregam com muito sofrimento.

Palavras-chaves: Dificuldade de aprendizagem. Diagnóstico. Subjetividade. Patologização.

ABSTRACT

Investigations in the field of education, as in Beltrame et al. (2019), Collares y Moysés (2011), Gomes (2019), Guarido (2008), Toassa (2021), among others, demonstrate a significant increase in diagnoses of different disorders in the school space, calling attention to the phenomenon of the pathologization. and the medicalization of learning difficulties. In view of that, the present study is justified by approaching a topic that, despite being debated in different spaces of society, needs to be constantly highlighted, especially in the school environment, due to the different conceptions that have been denounced on the derivation of children and girls. young people to the clinic, since they are considered different from what is expected by the school. Therefore, a theoretical study of a bibliographic nature was carried out, with the objective of contextualizing the theme and extracting data on the production of the diagnosis in the school context and its consequences for students who present difficulties in learning. The starting point was the following question: how does the diagnosis impact the schooling process of students with learning difficulties? The general objective was to understand how the diagnosis influences the construction of the student's subjectivity in the schooling process. Specifically, we seek to describe the production of diagnoses of intellectual disability in students with learning difficulties, to problematize the pathologization of children in the schooling process and to highlight the impact of the diagnosis on the construction of the subjectivity of this subject. As a methodology, a bibliographic review was used with the aim of locating the object of study in the field of investigations on the topic, constructing a contextualization about the proposed question and demonstrating how the consequences of a superficial and light diagnosis can be converted into negative consequences and irreversible. for the process of schooling of students with learning difficulties and diagnosis of intellectual disability. From the cases presented, it can be appreciated that the impact of the report of intellectual disability in the life of these children works as a seal; a stigma that carries with great suffering.

Keywords: Learning difficulty. Diagnosis. Subjectivity. Pathologization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO11

1. A PATOLOGIZAÇÃO DO DIFERENTE E DA DIFICULDADE NO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO17

1.1 PATOLOGIZAÇÃO: ONDE SE INICIA O DIAGNÓSTICO17

1.2 PARTICIPAÇÃO DO PROFESSOR E DA ESCOLA NO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO21

1.3 DSM: TRAJETÓRIA E PERSPECTIVAS ATUAIS23

1.4 MEDICALIZAÇÃO: A INTERVENÇÃO QUE PROMETE “CORRIGIR” SUPOSTOS TRANSTORNOS26

1.5 PROFESSORES E FAMÍLIA FRENTE ÀS NOVAS REALIDADES NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM E A MEDICALIZAÇÃO29

1.6 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA, DA ESCOLA E DA SOCIEDADE NA CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE32

1.7 A PARTICIPAÇÃO DA ESCOLA NO COTIDIANO DO ALUNO34

1.8 A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO FAMÍLIA, ESCOLA E MEDICALIZAÇÃO37

1.9 A CRIANÇA, SUAS CARACTERÍSTICAS E SEUS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM39

2. CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL42

2.1 AS PATOLOGIAS COMO JUSTIFICATIVAS PARA O NÃO APRENDER42

2.2. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE45

2.3 O USO DA RITALINA: O FÁRMACO DA OBEDIÊNCIA47

2.4 SUBJETIVIDADE DO ALUNO DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO MENTAL49

3. A PRODUÇÃO DO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA51

3.1 EXEMPLOS DA MEDICALIZAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR59

3.1.1 O caso Madu – a medicalização do comportamento60

3.1.2 O caso de Urano – a medicalização da alfabetização61

3.1.3 O caso Daniel – “tudo isso por causa do maldito r”63

3.2 REFLEXÕES ACERCA DOS CASOS: DIÁLOGO COM OS PESQUISADORES66

3.3 CONCEITOS DE SAÚDE: O QUE É CONSIDERADO PATOLÓGICO?71

3.4 A CRIANÇA E A FAMÍLIA: O CONTEXTO DO SOFRIMENTO73

3.5 A DESPATOLOGIZAÇÃO E O FUTURO DA EDUCAÇÃO74

3.6 OUTRA HISTÓRIA, OUTRO FIM (TEXTO ILUSTRATIVO SUBJETIVO)77

CONSIDERAÇÕES FINAIS81

REFERÊNCIAS84

ANEXOS91

INTRODUÇÃO

Pesquisas no campo da Educação¹ (GUARIDO, 2008; CAPONI, 2010; COLLARES; MOYSÉS, 2011; GOMES, 2019) evidenciam que o fenômeno da patologização, associado ao fenômeno da medicalização, tem se intensificado, uma vez que muitas questões envolvendo crianças, como comportamentos considerados inadequados e dificuldades de aprendizagem, passam a ser justificadas pela via explicativa da patologização. Isso vem sendo normalizado pela sociedade. Nota-se, assim, que problemas comportamentais ou de aprendizagem, ao serem tratados como patologias, refletem um discurso naturalizado no âmbito da sociedade², segundo o qual desvios comportamentais ou baixo desempenho escolar são questões a serem encaminhadas ao campo da medicina, necessitando, por vezes, até de medicação (GOMES, 2019).

De acordo com Collares e Moysés (2014), o fenômeno patologização pode ser compreendido como um processo em que experiências, da vivência cotidiana dos sujeitos, são transformadas em condições a serem tratadas no âmbito da saúde. Trata-se de uma situação em que, segundo as autoras, há de se considerar o contexto global em que se apresenta, relacionando o fenômeno com a realidade socioeconômica e cultural da sociedade.

Acrescenta-se a esse contexto o aumento, também denunciado em pesquisas (RICHTER, 2012; TREVIZANI, 2013), da venda de medicações. O argumento é de que elas servem como estimulantes para inibir comportamentos indesejáveis e para melhorar a concentração, agindo como incentivador do desenvolvimento e da aprendizagem dos sujeitos. Isso significa que essas questões são tratadas, no âmbito da medicina, como meramente biológicas e inatas ao ser humano.

1 Outras áreas, como a psicologia, sociologia, também se dedicam aos estudos e às pesquisas relacionadas com essa temática. Entretanto, nesta pesquisa, refere-se às investigações no campo da educação, considerando-o como recorte institucional de opção da pesquisadora.

2 Para melhor compreensão acerca da racionalidade por trás deste discurso o domínio de alguns conceitos é fundamental: **medicalização**, refere-se ao processo de transformar questões não-médicas em médicas, ou seja, tentar encontrar no campo da medicina as causas e soluções para problemas de outra natureza. **Biologização**, concepção da ciência médica que discute o processo saúde-doença, através de uma perspectiva exclusivamente biológica. **Patologização**, foca na atribuição de status de doença a problemas da vida, sendo assumida por um discurso médico, uma prática biologizante que aponta para o adoecido, para o patológico do indivíduo. **Medicação** é o emprego de medicamentos como processo curativo para determinada doença. Moysés Collares (1994).

Segundo Caliman (2016), cada criança se desenvolve em um contexto no qual as primeiras experiências deixam suas marcas (prazeres e dores), que se tornam mais complexas ao longo do desenvolvimento do sujeito e que podem ser reorganizadas por experiências posteriores. As experiências de vida de crianças e adolescentes são resultados de múltiplos e complexos fatores, dentre os quais se encontram: as condições socioculturais, a história de cada sujeito, as vicissitudes de cada família e as vicissitudes do momento atual. Esses fatores, combinados, dão origem a um determinado resultado. Ressalta-se que a tolerância de uma sociedade aos comportamentos das crianças é baseada em critérios educacionais variáveis e em uma representação de infância que depende de um dado momento histórico e da imagem que determinado grupo social tem de si.

Diante desse contexto, deve-se considerar um elemento muito importante dentro da discussão do tema proposto: a escola. Esta consiste em um espaço de extrema importância na construção da identidade, bem como no processo de aprendizagem das crianças, pois permanecem nessa instituição uma boa parte do tempo, estabelecendo constantes relações, desenvolvendo habilidades e conhecendo mais sobre si mesmas como indivíduo e sobre os outros.

Por ser a escola um ambiente em que os estudantes permanecem boa parte do tempo, é, também, o espaço em que as peculiaridades infantis são mais atentamente observadas, com vistas ao enquadramento em um padrão preestabelecido. Nesse ambiente, avalia-se o desempenho da criança frente aos conteúdos e às normas escolares, seguindo um padrão hegemônico, gestado na base da sociedade, cujo discurso põe o comportamento desviante como indicativo de fracasso escolar e de patologias. Trata-se de um discurso biologizante (GUARIDO, 2015), que responsabiliza o aluno pelo fracasso ou por não conseguir acompanhar o ritmo imposto pela escola.

Nesse cenário, o professor coloca-se como ator institucional, responsável por acompanhar o desenvolvimento pedagógico dos estudantes, pois se encontra em uma posição privilegiada para conhecer a subjetividade de cada um deles e propor estratégias pedagógicas que se adaptem às suas particularidades. Reconhece-se, no entanto, que se naturalizou, no ambiente escolar, uma dependência do saber médico. Desse modo, em sua maioria, os profissionais da educação realizam avaliações de senso comum, dando margem à identificação, à classificação, à hierarquização e à segregação daqueles alunos considerados diferentes.

Portanto, é nesse espaço que as crianças se deparam com os primeiros desafios e dificuldades em termos de aprendizagem, adaptação e comportamentos (GONZALES, 2008). É, também, onde se intensificam as classificações de cunho biologizante, tornando-se um ambiente propício para a identificação de sintomas e a produção de diagnósticos.

Quando a escola não consegue cumprir uma de suas funções, que é ensinar, torna-se corriqueiro encaminhar os alunos atingidos pelas dificuldades de seu funcionamento a especialistas. Para a escola as crianças não aprendem porque são desajustadas, têm problemas emocionais, estão sempre distraídas, sem memória, não conseguem se concentrar, falam tudo errado, não entendem o que o professor diz, são preguiçosas e rebeldes (ALMADA, 2015, p. 125).

Sob a influência de um discurso biologizante, que nasce no interior da sociedade moderna, o professor pode se tornar uma barreira para a participação plena e efetiva dos estudantes. A prática diagnóstica pode surgir como meio para nomear o que está longe do esperado e do que hegemonicamente é considerado normal, transferindo para o aluno uma condição de patologia que antes não existia. Isso estabelece bases para que o saber médico adentre ao ambiente escolar sem considerar questões socioculturais, ocasionando a banalização dos diagnósticos e o consequente uso de psicofármacos, com o objetivo último de canalizar o comportamento da criança, de modo que esta dê respostas que a família, a escola e a sociedade adulta consideram adequadas para se alcançar o sucesso escolar.-

Em contrapartida, é possível compreender a importância da escola como espaço de enfrentamento e superação de ideologias que reforçam o fenômeno social da medicalização; por conseguinte, da patologização.

Tendo como base essas considerações, o presente estudo traz como questão a ser abordada: como o diagnóstico impacta o processo de escolarização do estudante com dificuldade de aprendizagem? O objetivo geral foi o de compreender de que maneira o diagnóstico influencia a construção da subjetividade do aluno em processo de escolarização. De maneira específica, buscou-se descrever a trajetória da produção de diagnósticos da deficiência intelectual em estudantes com dificuldade de aprendizagem, problematizar a patologização de crianças em processo de escolarização, e evidenciar o impacto do diagnóstico na construção da subjetividade desse sujeito.

O presente estudo justifica-se por abordar um tema fundamental para a área da Educação, pois aborda uma questão recorrente nas escolas. Entende-se que há necessidade de investimentos em debates e pesquisas, com o objetivo de implementar alternativas para a superação do crescente número de diagnósticos e medicação de crianças e adolescentes.

Outro aspecto, do ponto de vista científico, que justifica ampliar essa discussão, é apontado por Collares e Moysés (2016, p. 44):

Existem crianças com necessidades especiais. Entretanto, o universo de crianças normais que são transformadas em doentes, por uma visão de mundo medicalizada, da sociedade em geral e da instituição escola em particular, é tão grande que tem nos impedido de identificar e atender adequadamente as crianças que realmente precisam de uma atenção especializada, seja em termos educacionais, seja em termos de saúde (COLLARES E MOYSÉS, 2016, p. 44).

Essa constatação reforça a preocupação com aquelas crianças que apresentam apenas dificuldade de aprendizagem e que estão sendo diagnosticadas com deficiência intelectual, em função do processo de patologização, que pode ser considerado

[...] duplamente perverso: rotula de doentes crianças normais e, por outro lado, ocupa com tal intensidade os espaços de discursos, propostas, atendimentos e até de preocupações que desaloja desses espaços aquelas crianças que deveriam ser os seus legítimos ocupantes. Expropriadas de seu lugar, permanecem à margem das ações concretas das políticas públicas (COLLARES; MOYSÉS, 2016, p 44).

Com base nos estudos sobre patologização e medicalização, pode-se afirmar, a priori, a existência de uma diversidade de interpretações no campo da medicina. Essas interpretações podem ser compreendidas como impulsionadoras de encaminhamentos – cada vez em maior quantidade – de crianças e adolescentes com dificuldades no processo de escolarização para a área da saúde, por não corresponderem às expectativas esperadas pela escola.

Vemos constantemente na mídia a divulgação dos resultados dos estudos genéticos e das pesquisas em neurologia, especialmente sobre o funcionamento cerebral, as funções dos neurotransmissores e as novas conquistas em termos do mapeamento do código genético humano. As novas descobertas científicas aparecem, de maneira geral, como explicativas dos comportamentos, sensações e sofrimentos humanos (GUARIDO, 2015, p. 30).

Ainda de acordo com Guarido (2015, p. 32), “[...] não se trata aqui de um reducionismo de crítica quanto aos avanços da pesquisa biológica [...] trata-se, sim, de tomar as implicações que uma biologização do humano tem para a condição humana no mundo, especialmente estando difundida no social”. Entende-se, desse modo, que o processo de patologização, como via de explicação para dificuldades de aprendizagem na infância, mostra-se complexo e pode resultar em efeitos negativos para a criança, como a ministração intensiva de fármacos, levando à dependência, conforme o uso contínuo.

Diante disso, pretende-se incursionar por esse contexto de reflexões, chamando a atenção sobre as consequências, para a subjetividade de uma criança, de um diagnóstico equivocado.

A metodologia adotada foi a revisão de literatura, por meio da qual se pretendeu situar o objeto de estudo no campo das investigações sobre a temática, bem como construir uma contextualização para o entendimento de como o diagnóstico, no contexto da escola, tem chamado a atenção de pesquisadores na área da Educação. Assim, ao dialogar com outros pesquisadores, são apresentados alguns casos ilustrativos, como forma de exemplificar a construção do diagnóstico. Intentou-se, com isso, refletir sobre as consequências de um diagnóstico superficial e aligeirado na vida de estudantes, partindo do pressuposto de que ações como essas podem se tornar negativas e irreversíveis para o processo de escolarização de alunos com dificuldade de aprendizagem que recebem diagnóstico de deficiência intelectual.

No primeiro capítulo, busca-se refletir como a família, a escola e os profissionais da educação podem auxiliar o aluno na busca por soluções com relação aos seus problemas adaptativos ou comportamentais, não recorrendo imediata e exclusivamente a uma intervenção médica.

O segundo capítulo apresenta a visão de alguns autores sobre a medicalização e a patologização da dificuldade no processo de escolarização, a fim de compreender os caminhos tomados por esse fenômeno no âmbito escolar. O objetivo é o de abordar o discurso medicalizante na escola, evidenciando a participação dessa instituição e do professor, mostrando também como o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) é utilizado durante o processo.

O terceiro capítulo tem como objetivo descrever um contexto de produção de diagnóstico, buscando evidenciar a patologização da dificuldade no processo de escolarização por meio de dados coletados na revisão de literatura. Considera-se necessária essa visão panorâmica da produção de diagnósticos no contexto escolar, a fim de conferir visibilidade à participação de todos os envolvidos no processo de escolarização e para compreensão dos impactos da patologização de comportamentos ou problemas de ordem cognitiva na vida de crianças e adolescentes. Aborda-se, ainda, as consequências do diagnóstico para a construção da subjetividade da criança, as patologias como justificativas para a dificuldade de aprendizagem, o uso e o perigo de psicofármacos para o futuro dos usuários. Por fim, é apresentado o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), que consiste em tendência na dinâmica da produção de diagnóstico.

1. A PATOLOGIZAÇÃO DO DIFERENTE E DA DIFICULDADE NO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO

Este capítulo aborda, por meio de uma revisão bibliográfica, a medicalização e a patologização como fenômenos inseridos em âmbito escolar. O objetivo é o de refletir sobre a inserção do discurso medicalizante no contexto da escola, evidenciando a participação dessa instituição e da família nesse processo. Além disso, aborda-se como o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) é utilizado nesse contexto.

1.1 PATOLOGIZAÇÃO: INÍCIO DO DIAGNÓSTICO

Este tópico visa aproximar o tema da presente investigação aos debates já incorporados ao meio acadêmico sobre a produção do diagnóstico relativa aos problemas de escolarização, enfatizando que a prática de tratar a dificuldade de aprendizagem como uma doença ou uma condição ligada à constituição biológica da criança nasceu por meio de um discurso mais amplo no campo da medicalização da vida.

Segundo Guarido (2010, p. 32), o conceito de medicalização foi, a partir da segunda metade do século XX, utilizado para “[...] tratar de uma maneira a partir da qual as vicissitudes do processo de aprendizado de crianças foram frequentemente traduzidas”. Para a referida autora, as explicações sobre questões de aprendizagem e fracasso escolar amparam-se, frequentemente, no saber médico, com o uso de uma linguagem classificatória para comportamentos e desempenhos fora do esperado pela família, pela comunidade escolar e pela sociedade.

Desse modo, compreender a patologização é fundamental para o entendimento de como a escola e a família assumiram esse discurso e incorporaram essa lógica de produção de diagnósticos, contribuindo, assim, para a expansão desse fenômeno.

A história do diagnóstico, no que se refere a dificuldade no processo de aprendizagem e comportamentos desviantes, se inicia com o professor identificando, às vezes já no primeiro bimestre, aqueles estudantes que não se encaixam nas normas estabelecidas pela escola. Tal situação muitas vezes recebe o aval de uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, que encaminham o estudante para avaliação clínica com o neuropediatra ou psiquiatra. Conduzido à clínica o

estudante é atendido, dependendo da disponibilidade de profissionais e submetido a uma avaliação que envolve exames clínicos, anamnese, escuta da família e professores com relação a características manifestadas nos ambientes que participa, é diagnosticado com algum transtorno e encaminhado para tratamento terapêutico e medicamentoso (GOMES, 2019, p. 54).

Sobre essa dependência, pode-se citar o filósofo austríaco Ivan Illich (1982), que fez uma crítica acerca da aplicação e extensão do poder médico. Segundo ele, essa forma de as pessoas se entregarem nas mãos do médico sem questionar reduz as possibilidades de enfrentarem sofrimentos e perdas resultantes da própria vida, transformando as dores naturais da vida em doenças. Conseqüentemente, muitos casos relacionados à temática representam o exercício de um poder social e político das instituições médicas, que regulam, definem e corrigem os limites do que é socialmente tolerável e permissível em um determinado momento.

Stolkiner (2013) ajuda a compreender essa situação ao afirmar que a intervenção médica não se limita apenas ao campo da doença, do desconforto ou da demanda dos pacientes, mas passa a ser imposta com autoridade, como no caso dos exames médicos para acesso a determinados empregos ou perícias psiquiátricas de ordem judicial.

Carvalho et al. (2015) trazem para essa discussão a medicalização da existência, a participação da indústria farmacêutica, que aproveita do discurso da patologização para levar adiante um negócio lucrativo na produção e na venda de medicamentos para todo tipo de sintoma comportamental sujeito a controles médicos, como mudanças associadas aos ciclos de vida, pequenos incômodos, origem de complexidades relacionadas com variações hormonais, depressão ou ansiedade leve. Essa prática demonstra que o referido fenômeno não é apenas uma forma de controle social, mas também um negócio lucrativo para as indústrias farmacêuticas.

Diante desse contexto, entende-se que a atenção à saúde da criança não é alheia ao fenômeno de transformar situações normais em patológicas e gerar doenças a partir de situações potencialmente tratáveis. Contudo, mesmo assumindo a multiplicidade de agentes envolvidos na mercantilização da doença, são as comunidades sanitárias e as instituições encarregadas da assistência à infância os principais responsáveis por compreender a complexidade e a necessidade de cada

indivíduo, propondo soluções possíveis e que não comprometam a saúde dos envolvidos (VIEGAS, 2015).

Uma pesquisa relevante sobre o tema em questão é a do psicoterapeuta Viegas (2015, p. 78), que se baseia na medicalização da infância em saúde mental e aborda, especificamente, casos de transtornos de atenção. Dentre suas principais conclusões, enfatiza que não há déficit neurológico associado ao diagnóstico. Assim, não foi encontrada – até o momento – uma etiologia orgânica para explicar a sua existência, visto que os parâmetros utilizados para o diagnóstico são meramente descritivos.

Dessa forma, entende-se que não existem testes médicos de diagnósticos que sejam capazes de examinar as características biológicas dos indivíduos para determinar a presença ou ausência de algum transtorno ou déficit de atenção (TDAH). O método fundamental de análise consiste na observação, por profissionais especializados, de determinadas áreas comportamentais, ou seja, subjetivas. Para facilitar a coleta de informações, escalas observacionais foram elaboradas com base na lista de sintomas definidores do transtorno. Essas listas consistem em uma transcrição literal dos requisitos do DSM-IV (FREITAS; ROTA JÚNIOR, 2014).

Cruz et al. (2016) afirmam que o uso de fármacos psicoestimulantes, como o Metilfenidato (um dos principais medicamentos utilizados no tratamento do TDAH), pode produzir sinais claros de docilidade em crianças e animais, sem, portanto, melhorar o desempenho acadêmico ou a gama de comportamentos que permita uma maior adaptação. Desse modo, o consumo continuado de psicoestimulantes, como o mencionado, provoca sintomas, como apatia, isolamento ou retraimento social, depressão emocional, inquietação e docilidade, além de comportamentos obsessivos e perseverantes.

Corroborando a pesquisa de Cruz et al. (2016), Sanches e Amarante (2014) enfocam a problemática dos processos de patologização e medicalização das crianças na sociedade atual, refletindo sobre a infância medicalizada na América Latina. O referido estudo destaca que a saúde mental é classificada com base na complexidade que a criança apresenta, considerando alguns agentes envolvidos, a saber: a influência do meio social em que a criança está inserida, a situação familiar a qual está sujeita e o ambiente escolar em que convive diariamente. Essas instituições – escola e família – são consideradas intervenientes na patologização da

infância, estabelecendo relação direta com o desenvolvimento de um indivíduo saudável ou com possíveis transtornos (MARINHO - ARAÚJO; ALMEIDA, 2010).

Sobre essa questão, Sanches e Amarante (2014) apresentam a abordagem terapêutica clínica como principal forma de resolução dos conflitos que desencadeiam os sintomas que afligem a criança. A mesma abordagem contempla o uso de medicamentos para apoiar o processo terapêutico nas situações que o justificam, pois considera que as alternativas de tratamento são diversas, e que cada uma delas deve ser ajustada às demandas apresentadas pela criança, em particular. Isso demonstra que a medicação, em alguns casos, é encarada pelos estudiosos como algo necessário.

Assim sendo, a patologização de comportamentos indesejáveis mostra-se como tendência na maioria das situações, dispensando a tentativa de solucionar o problema por meio não farmacológicos. Observa-se uma tendência preocupante com relação ao desenvolvimento infantil, que se torna condicionado à administração de medicamentos, na esperança de curar o que não é patológico, e sim uma característica própria da idade em que se encontra a criança (VIEGAS, 2015).

Meira (2012) enfatiza que há uma tendência, em âmbito mundial, indicando que há cada vez mais crianças em idade escolar (4, 5 e 6 anos) que, por apresentarem algum sintoma “suspeito” de uma possível patologia psicológica (TDAH, autismo, ansiedade, dislexia, fobias, entre muitos outros), recebem um diagnóstico apressado e são encaminhadas a um profissional, que passa a receita farmacológica. Ao propor um tratamento com drogas psicotrópicas ou psicoestimulantes, como a Ritalina, os resultados são efeitos colaterais ao usuário, podendo comprometer o desenvolvimento e o desempenho escolar.

Diante do que foi exposto até o momento, pode-se afirmar que é preocupante o fato de crianças serem diagnosticadas cada vez mais cedo. A medicalização não é um fenômeno relacionado apenas com o saber médico. Há, também, a escola, que reivindica formas de atendimento às dificuldades; a família, desejosa de que haja um tratamento milagroso, que, em uma única pílula, auxiliará na aprendizagem da criança; e a indústria farmacêutica, que viu na produção de diagnósticos um negócio rentável.

Diante disso, entende-se que se faz necessário delimitar o espaço em que as ações e evoluções da criança são registradas, impondo limites e regras acerca de seu crescimento e desenvolvimento.

A seguir, aprofunda-se a abordagem em torno do diagnóstico. Para tanto, é apresentado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e sua influência no processo de medicalização.

1.2 PARTICIPAÇÃO DO PROFESSOR E DA ESCOLA NO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

Compreende-se que as funções da escola foram se transmutando, de acordo com as necessidades e as modificações sociais. No entanto, a função de disciplinar e normalizar o comportamento por meio de novos mecanismos permanece. A escola se padroniza e, embora muitas estratégias de ensino tenham sido incorporadas e modernizadas, até o final do ano letivo, as crianças devem atingir um determinado nível para que possam ser promovidas. Aquelas que não respondem a esse programa e não atingem a “meta” geram desconforto em sala de aula. Para os docentes, isso significa, muitas vezes, situações de “transbordamento” (MONTE-SERRAT, 2007). Essas ações disruptivas por parte de alguma criança faz com que a escola a encaminhe ou solicite encaminhamento a um especialista (psiquiatra infantil ou neuropediatra), em busca de uma solução rápida e eficaz. Essa atitude reforça o enquadramento desse sujeito em classificações diagnósticas, de cunho patológico.

Há diversas situações dentro das escolas em que certas formas de atuação dos estudantes levam o mundo adulto a vincular comportamentos e/ou “transtornos” de aprendizagem ao contexto sócio-histórico-cultural, resultando em um efeito imediato, que desresponsabiliza escolas e famílias. Assim, a causa da dificuldade é atribuída a supostos déficits de natureza biológica em crianças, para os quais existem respostas médicas e farmacológicas (ABREU, 2006).

Essa visão tende a abordar, diagnosticar e patologizar a infância, entendendo que os obstáculos que surgem no processo ensino-aprendizagem, denominados de “problemas de comportamento”, parecem ser suficientes para estabelecer um diagnóstico. Um exemplo recorrente nas escolas é o caso de crianças inquietas, que apresentam dificuldade em prestar atenção durante as aulas.

Nota-se que cada sociedade, em um determinado momento, espera comportamentos específicos de crianças e adolescentes, estando as respostas desses indivíduos sujeitas à análise positiva ou negativa por parte da comunidade (CARVALHO et al., 2015).

Com base na ação de detectar “sinais”, é possível se referir ao que é “observável”, ou seja, a todas as características que podem ser detectadas por meio de uma avaliação perceptível, que, no caso, se refere à possibilidade de determinar quais são as principais dificuldades, bem como as aprendizagens possíveis que motivam a consulta. A maioria dos encaminhamentos são feitos pela própria escola, que detectou, na criança ou no adolescente, desempenho decrescente ou com altos e baixos (VIEGAS, 2015).

Segundo Christofari (2015), tudo o que é possível se enquadra na estrutura da cognição e pertence ao campo do denominado "sinal". Para avaliá-lo, não é necessário recorrer a testes padronizados, podendo ocorrer mediante observação das produções verbais e gráficas e das brincadeiras espontâneas realizadas pela criança ou pelo adolescente, bem como de relatos que a escola faz sobre eles, o que, geralmente, é suficiente para determinar o nível do funcionamento intelectual.

De acordo com Silva et al. (2013), há o predomínio de uma modalidade de diagnóstico que se guia apenas pela observação de sinais de comportamentos, sem considerar o contexto familiar, social e escolar. Diante disso, justifica-se a importância de compreender o nível de desenvolvimento da criança, identificando, por exemplo, as hipóteses na construção da leitura em que ela se encontra, se tem pensamento operativo, etc.

Pode-se tomar como exemplo o que vem ocorrendo em relação ao transtorno de TDAH, como um caso típico do problema da patologização e medicalização da infância e da adolescência. Nesse caso, verifica-se a preocupação da escola em selecionar apenas um traço, que é evidenciado, geralmente, pela falta de atenção, dentre uma série de outros fenômenos que podem ser: impulsividade, movimentos involuntários e incontroláveis, trocas de humor e ansiedade (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Salienta-se que o sistema de ensino insiste em exigir dos alunos um determinado tipo de atenção como condição necessária para a aprendizagem. Dessa forma, as escolas ainda seguem, em grande maioria, estilos de funcionamento cognitivos típicos de um tipo de subjetividade pedagógica, que era esperada em tempos passados, marcadamente diferente dos novos modos de atendimento (MEIRA, 2012).

Desse modo, é preciso abordar o conceito de subjetividade pedagógica e como esta implica diretamente na relação aluno-professor, estando atrelada ao

processo de patologização. Assim, o conceito de subjetivação pode ser descrito como a construção do sujeito, por assemelhar-se e, ao mesmo tempo, diferenciar-se do grupo e da vida social em processos singulares e históricos (MONTE-SERRAT, 2007). A subjetividade consiste em diversos valores, bem como expectativas, necessidades e sonhos de um sujeito; atua como um filtro diante da realidade social, sendo responsável por conferir-lhe um significado e sentido. Logo, entende-se que é por meio dela que o ser humano é capaz de interpretar e reagir aos fatores externos que o rodeiam.

Com relação ao conceito pedagógico, a subjetividade pode ser aplicada à relação professor-aluno, consistindo no principal elemento para identificação das características e necessidades do aluno, por parte do docente. Este tem como uma de suas funções identificar possíveis dificuldades de adaptação ou comportamentos, auxiliando a família na busca por melhores alternativas e tratamentos (CARVALHO, 2015).

As dificuldades que tantas crianças revelam em focar a atenção nas aulas, por longos períodos de tempo, assumem o caráter de "problema" diante da maioria da sociedade. Dessa forma, é imprescindível que o professor, dotado de sua posição de autoridade, possa exercer a subjetividade pedagógica de forma a detectar o problema em seu aluno, ajudando a resolvê-lo e dispensando, em um primeiro momento, solução de cunho farmacológico.

1.3 DSM: TRAJETÓRIA E PERSPECTIVAS ATUAIS

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é um documento que orienta no diagnóstico de transtornos mentais, sendo utilizado por vários profissionais da área da saúde, como médicos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Considerando a sua importância, o presente tópico traz um breve histórico desse manual e como o seu uso popularizou-se e tornou-se referência no diagnóstico de patologias mentais por parte da medicina.

De acordo com Guarido (2010), a preocupação inicial por parte da sociedade era com as crianças, para que estas chegassem à idade adulta em pleno funcionamento de suas capacidades mentais. Foi com base nisso que o diagnóstico médico passou a ser vinculado à ideia de estratégia disciplinar e utilizado na correção de desvio do comportamento indesejável.

Na busca para tratar enfermidades, a medicina emprega vários recursos de investigação, visando confirmar um diagnóstico. Dentre esses recursos, estão a realização de exames laboratoriais e de imagem como tomografias, as ultrassonografias e o raio-X. O campo da psiquiatria não trabalha com exames que apontem um diagnóstico, sendo o instrumento utilizado para confirmação de diagnóstico a observação clínica, levando em consideração os sintomas relatados pelo paciente ou de quem convive com ele. Nesse âmbito, o DSM é tomado como referência para auxiliar e concluir o diagnóstico e tratar doenças mentais (MARTINEZ, 2009).

Desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o DSM tem como função principal descrever a maioria dos transtornos psiquiátricos. Sua estrutura está em um documento oficial, em que são descritos todos os quadros psiquiátricos reconhecidos pela ciência. Compreende-se a sua importância por ser frequentemente utilizado por profissionais da psiquiatria como um guia da saúde mental em suas práticas clínicas, visando normalizar, homogeneizar e tratar alguns comportamentos classificados como inadequados pela medicina (APA, 2013).

De acordo com Souza (2009), a primeira edição do DSM data de 1952. Nesta, foi apresentada uma lista contendo 76 diagnósticos, divididos em categorias, sendo a doença mental tratada como uma conduta psicossocial, com forte influência psicanalítica. À época, empregava-se alguns termos e expressões arcaicas, como mecanismo de defesa, neurose e conflito neurótico. A segunda edição do DSM (DSM- II) não trouxe basicamente nenhuma alteração em relação ao DSM-I, mas abandonou a noção de reação biopsicossocial dos transtornos mentais, enfatizando mais os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico, apresentando uma forte influência da psicanálise. Outra edição foi elaborada no ano de 1980, o DSM-III, com grande impacto na psiquiatria e na elaboração de diagnósticos. Posteriormente, a APA lançou, em 1994, a quarta edição do Manual, o DSM-IV, trazendo 297 categorias, com mais dados e expansão dos diagnósticos. Em maio de 2013, a sua mais nova edição, o DSM-V, foi oficialmente publicado, apresentando mudanças conceituais e incorporação de diversas categorias diagnósticas (APA, 2013).

Para Silva e Lima (2020), diagnosticar um transtorno mental é uma situação complexa, bem como uma questão de opinião do profissional, visto que não há nenhuma medida laboratorial que possa documentar objetivamente a existência dos

possíveis transtornos mentais na infância. Dessa forma, os diagnósticos reduzem-se à somatória de sintomas, ficando a cargo dos médicos a decisão de diagnosticar ou não um paciente com determinado sintoma. Assim, é possível perceber as questões subjetivas que recaem sobre os diagnósticos e a ausência de validação científica que possam justificá-las.

Ressalta-se que, a cada nova versão do DSM, novas categorias psiquiátricas foram incorporadas, e as discussões das patologias avançaram sobre áreas que, anteriormente, não eram tidas como passíveis de abordagens fisicalistas, mostrando-se, no máximo, como alvo de compreensões ou intervenções psicológicas (COLLARES; MOYSÉS, 2010).

Acerca do tema, Cervo et al. (2014) afirmam que há uma tendência à psiquiatrização na sociedade, visto que já existem, na literatura, quase 500 tipos descritos de transtornos mentais e comportamentais. Assim, algumas características de personalidade que poderiam ser solucionadas com ações lúdicas e práticas integrativas, passam a ser compreendidas como patológicas, como timidez, insegurança, fobias, dando início, dessa forma, à medicalização precoce.

Em casos em que a criança esteja passando por momentos de agitação na escola ou encontrando dificuldades em focar sua atenção no conteúdo, ela pode vir a receber um diagnóstico, sendo atribuído um laudo de possível transtorno de atenção ou de hiperatividade, deficiência intelectual, dentre outros. Percebe-se, dessa forma, o aumento do número de diagnósticos psiquiátricos, o que revela vantagens econômicas para a saúde financeira das indústrias farmacêuticas (KEEVES, 2015).

Essa forma de diagnóstico recebe críticas devido à excessiva classificação e à inclusão de muitas variantes da normalidade sob o olhar de doença mental, sustentando o conceito de transtorno mental, promovendo a medicalização da vida e da infância, sugerindo medicamentos caros e prejudiciais à saúde (JANIN, 2010).

Observa-se que o DSM tem sido bastante empregado, de modo a diagnosticar algum transtorno mental, principalmente na infância, sendo uma referência para os profissionais no que se refere ao diagnóstico e ao tratamento de transtornos mentais. Contudo, muitos comportamentos característicos do indivíduo, como timidez ou retraimento social, tendem a ser vistos por profissionais como possíveis manifestações de ordem patológica, levando muitas pessoas a fazerem uso intensivo de psicofármacos.

1.4 MEDICALIZAÇÃO: A INTERVENÇÃO QUE PROMETE “CORRIGIR” SUPOSTOS TRANSTORNOS

Com relação ao DSM e ao seu uso como principal ferramenta no diagnóstico de transtornos mentais, é imprescindível abordar a intervenção medicamentosa, que promete curar os transtornos identificados na infância.

Segundo Carvalho (2015), a psiquiatria atual modificou-se, de forma a sujeitar os indivíduos ao biológico. Isso significa que questões individuais, que fazem parte da característica do sujeito, passam a um estado de submissão, sendo que o tratamento com medicamentos ganha destaque, apresentando-se como o único meio possível.

Neste sentido, pode-se afirmar que o diagnóstico de transtornos mentais está diretamente relacionado com a medicação, visto que os efeitos dos fármacos atribuem veracidade aos diagnósticos dos profissionais (GUARIDO, 2010). Destaca-se que, nesse cenário, fatores não biológicos, como a historicidade, a subjetividade e a etiologia, dão desconsiderados pela psiquiatria contemporânea. Nota-se uma tendência em atribuir um diagnóstico patológico à variabilidade de sintomas do sujeito, sem considerar a subjetividade.

Portanto, o médico é o responsável por definir a complexidade da dor de seu paciente. Muitas vezes, o sujeito aceita o tratamento prescrito e se põe em segundo plano, como passivo perante a situação (TESSER, 2010). Esse processo dá origem a um sentimento de medo do desconhecido e de desamparo, o que leva o indivíduo a crer em uma única maneira de curar sua dor, a de utilizar os fármacos receitados.

De acordo com Carrijo (2017), o avanço do conhecimento e do tratamento médico baseado em medicamentos e no desenvolvimento científico-tecnológico da indústria não é questionado. Preocupante e eticamente repreensível são os “abusos” observados nessas práticas, sendo muitas prejudiciais à saúde, sob diversos pontos de vista. Diante disso, entende-se que o grande desafio está em examinar concretamente como se dá o processo de expansão dos diagnósticos, expondo a relação entre os interesses econômicos de indústrias farmacêuticas e aquilo que é essencial: o bem-estar social (CAMARGO JUNIOR, 2013).

O fenômeno de medicar qualquer desvio comportamental pode ser entendido como uma forma de controle da sociedade. Nesta, há uma expectativa que deve ser

atendida para que o indivíduo seja aceito como membro. Em muitos casos, o medicamento é aceito sem questionamentos pela família e pela escola. Por trás disso reside o pensamento de que a criança receberá o atendimento de que precisa para avançar na aprendizagem. A escola justifica que o problema não está na prática pedagógica, mas no aluno, que passará a receber uma atenção especializada, desconsiderando a diferença e exaltando o tratamento.

Evidencia-se que os medicamentos administrados nos casos de transtornos mentais têm como referência o Metilfenidato (com nome comercial de Ritalina ou Concerta), que são fármacos estimulantes do sistema nervoso central. São indicados para o tratamento de casos de déficit de atenção. Todavia, não são fármacos indicados a todos os indivíduos, pois, antes de receitá-lo, o médico deve-se proceder à análise da condição da pessoa (SANCHES; AMARANTE, 2014). E mais, deve-se preocupar com os efeitos colaterais, como insônia, cefaléia e redução de apetite, cabendo ao profissional verificar se esses efeitos justificam os supostos benefícios e superam todo o transtorno causado ao paciente (COLOMBANI; MARTINS, 2014).

Para a compreensão acerca dos diagnósticos realizados pelos profissionais, é preciso estabelecer diferenças conceituais existentes entre o que é considerado sintoma e o que é tido como sinal. Sintomas podem ser classificados como as queixas de um indivíduo; os sinais, por sua vez, são manifestações percebidas externamente por outro indivíduo (SOUZA, 2010).

E ainda, além do papel do profissional médico em diagnosticar corretamente os possíveis transtornos mentais, uma instituição mostra-se imprescindível nesse processo, a escola. Entende-se que esta também é responsável pelo encaminhamento de crianças e adolescentes para possíveis tratamentos, visto que aqueles que fogem à regra e às expectativas esperadas naquele ambiente estão sujeitos a serem encaminhados a uma consulta médica (CERVO; SILVA, 2014).

Os tratamentos propostos podem ser padronizados para quaisquer transtornos mentais ou comportamentais, dado que supõem um percurso linear e previsível. Partindo da premissa que a criança amadurece, sem oscilações, de forma contínua e progressiva, de acordo com uma determinada programação genética, pode-se seguir um padrão para todos os transtornos infantis, sem considerar as características intrínsecas ao sujeito (CARVALHO et al., 2015).

De acordo com Baroni (2010), é preciso superar a abordagem clínica, pois crianças e adolescentes que chegam à consulta devido a problemas de aprendizagem, déficit de atenção ou transtornos comportamentais, deveriam, primeiramente, ser vistos como sujeitos únicos e singulares, bem como dotados de características particulares, considerando o processo de constituição e que estão imersos em um determinado contexto social.

Assim, ao considerar o fenômeno social e tendencioso da patologização/medicalização, observa-se uma abordagem menos individual do profissional para com o sujeito que apresenta determinadas condições, sem considerar suas particularidades. Geralmente, o profissional parte de categorias universais e padronizadas que pretendem programar todo o curso do tratamento, seguindo um protocolo preestabelecido (BASTOS, 2013).

Diante do diagnóstico, tanto a criança quanto seus familiares iniciam um árduo processo de aceitação, em que as dificuldades tendem a perdurar durante todo o tratamento, haja vista que não há escolha por parte do paciente, sendo imposto a estas regras e padrões, sem considerar opiniões ou sentimentos (CARRIJO, 2017). Com isso, mostra-se cada vez mais recorrente o diagnóstico de crianças e jovens que apresentam transtornos, com uma média de dois alunos por sala de aula. As patologias mais diagnosticadas nesses sujeitos em idade escolar são: Transtorno do Espectro do Autismo, Transtorno de Déficit de Atenção e o Transtorno de Desenvolvimento Geral (CHRISTOFARI et al., 2015).

Salienta-se que os professores, que são as peças-chave no desenvolvimento escolar, não dispõem de informações concretas acerca dos possíveis transtornos em sua formação acadêmica, o que dificulta a tarefa em notar as dificuldades dos estudantes diagnosticados (CHRISTOFARI et al., 2015).

Devido à recorrência de diagnósticos de transtornos mentais em crianças e adolescentes, deve-se reivindicar a responsabilidade e destacar a ética dos profissionais médicos, que, com sua assinatura, podem modificar completamente o desenvolvimento de uma criança.

Os professores também desempenham papel fundamental no que se refere ao diagnóstico de transtornos em estudantes, pois participam ativamente da vida deles, enfrentando todos os dias uma multiplicidade de dilemas que transcendem as esferas de seu próprio compromisso. Todavia, muitos educadores se encontram sem ferramentas para enfrentar esses problemas (CARVALHO et al., 2015).

Para um tratamento diferenciado, considera-se imprescindível que as práticas realizadas pelos profissionais envolvam novos estudos, com os objetivos de conscientizar e atualizar os profissionais, bem como uma reformulação nas grades curriculares dos professores em formação. Além disso, um trabalho psicológico de preparação deve ser realizado com os futuros docentes, que devem estar aptos a enfrentar as inúmeras realidades sociais e problemas decorrentes do contexto social e familiar aos quais os alunos estão submetidos (CARVALHO et al., 2015).

Verificou-se, até aqui, como se dá o processo de medicação de estudantes que apresentam determinados comportamentos considerados como fora do padrão, e como isso se mostra como tendência social. Desse modo, compreende-se que os papéis de educadores, familiares e do Estado precisam ser debatidos e revistos, uma vez que estão todos diretamente relacionados com o encaminhamento da criança ou do adolescente à clínica, tendo, de certa forma, participação no fenômeno da patologização. Diante disso, cabe a essas instituições notarem as limitações apresentadas por crianças e adolescentes e proporem soluções, respeitando a individualidade e as formas de se relacionar com o conteúdo escolar de cada um.

1.5 PROFESSORES E FAMÍLIA FRENTE ÀS NOVAS REALIDADES NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM E À MEDICALIZAÇÃO

Propõe-se neste tópico abordar como as instituições família e escola podem modificar o futuro de um estudante diagnosticado com algum transtorno mental, estando diretamente relacionados com o encaminhamento do indivíduo a um tratamento medicamentoso, que pode ser evitado, em muitos casos, com a participação ativa dessas instituições na vida de crianças e adolescentes.

Com relação à figura do docente, destaca-se o caráter sócio-histórico envolvendo a profissão, que constantemente se modifica para atender às demandas da sociedade. Como afirma Meire (2012), a profissionalização do professor está ligada à qualidade do ensino e, conseqüentemente, ao desenvolvimento satisfatório do seu aluno (MEIRE, 2012). Portanto, é importante que se tenha em mente que o foco da escolarização deve ser o aluno e a sua construção como cidadão ativo em sociedade.

A qualidade da educação sempre foi um argumento político para a construção de uma sociedade desenvolvida. Contudo, entende-se que melhorar a qualidade do ensino se mostra como uma demanda histórica e permanente na maioria dos países. Cada nação organiza seu processo educacional por meio de um sistema de formação, visando minimizar ou reduzir as desigualdades sociais, de acordo com o seu desenvolvimento e as suas demandas (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Neste sentido, compreende-se a importância de o educador estar apto a reconhecer a gama de situações que podem envolver os problemas dos estudantes (sociais, econômicos e familiares), levando em consideração as experiências informais que cada um traz. Assim, o docente deve focar a atenção no atendimento às necessidades, aos interesses, às habilidades e às competências do aluno (ADAMS, 2005).

As mudanças na educação, no final do século XX, ocorreram mediante a descentralização do Estado até a mutação do próprio conceito de educação, provocada pelo estabelecimento de uma nova relação entre esse campo e a economia. Nesse contexto, o baixo rendimento escolar passou a ser considerado com um problema patológico e social, devido à alta incidência e prevalência. Ressalta-se, contudo, que as dificuldades de aprendizagem nem sempre são de cunho patológico. Neste sentido, há casos em que o tratamento medicamentoso é dispensável (GUARIDO, 2010).

Compreender o fracasso escolar como uma situação de "anormalidade" trata-se de uma mudança recente e que está relacionada com o fenômeno social de patologização dos transtornos comportamentais. Historicamente, a qualidade do corpo docente era questionada de forma menos severa, sendo comum haver crianças e adolescentes com mais dificuldades de aprendizagem. Entretanto, a sociedade passou por inúmeras transformações – econômicas, políticas e ideológicas –, refletindo no que passou a ser aceitável ou não nos ambientes escolares. Com a contínua reformulação da educação, o período de "inocência", em que o fracasso escolar era "justificado", foi deixado para trás, abrindo espaço para a necessidade em tratar quaisquer comportamentos considerados fora do padrão esperado socialmente (POSNER, 2014).

Em consonância com esses problemas comportamentais citados, principalmente em escolas de países desenvolvidos, outros problemas derivados do modelo social têm surgido e preocupado os docentes, como a violência escolar.

Nota-se que os conflitos em sala de aula e a desmotivação dos alunos têm reduzido a eficácia dos sistemas educacionais, resultando em comportamentos de indiferença e/ou rebeldia. Dessa forma, as situações de confronto a que os professores estão submetidos resultam em aumento da indisciplina e da violência, haja vista que essas ações ultrapassam o limite da tolerância (STARFIELD et al., 2018).

É importante registrar que o mau desempenho escolar está relacionado com diversos fatores, o que leva o docente à perda de confiança e à desmotivação em exercer o trabalho. Contudo, vem se mostrando comum transformar qualquer anormalidade vivenciada com alunos dentro da escola em um problema de saúde (CRUZ et al., 2016). Com isso, a medicalização de estudantes com dificuldades de aprendizagem tornou-se um tipo de solução mágica para um problema escolar e social complexo. Contudo, medicar para solucionar problemas de ordem comportamental não garante sucesso na vida escolar, podendo apenas silenciar os indicadores escolares negativos (KEEVES, 2015).

De acordo com Shalock (2018), a escola faz parte de uma sociedade que encara o fenômeno da medicalização necessário, sendo a melhor alternativa transformar determinados comportamentos em doenças.

Há um círculo vicioso que se retroalimenta da patologização. Estudantes, quando medicados, passam a não ser mais vistos como problemáticos, sendo menos advertidos no ambiente escolar. Neste sentido, não se pode esperar uma avaliação objetiva dos professores diante situações desse tipo, pois se trata de um cenário complexo (MARINHO-ARAÚJO; ALMEIDA, 2010).

Além disso, as famílias experimentam um sentimento de culpa devido ao conflito que ocorre em sala de aula. Assim, a medicalização de crianças e adolescentes mostra-se a elas como uma promessa de cura e reestruturação do ambiente familiar. Portanto, a demanda por melhorias no ambiente pedagógico faz com que famílias e professores estabeleçam união, e estes adotam a medicação como meio para resolver os problemas (COLLARES; MOYSÉS 2014).

A medicalização do baixo desempenho escolar implica, em diversos casos, tratamento medicamentoso desnecessário, pois muitas crianças apresentam apenas problemas de atenção, concentração ou aprendizado. Ao introduzir uma administração medicamentosa precoce, corre-se o risco de deixar marcas durante o desenvolvimento do sujeito (CARVALHO et al., 2015).

Entende-se que a normalidade não deve ser interpretada como homogeneidade, dado que o comum e esperado é que as crianças tenham comportamentos diversos e que suas peculiaridades sejam contempladas pelo sistema ensino, considerando tempo e lugar. Neste sentido, a educação deve ser vista como um processo construtivo e permanente, que tem como objetivo formar sujeitos. Para que o aluno aprenda, é necessário que se torne sujeito ativo de sua aprendizagem, participando das decisões que dizem respeito à escola e à sua vida (BARONI, 2010).

É importante reconhecer que não é possível que ocorra a aprendizagem sem sujeito e sem ação. Por isso, a participação do indivíduo é fundamental para a própria natureza do ato pedagógico. Por meio da convivência diária na escola, das relações estabelecidas, os estudantes ensinam e aprendem. Desse modo, expor a criança ao processo de patologização é como privá-la do direito de exercer sua cidadania (DONZELOT, 2008).

Desse modo, é importante compreender como os profissionais médicos recorrem a manuais consolidados, como o DSM, visando atribuir um diagnóstico para os casos de transtornos comportamentais de crianças e adolescentes. Essa é uma prática não eficaz, visto que as pessoas possuem particularidades, características e individualidade, não podendo ser rotuladas por meio de manuais.

1.6 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA, DA ESCOLA E DA SOCIEDADE NA CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Intenta-se, neste tópico, compreender a importância da escola e da família no que se refere ao desenvolvimento da criança; conseqüentemente, na construção da subjetividade do indivíduo. O objetivo é refletir como a família, a escola e os profissionais da educação podem auxiliar o aluno na busca por soluções com relação aos seus problemas adaptativos ou comportamentais, não recorrendo imediata e exclusivamente a uma intervenção médica.

Sem a pretensão de fazer uma análise aprofundada, apresenta-se, a seguir, uma composição musical com o objetivo de mostrar elementos que fazem parte da construção subjetiva da criança, indicando por meio da frase “criança não trabalha, criança dá trabalho” alguns aspectos para se poder pensar a infância.

Ao relacionar a música com o objeto de estudo, a medicalização, pode-se afirmar que a letra nos oferece uma maneira de enxergar a criança para além da patologização. Criança estuda, brinca, imagina coisas, corre, faz confusão. Mostra-se agitada, desatenta, às vezes, ou foca a atenção em objetos que podem não ser o de interesse da escola:

“Lápis, caderno, chiclete, pião
Sol, bicicleta, skate, calção
Esconderijo, avião, correria, tambor, gritaria, jardim, confusão”

O natural é que a criança viva intensamente a vida. O controle, por meio de rótulos e medicamentos é desumano, principalmente quando a intenção é apenas enquadrar o comportamento de forma a não dar trabalho às pessoas.

Criança Não Trabalha, criança dá trabalho.

Lápis, caderno, chiclete, pião
Sol, bicicleta, skate, calção
Esconderijo, avião, correria, tambor, gritaria, jardim, confusão

Bola, pelúcia, merenda, crayon
Banho de rio, banho de mar, pula cela, bombom
Tanque de areia, gnomo, sereia, pirata, baleia, manteiga no pão

Giz, merthiolate, band-aid, sabão
Tênis, cadarço, almofada, colchão
Quebra-cabeça, boneca, peteca, botão, pega-pega, papel, papelão

Criança não trabalha, criança dá trabalho
Criança não trabalha

Lápis, caderno, chiclete, pião
Sol, bicicleta, skate, calção
Esconderijo, avião, correria, tambor, gritaria, jardim, confusão

Bola, pelúcia, merenda, crayon
Banho de rio, banho de mar, pula cela, bombom
Tanque de areia, gnomo, sereia, pirata, baleia, manteiga no pão

Criança não trabalha, criança dá trabalho
Criança não trabalha

Giz, merthiolate, band-aid, sabão
Tênis, cadarço, almofada, colchão
Quebra-cabeça, boneca, peteca, botão, pega-pega, papel, papelão

Criança não trabalha, criança dá trabalho
Criança não trabalha

1, 2 feijão com arroz
 3, 4 feijão no prato
 5, 6 tudo outra vez

Lápis, caderno, chiclete, pião
 Sol, bicicleta, skate, calção
 Esconderijo, avião, correria, tambor, gritaria, jardim, confusão

Bola, pelúcia, merenda, crayon
 Banho de rio, banho de mar, pula ceta, bombom
 Tanque de areia, gnomo, sereia, pirata, baleia, manteiga no pão

Criança não trabalha, criança dá trabalho
 Criança não trabalha, criança dá trabalho
 Criança não trabalha, criança dá trabalho
 Criança não trabalha, criança dá trabalho

Composição: Arnaldo Antunes.

1.7 A PARTICIPAÇÃO DA ESCOLA NO COTIDIANO DO ALUNO

Ao buscar identificar a participação da escola no cotidiano do aluno, com a intenção de elucidar como essa instituição interfere na construção da subjetividade da criança, parte-se da concepção de educação como ato de humanização, considerando a escola um ambiente de constituição de subjetividades, uma tarefa que vai além da transmissão de conhecimentos produzidos culturalmente. Dessa forma, entende-se que o desenvolvimento do que é tipicamente humano se dá pela apropriação ativa dos conteúdos produzidos historicamente, ou seja, em íntima relação com a aprendizagem. Destarte, a escola não deve atuar por meio da transmissão passiva de conteúdo. Ao contrário, deve ser capaz de criar possibilidades de desenvolvimento das funções psicológicas superiores (SILVA; LIMA, 2021).

No processo de socialização, que requer a construção do vínculo social humanizador durante a infância e a adolescência, a escola ocupa lugar de destaque. Isso porque, pode contribuir significativamente para conformar as tramas singulares da subjetivação infantil (VIEGAS, 2015).

Considerando a ideia de saúde mental, a escola pode ser vista como um laboratório clínico, devido aos diversos problemas identificados em crianças e adolescentes. E isso envolve discursos e práticas pedagógicas que estão em

expansão e atrelados ao fenômeno social de patologização e medicalização na educação (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Há uma tendência, por parte de alguns educadores, com explicações baseadas em forte viés biológico, de atribuírem as causas das dificuldades de aprendizagem a razões orgânicas, sem considerar que muitos comportamentos podem ser corrigidos com intervenções não medicamentosas. Mesmo que indiretamente, constrói-se uma barreira entre estudantes e professores, bloqueando as possibilidades de outros tipos de intervenções.

Desse modo, é fundamental um olhar crítico sobre as concepções de ensino vinculadas à tendência de encaminhar estudantes, diante de qualquer tipo de dificuldade, as consultas clínicas, sob suspeita de terem deficiências ou transtornos cognitivos e comportamentais. Para eles, espera-se a indicação de tratamentos mediante a administração de psicofármacos, acompanhados de “treinamento comportamental” e/ou programas de reeducação psicopedagógica (CARVALHO et al., 2015).

Essas concepções reforçam o discurso médico, e este continua a se oferecer como dispositivo normatizador do comportamento, não levando em consideração as características intrínsecas e particulares dos indivíduos que estejam manifestando sentimentos de sofrimento (BARONI, 2010).

Devido ao fenômeno da patologização/medicalização na infância, observa-se uma significativa incidência de discursos de profissionais da área da psicologia, bem como da psicopedagogia, que atuam nos chamados “gabinetes psicopedagógicos”, representando os profissionais que emitem o diagnóstico (TESSAR, 2010). Da mesma forma, compreende-se que o posicionamento dos educadores tende a contribuir, mesmo que indiretamente, para consolidar a ideia de não se envolverem ou se responsabilizarem pela aprendizagem dos alunos quando estes manifestam algum tipo de dificuldade.

Com relação ao aumento do número de crianças e adolescentes diagnosticados com supostos transtornos ou deficiências cognitivas (como TDAH, TEA ou dislexia), enfatiza-se a necessidade de criar espaços de revisão das práticas das equipes psicopedagógicas escolares, que trabalham em paralelo ou com os professores, com vistas a um melhor tratamento para as crianças diagnosticadas. Nota-se a importância em criar medidas pedagógicas que articulem os papéis de

professores, profissionais médicos e familiares, pois, juntos, são peças-chave no desenvolvimento da criança (VIEGAS, 2015).

De acordo com Veras (2017), é preciso entender que o fenômeno social da patologização está implícito no ambiente escolar, bem como na instituição familiar, mesmo que indiretamente. E isso se relaciona com os diagnósticos de transtornos frequentemente atribuídos pelos profissionais médicos. Em outros termos, é preciso que o profissional da saúde observe atentamente a expressão sintomática individual dos problemas complexos de vários tipos, que não se esgotam na descrição e na quantificação do número de estudantes com problemas de comportamento e com dificuldades de aprendizagem (VIEGAS, 2015).

Os discursos patologizantes e medicalizantes sobre os chamados “alunos problemáticos” vêm se conformando com reivindicações hegemônicas, o que deve ser considerado elemento explicativo fundamental do que vem ocorrendo dentro das instituições de ensino. Assim, pode-se situar esse fenômeno como uma espécie de superficialização da nosologia médica, impactando plenamente o campo educacional, uma vez que não são poucos os profissionais de saúde mental que atuam na educação (CARVALHO et al., 2015).

Sublinha-se que a instituição escolar não deve funcionar como um simples local que recebe crianças e adolescentes. Esse local deve ser capaz de acolher e educar os estudantes, considerando a constituição da subjetividade desses sujeitos. E essa constituição, por sua vez, depende do desenvolvimento de funções cognitivas, que podem ou não ser adequadas às expectativas da escola e da família (BARONI, 2010).

Atitudes e comportamentos que se esperam de um estudante no ambiente escolar, como prestar atenção na aula, permanecer quieto até que o professor permita a fala, escrever de forma legível, resolver cálculos matemáticos, dentre outros, não nascem com o sujeito. São construídos a partir do desenvolvimento dele como ser humano, por meio de processos complexos, envolvendo fatores em interação. Por isso, há necessidade de considerar as variáveis ambientais, que se referem às experiências socioculturais do sujeito e mantêm íntima relação com a vida escolar (CERVO et al., 2014).

Vigotsky (2010) explica que a escola está inserida em um determinado contexto sociocultural. Nesta perspectiva, a infância, para esse psicólogo, é vista como “puro devir”. Assim sendo, cada criança ou adolescente é pensado como um

indivíduo que se constitui como tal. Essa concepção leva ao entendimento de que professores podem exercer influência sobre os alunos. Portanto, deve-se ter cuidado ao tratar assuntos relacionados a comportamentos e aprendizagem no âmbito dos gabinetes psicopedagógicos, para não reforçar a patologização e a medicalização da infância (MAESTRE, 2009).

Para compreender o que acontece com as crianças, não basta apenas pensá-la a partir de uma perspectiva psicopatológica, mas também deve-se explicá-la do ponto de vista social, o que envolve família e escola. Ressalta-se que os acessos de angústia que as crianças manifestam no ambiente escolar adquirem legibilidade própria ao reconhecê-los também em sua dimensão de sintoma social (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Dessa forma, a participação efetiva das instituições escolares no desenvolvimento do indivíduo é capaz de determinar como este se manifestará no seu processo de aprendizagem. Diante disso, é essencial que haja acompanhamento de estudantes que apresentam problemas comportamentais e de aprendizado, considerando as características e as individualidades de cada um.

1.8 A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO FAMÍLIA, ESCOLA E MEDICALIZAÇÃO

A família cumpre função primordial na socialização das crianças. Segundo Carvalho et al. (2015), essa instituição consiste no principal agente de socialização, reproduzindo os diferentes padrões culturais em cada indivíduo. Ela não só transmite normas éticas, mas também garante à criança as primeiras instruções sobre as regras sociais vigentes, bem como molda o caráter infantil. Por ter uma enorme influência nas emoções desses sujeitos, a família encarrega-se de transmitir modos de pensar e agir, e estes se transformam em hábitos, afetando toda a experiência das crianças.

A relação entre família e escola vem passando por transformações, e isso ocorre devido às mudanças na sociedade. As primeiras escolas mantinham uma união estreita com a comunidade. No início do século XX, começaram a se distanciar. O trabalho pedagógico tornou-se cada vez mais especializado e complexo. Os professores ministravam disciplinas e utilizavam métodos distantes da experiência de pais e mães, que pouco tinham a dizer sobre o que acontecia nas salas de aula (DONZELOT, 2008).

Esse distanciamento foi mantido por muito tempo, e os objetivos de cada instituição pareciam ser diferentes. Na contemporaneidade, argumenta-se que ambas têm influências sobrepostas e responsabilidades compartilhadas; portanto, a relação entre elas deve ser redefinida sob o prisma da colaboração (COUTINHO et al., 2018).

Conforme Colombani e Martins (2014), há, pelo menos, três perspectivas analíticas das quais emergem três representações associadas à relação família-escola: a perspectiva da eficácia escolar; a perspectiva da sociedade do conhecimento; a perspectiva sociocultural. A perspectiva da eficácia escolar concebe essa relação como um efeito que, sendo positivo, se integra ao sistema de treinamento; sendo negativo, é excluído, e sua ponderação é compensada pela escola. Com relação à perspectiva da sociedade do conhecimento, no contexto da mudança educacional, Tassar (2010) defende essa relação como espaço de transações comerciais do serviço educacional, no qual a família atua a partir do papel de consumidor. A perspectiva sociocultural concebe o vínculo família-escola como uma relação entre instituições, que tende a ser descontínua e desconectada.

Considerando essa última perspectiva, os primeiros estudos sobre a relação família-escola surgiram a partir da década de 1950, visto que se tratava de um assunto pouco estudado, cujos achados focalizavam nas influências da família ou da escola, de maneira isolada, mesmo havendo uma preocupação em estabelecer vínculos colaborativos. Por exemplo, nos Estados Unidos, desde o início do século XX, existiam profissionais, como assistentes sociais, que trabalhavam em escolas na modalidade de professores auxiliares e que se preocupavam em melhorar a relação e a cooperação entre as duas instituições mais importantes na vida da criança: a escola e a família (SILVA, 2015).

A família corresponde a uma das esferas que mais impactam a formação da criança como pessoa. É a instância de socialização por excelência. É onde se aprende a conviver com os outros, a abraçar certos valores, a conectar-se e a interpretar o mundo.

Observa-se que o desafio de incorporar pais ou responsáveis no processo de formação torna-se mais complexo quando aborda contextos de vulnerabilidade social, visto que, aqui, a participação da família é vista, antes, como um obstáculo. No entanto, independentemente de quão vulnerável seja o contexto das crianças, reconhece-se que a família e outras instâncias específicas do contexto ou das

condições imediatas e mediadoras em que ocorre a aprendizagem das crianças têm forte influência sobre elas.

Assim, no ambiente escolar, o modo como a família atua frente as dificuldades e vulnerabilidades das crianças impactam o processo de aprendizado. No entanto, em função das mudanças constantes na forma de ensinar e na apresentação de conteúdos mais distantes da realidade, a família, muitas vezes, deposita o ato de ensinar somente à escola, além de aceitar a avaliação que é feita com relação à criança. Se a escola avalia que a criança tem algum problema e que este esteja interferindo na aprendizagem, a tendência é a de que a família aceite e acate a ordem de levar a criança ao médico para que esse profissional dê um diagnóstico sobre o que está impedindo a criança de aprender.

Essa dependência é apresentada por Okamoto (2013, p. 93) como enfraquecimento familiar, como “[...] fragilização dos vínculos familiares, expressos pelas dificuldades em compor regras, limites e, principalmente, nos cuidados dispensados aos filhos com relação à satisfação das necessidades e controle dos impulsos agressivos de forma adequada”.

Para a referida autora, essa situação desencadeia a demanda por especialistas, demonstra o fortalecimento do discurso psiquiátrico no contexto da educação e, como mencionado, reforça a hegemonia do saber médico sobre o saber pedagógico. Isso leva a uma procura por diagnósticos que não só expliquem o não aprender, mas também tranquilizem a família e a escola com relação à responsabilidade pela não, sendo que essa responsabilidade recai sobre o sujeito que não aprende, isto é, à criança que não dá as respostas exigidas por apresentar um distúrbio de ordem biológica.

1.9 A CRIANÇA, SUAS CARACTERÍSTICAS E SEUS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

É importante refletir sobre a criança e suas características, relacionando a fase da idade escolar com as possíveis barreiras que poderão existir, caso as percepções com relação à criança sejam guiadas por uma visão medicalizante.

Crianças em idade escolar, entre 6 e 12 anos, apresentam características particulares que as distinguem de outras fases do desenvolvimento infantil. As suas manifestações estão relacionadas a diversos fatores externos, como a forma que os

pais e a escola interagem e como enfrentam questões consideradas problemáticas, o que afeta diretamente o indivíduo (SILVA; LIMA, 2021).

Conforme Guarido (2011), à medida que as crianças crescem, suas capacidades se modificam, bem como as habilidades de controle a situações, como foco, concentração, atenção e seleção de interesses. Por exemplo, à medida que avançam na idade cronológica, as crianças passam a utilizar diferentes estratégias de armazenamento de informações. Entre 6 e 7 anos de idade, é mais comum que utilizem a revisão; entre 10 e 12 anos, passam a utilizar, de forma espontânea, a estratégia de organização de informações.

Segundo Santos et al. (2018, p. 23), meninos e meninas em idade escolar apresentam características de aprendizagem diferentes entre si, sendo capazes de adquirir e organizar conhecimentos de forma elaborada, a ponto de, em alguns casos, ultrapassar os adultos. Nesse período, a criança adquire um pensamento operacional concreto, ou seja, noções que lhe permitirão compreender o ambiente ao seu redor de forma mais completa e complexa. Os indivíduos em desenvolvimento conseguem chegar a um pensamento descentralizado, de realidade inferida, reversível, caminhando para atingirem o amadurecimento e o desenvolvimento completo como cidadão socialmente ativo.

De acordo com Adams (2005), em suas fases do ciclo de vida, é na etapa da infância que as crianças se encontram na chamada fase industrial em relação à inferioridade. Uma das características mais marcantes desse período é a importância que atribuem aos colegas, visto que, ao buscar aprovação nas ações que realizam, estabelecem relações interpessoais e vínculos importantíssimos para o seu desenvolvimento. Devido a isso, essa etapa da vida está propensa a ser afetada pelo possível sentimento de inferioridade.

Reconhece-se o papel significativo desempenhado pela família no que diz respeito à vida escolar da criança, pois o desenvolvimento desta pode ser prejudicado quando aquela não participa das descobertas da infância, bem como não se mostra capaz de preparar o pequeno sujeito para a vida escolar. Esse fato deve ser considerado, uma vez que a aprendizagem socioemocional é responsável por reduzir possíveis comportamentos problemáticos (JANIN, 2010).

Entende-se que a Educação Infantil, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio são níveis da educação básicas relevantes para o desenvolvimento pleno da criança e do adolescente. Nesse âmbito, os estudantes estabelecem inúmeras relações,

evidenciando características e desenvolvendo habilidades, conforme os estímulos recebidos de colegas e professores (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

2. CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Neste capítulo serão abordadas as consequências advindas do diagnóstico de transtorno mental para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Objetiva-se verificar como esse processo ocorre e quais as marcas deixadas na formação do sujeito.

2.1 AS PATOLOGIAS COMO JUSTIFICATIVAS PARA O NÃO APRENDER

Nos últimos anos, observa-se uma preocupação, por parte de profissionais da saúde e da educação, em explicar o motivo de tantas ocorrências de encaminhamentos de crianças e adolescente com dificuldades no processo de escolarização. Há um certo consenso entre os profissionais voltados para a despatologização da vida que a patologização da educação, enquanto processo que envolve diversos diagnósticos de estudantes que não aprendem ou não se comportam conforme o esperado, é um fenômeno socialmente construído (COLLARES; MOYSÉS, 2011; COLOMBANI; GOMES, 2014).

Silva e Lima (2021) alertam que nesse processo são desconsiderados os fatores sociais e pedagógicos. Trata-se de uma lógica biologizante da queixa escolar, que sustenta o hábito de buscar, no campo da saúde, explicações para as respostas negativas ao processo de ensino, traduzidas em comportamentos considerados inadequados e não na aprendizagem.

A escola, por ser o ambiente em que a criança passa por um processo de avaliação com relação ao que consegue ou não fazer, passa a se destacar como instituição que potencializa o processo de patologização. Assim, inicia-se a construção de uma prática que demanda para a área da saúde a solução de problemas escolares, sem alternativas, a não ser a intervenção medicamentosa (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Dentro da lógica de patologização da educação, os profissionais da saúde atuam na identificação dos estudantes utilizando técnicas de identificação e mensuração das habilidades cognitivas e de personalidade (testagem psicológica), buscando, desenvolver, posteriormente, estratégias de adaptação, em que, na

maioria dos casos, resulta em encaminhamento para diagnósticos médicos e em terapias psicopedagógicas (LEMOS, 2014).

Souza (2010, p. 144) defende que a relação entre educação e saúde, mais especificamente com relação à atuação do psicólogo, deve ser repensada, afirmando que:

[...] atender as crianças encaminhadas consiste em atender a produção da queixa, que é considerada um sintoma social. E, para entendê-la, é imprescindível o acesso à rede social de relações (incluindo professores, escola, pais e alunos), que são vistas como relações de poder e podem produzir e intensificar ou não esse sintoma.

Na contramão do pensamento de que é necessário observar a patologização como um fenômeno social, o que se observa é o aumento na ocorrência de encaminhamentos, materializado em inúmeras classificações para os novos transtornos mentais.

O processo de medicalização da infância, isto é, a prática abusiva de prescrição de medicamentos associa-se com o quadro da patologização de comportamentos infantis, tais como: hiperatividade, desatenção, acesso de raiva, impulsividade e ansiedade. Dessa forma, embora esses comportamentos sejam comuns em crianças em idade escolar, a visão sobre eles vem se modificando, sendo associados, em sua maioria, a patologias tratáveis à base de fármacos (UNTOIGLICH, 2014).

Com relação às classificações existentes no grupo Distúrbios de Aprendizagem (DDA), por exemplo, o DSM IV classifica esses distúrbios em subtipos, a saber: distúrbio de leitura, distúrbio de cálculo, distúrbio de expressão escrita e distúrbio de aprendizagem não especificado, de forma que todo comportamento se torna sintomático e pode ser identificado dentro de uma de categorias.

O DSM V trouxe alterações, como a modificação da nomenclatura Transtorno de Aprendizagem (anteriormente apresentados como Transtornos de Habilidades Acadêmicas) para Transtorno de Aprendizagem Específico, que inclui o chamado Transtorno com Dificuldades de Leitura, além dos denominados Transtornos com Dificuldades de Expressão Escrita e Transtornos com Dificuldade em Matemática (APA, 2013).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste em outro documento bastante recomendado e utilizado por profissionais da área. Está organizado em consonância com o DSM e inclui transtornos, subdivididos no subgrupo de transtornos específicos do desenvolvimento da aprendizagem escolar, sendo: o Transtorno Específico de Leitura, o Transtorno Ortográfico Específico, Transtorno de Cálculo Específico, Transtorno Misto do Desenvolvimento da Aprendizagem Escolar. Outros transtornos do desenvolvimento da aprendizagem escolar não especificados também aparecem na classificação realizada pela OMS, estando presentes nas duas tabelas (ANEXOS).

Menciona-se que a classificação realizada pela OMS apresenta algumas diretrizes para a realização do diagnóstico de possíveis transtornos, destacando-se: o agravamento clinicamente significativo no desempenho escolar e a resposta às intervenções específicas, em que as dificuldades escolares não se resolvem rapidamente após ajuda extraclasse (em casa ou na escola). O chamado déficit deve ser específico, de modo que não seja explicado por retardo mental ou pequenos atrasos na inteligência geral. Por fim, testes devem ser utilizados em conjunto com as tabelas estatísticas, fornecendo dados acerca do nível médio de desempenho esperado, de acordo com a idade do indivíduo (OMS, 1992).

Portanto, é provável que os diagnósticos baseados na subtração da idade do desempenho da idade mental sejam marcadamente tendenciosos, visto que o déficit deve estar presente desde o início da educação, e não ter sido adquirido posteriormente. Portanto, a história do progresso escolar da criança fornecerá informações complementares acerca desse ponto em específico (MEIRE, 2012).

Alguns fatores externos que poderiam justificar as dificuldades escolares não se mostram presentes nesse tipo de diagnóstico, uma vez que o diagnóstico de distúrbios específicos de aprendizagem escolares deve estar pautado pela presença positiva de algum distúrbio de desempenho escolar clinicamente significativo, devido a fatores intrínsecos ao desenvolvimento da criança (UNTOIGLICH, 2014).

O que foi dito até aqui permite compreender um pouco mais sobre a lógica da medicalização como um processo que se institui no âmbito da escola, mas que, entretanto, é gestado fora dela, por um movimento de interesses que acabam por incentivar diagnósticos para os transtornos mentais identificados durante o

desenvolvimento escolar. Apresentou-se o sistema de classificação da OMS para possíveis transtornos de aprendizagem e como podem ser diagnosticados.

Contudo, reforça-se a necessidade de seguir um caminho diferente da patologização de situações comportamentais que poderiam ser tratadas com alternativas lúdicas ou recreativas, não sendo imposto um tratamento medicamentoso como opção mais plausível.

A seguir, são abordadas as características de um transtorno muito recorrente entre as crianças em idade escolar, o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

2.2. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

Por mais que se tenha optado, nesta investigação, por destacar um diagnóstico de deficiência intelectual, é importante destacar que um dos maiores números de diagnósticos dos últimos anos, no Brasil e no mundo, é relativo ao TDAH.

Estima-se que esteja presente em 6 a 9 % da população, sendo que em 40-80% das crianças, a desordem permanece na adolescência (Smith et al., 2007), já na idade adulta, é visto em 66% ou mais dos casos diagnosticados na infância (Pelham et al., 2016) (ABRAHÃO; ELIAS, 2021, p. 681).

De acordo com Santos et al. (2018), as primeiras referências aos Transtornos Hiperativos na literatura médica surgiram durante a metade do século XIX. Contudo, desde a primeira descrição sobre a condição clínica desse transtorno, conhecido atualmente de TDAH, os profissionais médicos que trabalharam com indivíduos que apresentavam danos cerebrais, bem como sintomas de desatenção, impaciência e inquietação, levantaram hipóteses de que esses comportamentos em indivíduos afetados eram provenientes de um mesmo tipo de dano ou da mesma disfunção cerebral.

Sendo assim, reconheceu-se na década de 1970 que os problemas relacionados ao déficit de atenção ou do controle dos impulsos era mais notável que os sintomas de hiperatividade motora, influenciando a mudança classificatória em 1980, propondo a denominação de Transtorno por Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade (BASTOS, 2013).

O TDAH tem como problema central a hiperatividade motora, sendo que, em casos sem hiperatividade, seria classificado apenas de Transtorno por Déficit de Atenção Indiferenciado. Assim, a classificação do TDAH abrange os seguintes sintomas: a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade (CARVALHO et al., 2015).

Com relação aos sintomas de hiperatividade, Souza (2009) enfatiza que a criança portadora do transtorno apresenta dificuldades em discriminar a direita da esquerda, em orientar-se no espaço, em fazer discriminações auditivas e em elaborar sínteses auditivas. Apresenta alterações de memória visual e auditiva. Outra característica importante diz respeito à má estruturação do esquema corporal.

De acordo com Coutinho et al. (2018), existe uma grande dificuldade em definir ou conceituar o TDAH com clareza, visto que se trata de uma patologia de natureza muito variada, o que justifica o fato de não saber exatamente quais sintomas pertencem a essa categoria, havendo maior consenso sobre os sintomas do que sobre as causas. Devido à sua vulnerabilidade, há um número significativo de crianças e adolescentes que recebem um “falso positivo” desse transtorno mental e, conseqüentemente, prescrição para o tratamento por meio de psicofármacos.

Até o momento, não foi desenvolvido nenhum exame neurológico específico para detectar e diagnosticar o TDAH, sendo o diagnóstico do transtorno realizado com base em observações e na clínica do paciente, recorrendo-se à história de vida do portador e a informações sobre seu comportamento, obtidas de terceiros, como pais, amigos e professores (COUTINHO et al., 2018).

Percebe-se que a dificuldade e a complexidade do diagnóstico se justificam por não existirem medição ou testes específicos. O diagnóstico baseia-se, em geral, no critério de intensidade e persistência dos sintomas, que se mostram comuns a quase todos os indivíduos. Verifica-se, ainda, que um diagnóstico neurológico realizado por meio de análises subjetivas, bem como com critérios enfatizados diferenciadamente pelos observadores, pode dificultar a compreensão do problema (HALLOWELL, 2005).

Observa-se que as crianças diagnosticadas com TDAH são caracterizadas por uma série de sintomas, que nem sempre se apresentam claros e facilmente identificáveis, podendo ser confundidos, nos casos mais graves, com outras patologias psiquiátricas. Os indivíduos portadores desse transtorno tendem a apresentar algumas limitações, como problemas de aprendizado, dificuldade de

concentração, instabilidade emocional, hiperatividade e alguns distúrbios do comportamento e retardos na fala (SILVA, 2013).

Nota-se que os transtornos de déficit de atenção manifestam-se mais intensamente do que pequenos problemas comportamentais ou de aprendizagem, o que requer uma investigação mais criteriosa, bem como um tratamento específico, diferente dos cuidados com desvios comportamentais, que podem ser corrigidos sem intervenções farmacológicas.

2.3 O USO DA RITALINA: O FÁRMACO DA OBEDIÊNCIA

Após o diagnóstico, o sujeito classificado como portador de uma patologia, de acordo com o DSM, torna-se paciente e, por conseguinte, consumidor de um determinado tratamento, seguido da administração de medicamentos, a fim de solucionar o problema que se apresenta.

Segundo Guarido (2010, p. 45), o ritmo acelerado das mudanças tecnológicas na busca por soluções e atitudes rápidas, põe os medicamentos como a principal alternativa, sendo preferidos aqueles mais potentes do que tratamentos naturais a longo prazo.

No que se refere à educação, as atividades pedagógicas, antes realizadas para sanar as dificuldades das crianças, foram rapidamente substituídas por diagnósticos e medicamentos, supostamente considerados mais rápidos e eficazes (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

No tratamento dos transtornos, tem-se o Metilfenidato, que se destaca como um dos psicofármacos mais utilizados na psiquiatria infantil, receitado, inclusive, para tratamento de TDAH. Esse medicamento promete sanar as aflições vividas pelo portador desse transtorno, bem como uma vida mais calma e livre dos sofrimentos existenciais. Por isso, é conhecido como a “pílula da inteligência e da obediência” (COUTINHO et al., 2018). Entretanto, críticas são feitas a esse psicofármaco, devido aos efeitos colaterais provocados a curto, médio e longo prazo.

Observa-se que as intervenções sobre o TDAH ocorrem, em boa parte, por meio de medicamentos, terapia de modificação comportamental e treino de comportamentos. A droga receitada diminui provisoriamente os sintomas de distúrbios comportamentais e déficit de atenção, não agindo sobre os problemas implícitos, isto é, aqueles que provocam as dificuldades (UNTOIGLICH, 2014).

Ressalta-se que o Metilfenidato foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) uma droga psicotrópica, ou seja, que afeta o sujeito em nível de controle especial, podendo ser comercializada apenas com a receita médica e prescrição comprovada. De acordo com a ONU, a produção desse psicofármaco alcançou a marca de 71.6 toneladas em 2013, momento em que seu consumo global atingiu a marca expressiva e recorde de 72 toneladas. O Brasil encontra-se na 5ª posição no consumo desse fármaco, evidenciando um cenário preocupante (CARVALHO et al., 2015).

Mesmo não existindo dados suficientes para comprovar a melhora significativa das habilidades cognitivas, o uso do Metilfenidato continua crescente, principalmente por crianças e adolescentes, que buscam melhorar o desempenho escolar, não considerando os riscos do medicamento.

Para Coutinho et al. (2018), estudos acerca do referido fármaco demonstraram várias reações adversas, dentre as quais: aumento discreto da frequência cardíaca, dor na cabeça, ansiedade, nervosismo, tontura, sonolência e insônia, podendo causar dependência, caso ocorra uma interrupção brusca da administração, onde o usuário pode enfrentar a síndrome de abstinência, surtos psicóticos e alucinações, podendo levar, até mesmo, ao suicídio.

Ainda sobre o TDAH, Silva (2013) explica que o uso exagerado de fármacos pode levar à dependência, afetando diretamente o desenvolvimento do portador do transtorno:

Os TDAHs têm uma tendência a dependências em geral. Essa dependência muitas vezes pode manifestar-se no uso de drogas e remédios. Em tais casos, verifica-se que quase sempre o consumo de certas substâncias costuma ocorrer, como consequência, de um cérebro que busca, de maneira incessante, acalmar-se, organizar-se ou mesmo manifestar-se de maneira mais efetiva ou estruturada, na relação consigo mesmo ou com os outros. E é nesse aspecto do relacionar-se com os outros que se inicia, desde muito cedo, o desenvolvimento de relacionamento que terão como tônica a dependência de pessoas, já que desenvolver uma relação de dependência com alguém é, geralmente, um fator de estrutura para o DDA. E se for considerado que qualquer relação baseada na dependência não traz boas consequências - afetivas ou profissionais -, é possível entender que a grande dificuldade dos DDAs é a de se relacionar (SILVA, 2013, p. 34).

Preocupado com o uso exagerado de fármacos e visando prevenir crianças e adolescentes de medicalização excessiva, o Conselho Nacional de Saúde (2015) recomenda a inserção de práticas não medicalizantes por profissionais e serviços de

saúde. Dentre as considerações feitas por esse órgão, destacam-se os questionamentos em torno da existência do diagnóstico clínico do TDAH, visto que o transtorno não pode ser confirmado por nenhum exame laboratorial ou de imagem (CNS, 2015).

Como visto, o Metilfenidato, comercialmente denominado de Ritalina, é responsável por estimular o SNC, sendo recomendado no tratamento de déficit de atenção e concentração. Contudo, o uso dessa droga pode gerar efeitos colaterais, como insônia, perda de apetite, aumento da pressão arterial e inquietação. Portanto, a sua administração deve ser feita com precaução, visto que, quando prescrito precocemente à criança, pode resultar em danos ao seu desenvolvimento.

2.4 SUBJETIVIDADE DO ALUNO DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO MENTAL

Objetiva-se, neste tópico, compreender o conceito de subjetividade, sua constituição e como esta se desenvolve. Parte-se da ideia de que a produção da subjetividade ou a produção de modos de viver e experimentar o cotidiano ocorre dentro de um campo de forças que influencia a sociedade como um todo. Assim, considerar o indivíduo implica, necessariamente, analisar e questionar relações de forças que configuram cada período histórico, econômico e social.

Subjetividades medicalizadas fazem parte do cotidiano escolar e têm origem nas transformações ocorridas na sociedade contemporânea. Não é raro encontrar, em mochilas escolares, caixas de fármacos dividindo o espaço com materiais de estudo, criando a impressão de que, naturalmente, fazem parte do material escolar e da vida do estudante (ABREU, 2006).

Diante disso, é importante compreender a aprendizagem escolar a partir de uma perspectiva marcada pela subjetividade do estudante. Assinala-se, contudo, que esse aspecto não tem sido valorizado no espaço de convivência de professores e alunos. A compreensão da dimensão subjetiva e singular de cada indivíduo contribuiria para eliminar rótulos oriundos da desconsideração de possibilidades para uma relação mais afetiva no ambiente escolar (MEIRE, 2012).

González Rey (2011) enfatiza a importância dos sentidos subjetivos e as configurações subjetivas para o estudo da saúde humana. Par ele, esses elementos são responsáveis por gerar as bases dos aspectos sociais, históricos e culturais do

processo de adoecer, que são desconsiderados tanto pela psicologia clínica mais tradicional quanto pela medicina.

De acordo com González Rey (2008), a relação entre subjetividade social e individual mostra-se de forma complexa e contraditória, sendo expressa por meio do comportamento do indivíduo, que revela contradições entre suas necessidades individuais e sociais. Por isso, deve-se atribuir um sentido para manter seu desenvolvimento pessoal no meio de sua expressão social e individual, não existindo uma relação linear e homogênea. Dessa maneira, é possível refletir sobre o modo como o aluno se expressa no espaço escolar, levando em consideração os aspectos emocionais já vivenciados em outras situações.

Para Veras (2017), a subjetividade é produzida a partir do encontro entre histórias individuais e contextos sociais e culturais, ou seja, se dá no momento de integração entre a história subjetiva do indivíduo e os processos de subjetivação dos espaços sociais em que a ação social se produz.

No tocante à integração de elementos de sentido, produzidos nos espaços da vida social do indivíduo, os processos de saúde e doença são fenômenos que devem ser compreendidos em sua complexidade. Desse modo, ao analisar as formas em que os significados sociais, culturais e econômicos na sociedade contemporânea se relacionam com o fenômeno da medicalização, é possível identificar os processos que caracterizam o funcionamento da subjetividade da sociedade, visto que expressam essa relação em determinado espaço social (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Com relação ao conceito de subjetividade, será apresentado, no próximo capítulo, o caso ilustrativo de Daniel, que começa a ficar desmotivado na escola, tornando-se mais introspectivo, à medida que se depara com situações intimidadoras.

Ao acompanhar a narrativa dessa criança, observa-se como as situações vivenciadas por ela determinam o desenvolvimento de sua subjetividade, uma vez que, ao deparar-se com comentários dos colegas de sala, bem como situações em que é exposto a problemas de socialização, ele se vê cada vez mais introspectivo, o que prejudica seu desenvolvimento.

3. A PRODUÇÃO DO DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

O objetivo deste capítulo é o de descrever o contexto de produção de diagnóstico, buscando evidenciar a patologização da dificuldade no processo de escolarização, com base na revisão de literatura. Como forma de valorização dos trabalhos de revisão já realizados anteriormente, sobre essa temática, destacam-se, neste estudo, as seguintes produções: Beltrame et al. (2019), Gomes (2019), Santos e Toassa (2021). Esses autores trazem conhecimentos relevantes para a compreensão do processo de produção de diagnóstico e do fenômeno da medicalização no contexto da escola. Além disso, é apresentado um conjunto de trabalhos publicados nos anos de 2020 e 2021, disponíveis na Biblioteca Digital Scielo.

Beltrame et al. (2019) procederam a uma revisão de literatura a partir da seleção de 40 artigos indexados na Scientific Library Online – Scielo, publicados no período de 2010 a 2016. O objetivo foi o de “[...] identificar a produção do conhecimento relacionada à medicalização no âmbito da educação” (BELTRAME et al., 2019, p. 3). Para tanto, os autores realizaram uma análise de conteúdo, identificando cinco temáticas: abordagens da medicalização; medicalização do fracasso escolar e transformação de problemas escolares em problemas passíveis de medicalização; diagnóstico do TDAH; formas de gestão da vida e expansão do mercado farmacêutico para crianças e adolescentes; e algumas práticas não medicalizantes.

Os autores alertam para a existência de uma grande quantidade de crianças diagnosticadas por apresentarem problemas de aprendizado, afetando o processo de escolarização, o que, muitas vezes, resulta em tratamentos fora do ambiente escolar. Destaca-se que o peso de um diagnóstico traz um sentimento de angústia ao indivíduo, bem como rotula negativamente a criança.

Uma questão levantada por Beltrame et al. (2019) – o que também é abordada no presente estudo – diz respeito ao impacto da medicalização na vida das crianças e adolescentes. Os autores chegaram à seguinte conclusão:

[...] não restam dúvidas de que há uma quantidade exorbitante de crianças sendo diagnosticadas com problemas no processo de escolarização e tratadas fora do âmbito da escola. É evidente que um diagnóstico aplaca uma angústia, tira o estudante de uma visibilidade pejorativa (mau

comportamento, preguiçoso, bagunceiro, etc.) e imprime o rótulo de doença, para ele, família e professores (BELTRAME et al., 2019, p. 11)

Outra questão identificada por Beltrame et al. (2019, p. 8) relaciona-se com o uso de anfetaminas no tratamento de supostos transtornos, como o TDAH:

O uso de medicação para o tratamento do TDAH cresceu em larga escala. Conforme investigação de Collares e Moysés (2010), o Brasil é o segundo maior consumidor de psicotrópicos do mundo, sendo que a droga mais prescrita é o metilfenidato, comercializado com os nomes de Ritalina® e Concerta®. Em relação a esses medicamentos, existem severas críticas, incluindo a dependência química, a drogadição, os altos níveis de toxicidade, podendo, inclusive, levar à morte súbita (Collares & Moysés, 2010; Decotelli et al., 2013). Observa-se que a adesão dos pais pelo medicamento deve-se, provavelmente, à melhora da capacidade de atenção e ao controle da agitação dos filhos. Entretanto, essa facilidade de aceitação pode estar relacionada à falta de compreensão dos familiares sobre os efeitos colaterais que o medicamento pode causar. Além disso, o uso do medicamento é a forma mais evidente de concretizar que o problema/erro é exclusivo da criança, e que o remédio resolverá/corrigirá, como o próprio nome sugere (Concerta®).

De fato, é possível identificar uma mudança no comportamento da criança que passa a fazer uso de medicamentos, o que dá a falsa impressão de uma melhora. Entende-se que a medicalização pode afetar negativamente a vida do escolar, não somente o processo de escolarização, mas também a vida social com o um todo.

Beltrame et al. (2019) consideram que os estudos analisados comprovam a existência de muitas intervenções médicas, gerando demasiado sofrimento para quem recebe o diagnóstico, pois o rótulo de doente o acompanhará para o resto da vida, podendo determinar o modo como se enxerga na relação com os outros e com o processo de escolarização.

Outro aspecto importante apontado no trabalho de Beltrame et al. (2019) refere-se às tendências de patologização em casos de dificuldades e impasses escolares encontradas na literatura tradicional. Assim, os autores destacaram os temas mais recorrentes nessa literatura, quais sejam: a medicalização da educação e os processos que transformam e tratam os problemas no ensino como um caso de necessária intervenção médica.

E mais, Beltrame et al. (2019), ao analisarem um estudo empreendido por Silva et al. (2013), apontaram uma tendência, na literatura, em focar apenas nos

problemas de aprendizagem e de comportamento do aluno, desconsiderando outros fatores, tratados como secundários, mas que estão relacionados com a queixa escolar. O estudo analisado reforçou que, após o início do tratamento, muitos docentes relataram significativa melhora nos quesitos concentração e realização de atividades em sala.

Em contrapartida, um outro estudo abordado por Beltrame et al (2019), de Leonardo e Suzuki (2016), destaca as consequências negativas para a infância advindas do processo de medicalização: as crianças tornam-se apáticas, desmotivadas e acabam sendo afetadas diretamente no modo como se relacionam com professores e colegas.

Na revisão de literatura realizada por Gomes (2019), foram selecionados 48 trabalhos, sendo 35 de mestrado e 13 de doutorado. O banco de dados escolhido para a coleta foi o Catálogo de Teses e Dissertações da Capes (CTDC), compreendendo o período de 1990 a 2016. O objetivo da revisão foi o de evidenciar a produção científica no âmbito da pós-graduação, nas áreas da Educação e da Psicologia, a fim de buscar tendências relacionadas ao ato de patologizar a condição de dificuldade de aprendizado do aluno na escola. Sobre o tema, a autora pondera que “[...] a patologização vem se despontando como um tema de interesse nas pesquisas de âmbito acadêmico, sendo importante destacar as reflexões feitas pelos pesquisadores acerca dessa temática” (GOMES, 2019, p. 35).

A respeito da produção de diagnóstico na literatura, a revisão realizada por Gomes (2019) traz algumas pesquisas que evidenciam o encaminhamento de estudantes com problemas de aproveitamento escolar para a área médica, totalizando 4 trabalhos de 48 previamente selecionados (SÁPIA, 2013; MENDONZA, 2014; TERRA-CANDIDO, 2015; GONÇALVES, 2015; SILVA, 2015). Ressalta-se que esses estudos objetivaram compreender por que a busca por diagnósticos tem sido cada vez mais tendenciosa na área educacional.

Uma questão importante levantada durante a revisão de Gomes (2019) foi o foco de alguns estudos no que se refere aos efeitos da medicalização e da patologização na subjetividade do estudante diagnosticado. Sentimentos negativos, como constrangimento, humilhação e inferiorização, são constantemente evidenciados em estudos que abordam o tema. Observa-se que:

A autoimagem dos jovens é marcada pela negatividade e incapacidade, eles se veem como burros, danados, doidos, desmotivados e descompromissados, concepções também compartilhadas pelas mães, as quais assimilam os discursos de professores e profissionais da saúde e atribuem aos próprios filhos as responsabilidades por serem o que são [...] (ALMADA, 2015, p. 10).

Além da produção do diagnóstico, outros eixos temáticos foram destacados na revisão de Gomes (2019), a saber: aspectos históricos do processo de medicalização; programa de saúde na escola; escola/professor/aluno; e contribuições de outras áreas, como a psicanálise, a psicologia e a fonoaudiologia. A autora ratifica que há uma grande tendência em tratar formas de expressões humanas, bem como comportamentos e ideias, como algo patológico, levando a tratamentos medicamentosos, o que ocorre, muitas vezes, de forma errônea.

Os estudos trazidos pela revisão feita por Gomes (2019) revelam a gravidade do processo de patologização, visto que imprime um rótulo no indivíduo diagnosticado como portador de uma deficiência que necessita ser tratada.

A história do diagnóstico, no que se refere a dificuldade no processo de aprendizagem e comportamentos desviantes, se inicia com o professor identificando, as vezes já no primeiro bimestre, aqueles estudantes que não se encaixam nas normas estabelecidas pela escola. Tal situação muitas vezes recebe o aval de uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, que encaminham o estudante para avaliação clínica com o neuropediatra ou psiquiatra. Conduzido à clínica o estudante é atendido, dependendo da disponibilidade de profissionais e submetido a uma avaliação que envolve exames clínicos, anamnese, escuta da família e professores com relação a características manifestadas nos ambientes que participa, é diagnosticado com algum transtorno e encaminhado para tratamento terapêutico e medicamentoso (GOMES, 2019, p. 54).

Menciona-se que a referida revisão trouxe uma questão bastante pertinente: a expectativa das pessoas envolvidas no processo de escolarização do aluno considerado “problema”. Com o diagnóstico, justifica-se a impotência do estudante diante do não saber o que fazer para reverter a situação (MENDONZA, 2014).

Outro ponto destacado diz respeito ao reducionismo biológico, que está por trás de explicações relacionadas com o não aprender na escola, alertando para a necessidade de se atentar para a rede de relações da criança e investir pedagogicamente nela, antes de encaminhá-la a um especialista.

Quando a professora coloca a falta de motivação e interesse como causa da não aprendizagem, ela não está equivocada. O equívoco ocorre em considerar o motivo em aprender como intrínseco ao sujeito, e não como constituído nas relações sociais. Isso permite pensar que mesmo que a família e a comunidade em que a criança vive não sejam fonte de criação de motivos, segundo o discurso da equipe escolar, a escola pode se dispor a sê-la e não reproduzir o que as condições políticas, econômicas e históricas proporcionaram à população – em especial as mais carentes que dependem dos serviços públicos (TERRA CANDIDO, 2015, p. 159).

Os autores selecionados por Gomes (2019) são unânimes em afirmar que a ideia que sustenta os encaminhamentos ampara-se na patologização do biológico, na culpabilização do aluno pelo não aprender e no determinismo social.

A montagem desse cenário nos fornece mais um elemento para compreender o porquê do elevado número de encaminhamentos de alunos com queixa escolar para consultórios médicos e psicológicos realizado por parte das escolas. Diante da sobrecarga de atribuições, da impossibilidade de dar atenção individualizada àqueles alunos que necessitam para poderem se apropriar do saber escolar e da crença de que de fato são problemas individuais, resta-lhes como intervenção possível o encaminhamento aos profissionais de saúde. Estes, por sua vez, ao receberem os alunos, em decorrência da concepção biologizante e de outros (SÁPIA, 2013, p. 137).

Com relação ao papel da escola nesse processo, pode-se afirmar que essa instituição ainda se encontra despreparada para lidar com situações que fogem ao padrão. Desse modo,

[...] o encaminhamento é a válvula de escape. Manda para alguém cuidar da especificidade do aluno, manda para a saúde, ainda que essa especificidade seja o não aprender, de cunho pedagógico e, portanto, por primazia, da educação. Mas, mesmo nessa lógica do encaminhar para a saúde o que não funciona bem na educação, as expectativas não são correspondidas. A instituição que deveria dar apoio, falha em seu apoio, que deveria trabalhar em rede, falha na consolidação da rede e a Escola se vê sem amparo, sem retorno, pois não encontrou nesse serviço o socorro que queria (GONÇALVES, 2015, p. 196).

A revisão de literatura de Santos e Toassa (2021) aponta “[...] que os encaminhamentos são realizados partindo-se de uma concepção de que as dificuldades apresentadas pelas crianças no processo de escolarização são de caráter individual e, dessa forma, passíveis de resolução no campo da saúde”. As autoras pesquisaram trabalhos em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde-

Psicologia, Brasil/BVS-Psi. A busca ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2016, sem que houvesse uma data limite de publicação dos estudos pesquisados.

As autoras optaram pela BVS-Psi por considerarem que esse portal contém uma diversidade significativa de bases de dados e textos de diferentes áreas do conhecimento. Ressalta-se que a pesquisa foi elaborada em quatro bases indexadas – Index Psi Periódicos Técnicos Científicos, Index Psi Teses, SciELO e LILACS. Assim, durante a revisão, foram encontrados 986 textos, sendo selecionados 63 estudos mediante leitura de títulos e resumos.

Considerando que alguns textos estavam disponibilizados em mais de uma das bases, foram selecionados para leitura e análise 24 trabalhos, sendo 20 artigos, 3 dissertações e 1 tese. Realizou-se, também, uma busca em livros e textos do acervo pessoal de Toassa, resultando na seleção de alguns capítulos de 6 coletâneas da área da psicologia escolar brasileira.

Para Santos e Toassa (2020, p. 61):

[...] O processo de medicalização desdobra-se em resultados que indicam existir uma percepção geral, entre profissionais de saúde e educação, de que as dificuldades de escolarização/queixas escolares são depositadas apenas nas crianças e intervir sobre elas é visto como tarefa dos serviços de saúde. A revisão mostra, ainda, como a concepção medicalizante avança nos espaços escolares, tornando questões da vida, do processo de desenvolvimento, dos modos de ser e aprender na escola, em transtornos, desconsiderando os determinantes institucionais e sociais envolvidos no processo de escolarização.

As conclusões extraídas dessa revisão de literatura corroboram várias considerações relativas à produção de diagnósticos na escola.

As queixas tendem a ser múltiplas, incidindo principalmente sobre o comportamento de crianças entre sete e dez anos de idade e do sexo masculino, sendo que alguns textos tendem a mostrar que as medidas tomadas pelas escolas antes de efetivar os encaminhamentos à saúde incidem no plano disciplinar, mais que no pedagógico (SANTOS; TOASSA, 2020, p. 61).

Nesse contexto, é importante destacar também o despreparo da escola em lidar com a diferença. Como afirma Gomes (2019, p. 55), “é quase inexistente uma interação entre o tratamento médico e uma proposta de intervenção pedagógica [...]”.

Considerando as revisões mencionadas, para o presente estudo foi feita uma revisão com base em artigos indexados na SciELO, pelo fato de ser uma plataforma que organiza e publica textos de vários periódicos na internet, sendo considerada a

principal biblioteca digital da América Latina. O objetivo foi o de dar continuidade ao levantamento de como se dá a produção de diagnóstico no contexto escolar. Percebe-se que a lógica dos encaminhamentos continua em ordem crescente. Entretanto, há, por parte dos pesquisadores, uma necessidade de apontar alternativas de resistência ao fenômeno da medicalização.

Ao utilizar como descritores de busca os termos “diagnóstico”, “medicalização”, “patologização” e “escola”, foram selecionados 8 trabalhos pertinentes ao tema proposto. Os critérios de inclusão foram: estar indexados ao site SciELO e abordarem o assunto produção de diagnóstico e medicalização. O resultado está exposto no Quadro 1:

Quadro 1 – Relação dos trabalhos selecionados na revisão de literatura – Ano 2020 e 2021

DESCRITOR/ ARTIGOS ENCONTRADOS	TÍTULOS/ ANO	OBJETIVO	RESULTADO
(ti:(MEDICALIZAÇÃ O))/21 ARTIGOS	Uma crítica às facetas da medicalização pela gestão dos riscos/ 2021	Contribuir para a discussão dessa prática e dos seus efeitos preocupantes nas experiências de ser	Esta pesquisa pôde responder que a medicalização se amplia na lógica da formação da subjetividade saudável e de um suposto estilo de existência pautado na noção de bem-estar e qualidade de vida como aspectos comportamentais e ligados à percepção de riscos.
	Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família/ 2021	Realizar uma análise exploratória das práticas discursivas sobre o uso dos medicamentos psicotrópicos e das abordagens não farmacológicas para superação de eventos negativos da vida.	Os resultados da análise evidenciaram o pluralismo terapêutico dos psicotrópicos e seus efeitos com o uso menos frequente das abordagens não farmacológicas.
	Estudo sobre a prática docente frente à medicalização da aprendizagem/ 2020	Acompanhar os movimentos de professores de uma rede de ensino municipal em relação às crianças consideradas com dificuldades de escolarização.	Encontrou-se no campo analisado práticas docentes com movimentos de comprometimento com o outro e com sua prática, a força docente para criar circunstâncias e possibilidades, produzir junto com os estudantes outras possibilidades.
	Psicotrópicos e Atenção	Compreender o fenômeno da	A análise temática possibilitou vislumbrar a

	Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família/ 2021	medicalização e do uso de psicotrópicos em longo prazo com base na percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF).	incorporação da medicalização nas concepções de vida e de sofrimento dos usuários no contexto da Saúde da Família (SF).
(Medicalização) AND (Escola)/2 ARTIGOS	Crianças e seus diagnósticos no cenário da educação inclusiva: a perspectiva de mães e professoras/ 2020	Compreender os sentidos do diagnóstico de estudantes para suas famílias e professoras, partindo da perspectiva fenomenológica-existencial.	Revelou-se que o diagnóstico tem um papel importante para conferir segurança às professoras e mães nas intervenções e ações cotidianas com crianças com necessidades educacionais especiais.
	Cartografia da implantação e execução do programa saúde na escola (PSE): implicações para o processo de desmedicalização / 2020	Apresentar uma cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE) e seus efeitos para o processo de desmedicalização, em um município de pequeno porte no Sul do Brasil.	As análises indicam que as ações realizadas por meio do PSE explicitaram o processo de medicalização no cuidado a educandos, especialmente com foco na prescrição e uso de psicotrópicos.
(DIAGNÓSTICO) AND (MEDICALIZAÇÃO)/ 8 ARTIGOS	Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito/ 2021	Apresentar os resultados da pesquisa que versou sobre o impacto do diagnóstico psiquiátrico nos modos de subjetivação do sujeito.	O diagnóstico psiquiátrico vem se transformando em um instrumento de categorização do sofrimento humano. Este interfere nos modos em que o sujeito se produz e se relaciona com outros, além de ser utilizado como forma de controle e normatização dos indivíduos, por meio da medicalização da vida.
(ti:(PATOLOGIZAÇÃO)))/7 ARTIGOS	Medicalização e patologização da educação: desafios à psicologia escolar e educacional/ 2020	Analisar a produção do discurso médico-científico, que consolida bases de interpretação do referente às dificuldades de aprendizagem enquanto problemas médicos ou psicológicos.	Entende-se que a classificação e sistematização de dados clínicos como abordagem diagnóstica reduz a amplitude da discussão acerca do sujeito ontológico em questão bem como o entendimento do que seja dificuldade de aprendizagem. Tem-se, assim, explicado os altos índices de prescrição de medicação a crianças, adolescentes e mesmo adultos que “não aprendem” e, portanto, o

			crescimento exponencial do que hoje chamamos de medicalização da educação.
--	--	--	--

Fonte – Biblioteca digital SCIELO.

É notória a preocupação dos pesquisadores em ampliar o debate acerca da tendência de medicalizar o comportamento de crianças e adolescentes que apresentam problemas comportamentais ou de baixo rendimento. Com relação à produção de diagnóstico, sugerem que outras pesquisas pautadas em ações interventivas, por meio do diálogo e da convivência entre diferentes atores da área educacional, sejam realizadas, visando contribuir com o tema.

Foi possível constatar a produção de diagnóstico e o que os autores destacam em seus estudos, evidenciando a preocupante tendência em recorrer aos serviços médicos, buscando uma “cura” para algum comportamento. Neste sentido, vários aspectos foram destacados: o despreparo da escola para lidar com o diferente; a falta de políticas públicas que deem conta de um atendimento alternativo aos encaminhamentos; a visão determinista da dificuldade; o incentivo da família ao diagnóstico como forma de dar uma justificativa para o não aprender do filho.

Verifica-se, portanto, que a prática de encaminhamentos à saúde para o diagnóstico de algum transtorno se tornou um meio bastante utilizado para lidar com a dificuldade no processo de escolarização, apesar da sinalização para ações alternativas, que invistam em estratégias pedagógicas para reverter a situação do não aprender.

Como forma de reforçar o que foi extraído sobre a produção do diagnóstico nas pesquisas selecionadas, apresenta-se, a seguir, três casos ilustrativos de como esse processo ocorre no contexto escolar.

3.1 EXEMPLOS DA MEDICALIZAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

Este tópico traz três casos ilustrativos para exemplificar como se dá a produção do diagnóstico e como este afeta negativamente a vida de estudantes que são rotulados com algum transtorno. O primeiro caso foi extraído de um estudo realizado por Beltrami et al. (2019) e apresenta a dinâmica da escola ao tentar resolver o problema de um aluno considerado desatento. O segundo foi retirado de um trabalho investigativo realizado por Duarte et al. (2012) e apresenta uma reflexão

sobre a constituição do sujeito a partir do diagnóstico de TDAH. O terceiro caso relata a situação de um aluno com problemas para pronunciar palavras com a letra “r”. Trata-se de um caso ilustrativo elaborado com base na experiência da autora do presente estudo como professora³ e no estudo bibliográfico, a fim de evidenciar a dinâmica da patologização da dificuldade de aprendizagem.

Optou-se por buscar casos já citados em pesquisas devido ao momento de pandemia de Covid-19, cuja propagação demandou o isolamento social em nível mundial, sendo motivo para que alunos e professores passassem a desenvolver atividades remotas, pois as atividades presenciais foram canceladas para evitar a propagação do vírus.

Assim, considerou-se, por meio da revisão de literatura, um conjunto de pesquisas sobre diagnóstico no contexto escolar. Ressalta-se, contudo, que, mesmo em meio a um momento delicado, como o de isolamento social, o trabalho não perdeu sua essência e manteve seu objetivo.

3.1.1 O caso Madu – a medicalização do comportamento

O caso Madu é apresentado por Beltrame et al. (2019). Trata-se da história de uma criança de 10 anos, cursando o 5^a ano do Ensino Fundamental, na rede privada de ensino, na Região Metropolitana de Florianópolis, Santa Catarina. Madu apresentou problemas de rendimento escolar e passou a sofrer com o rótulo de transtorno de aprendizagem. Buscando solucionar o problema da filha, os pais recorreram aos serviços de saúde. A criança foi diagnosticada com transtorno de aprendizagem. Esse diagnóstico representou um peso significativo na vida da criança, visto que passou a refletir negativamente em seu comportamento, gerando sentimentos de inferioridade e baixa autoestima.

Esclarece-se que os pais de Madu são comerciantes e aceitaram conceder uma entrevista para o autor da pesquisa no local de trabalho da mãe. De acordo com a entrevista realizada com a mãe de Madu, no balcão da loja, a filha possuía grande potencialidade e era muito criativa. Isso foi dito em tom de orgulho pela mãe. Contudo, Madu parecia tímida. Assim, o diálogo com ela teve início a partir da

³ Explicações sobre os motivos de se criar um caso ilustrativo com base na experiência serão dadas mais adiante. Por ora, cabe dizer que foi necessário, devido à pandemia de Covid-19.

conclusão de uma atividade escolar sobre a Reforma Protestante (BELTRAME et al., 2019).

Ao concluir os deveres escolares, Madu revelou um sonho: ser astronauta, compositora de músicas e tocar piano. A princípio, percebe-se que ela é uma criança talentosa, seja pelas letras de música já compostas ou pela perseverança nas aulas de teclado, seja pela consciência de que é necessário estudar muito para ser uma futura astronauta. Contudo, os pais de Madu revelaram certa preocupação a dificuldade de aprendizagem da filha. Isso fez com que a encaminhassem a um tratamento, o que ocorreu com total anuência da escola.

'Minha mãe queria que eu fosse para o Núcleo. Eu nem sabia o que era. Não sabia o que fazia e nem sabia que existia. Quando era pequena vi minha mãe tocar nesse assunto, mas eu pensava que era só para doente. Para pessoas que tem problema, essas coisas!' (BELTRAME et al., 2019, p. 9).

À medida que Madu apresentava problemas e dificuldades de aprendizagem na escola, o sentimento de fracasso era inevitável em todos os envolvidos: professores, profissionais da saúde, pais/responsáveis e a própria criança.

'Ela acha que eu não entendo as matérias. É por isso que ela me levou para lá'. A outra estudante relata especificamente a dificuldade de leitura frente a outras pessoas: 'porque eu tento ler. Eu sei, mas quando vou tentar ler perto de uma pessoa, não consigo (Kakau)'. Nesta mesma direção, Fehr diz: '(...) no primeiro ano, eu meio que não conseguia ler. Era bem difícil para eu ler. (...) É que eu tenho dificuldade para escrever. Eu escrevo devagar. Meus colegas escrevem bem rápido e eu não consigo acompanhar' (BELTRAME et al., 2019, p. 9).

Uma constatação chamou a atenção dos pesquisadores: as queixas em primeira pessoa: "era bem difícil para eu ler"; "que eu não entendo as matérias"; "é que eu tenho dificuldade para escrever". Observa-se que os estudantes, ao ouvirem tantas vezes sobre suas dificuldades, passam a se reconhecer dessa forma, a agirem e pensarem que realmente têm algum problema.

3.1.2 O caso de Urano – a medicalização da alfabetização

O caso de Urano é apresentado por Duarte et al. (2020) e diz respeito a uma criança marcada pelo fracasso escolar e pelo processo de medicalização. Urano estava “condenado” à reprovação por não corresponder ao esperado pela instituição escolar. Ele chegou à turma no início do 3º trimestre, já caminhando para o fim do ano. Quando sua mãe foi matriculá-lo na escola, explicou que ele havia sido diagnosticado com TDAH e que fazia uso de medicação. Além disso, era uma criança com desordem de fluência da fala (gagueira). Assim, Urano passou a compor um grupo de crianças para as quais eram destinadas intervenções com o objetivo de alfabetizar.

Percebemos uma similaridade nos relatos da mãe de Urano, da professora e do pai, ao apresentá-lo: a primeira característica da criança que elencam é o TDAH. É perceptível o lugar que o diagnóstico ocupa na vida do sujeito. O pai de Urano chega a relatar que ‘a gente tá começando a entender ele’, como se, apesar de há 9 anos conviverem com a criança, desde seu nascimento, acreditam apenas agora estar entendendo o filho, após a produção do laudo que explicou quem ele é (DUARTE et al., 2020, p. 8).

Urano apresentava resultados insatisfatórios na outra escola, e suas notas apontavam para a reprovação. Entende-se que a mudança de escola foi uma tentativa da família para reverter o destino da reprovação.

Conforme Duarte et al. (2020), percebe-se, em uma das falas do pai da criança, a individualização do problema que envolve o filho. Apesar de iniciar dizendo que o filho é gago, e por causa desse problema ele se retrai diante das pessoas, a característica que o pai enfatiza tem a ver com o diagnóstico que lhe foi dado, o TDAH. Essa é uma maneira peculiar em apresentar a criança, sendo essa, na visão da família, a característica mais marcante.

É perceptível como um diagnóstico tem peso negativo na vida de uma pessoa. No caso de Urano, o TDAH assume uma proporção maior do que outras questões. O pai relatou: “a gente tá começando a entender ele” (DUARTE et al., 2020, p. 8), como se, mesmo com 9 anos de convivência com o filho, desde seu nascimento, só seria possível compreender a criança graças ao diagnóstico patológico atribuído.

O posicionamento da professora também é evidenciado por Duarte et al. (2020, p. 9): “Ele faz uso de Ritalina, então, algumas vezes ele fica muito sonolento, algumas vezes tenho que chamá-lo pra lavar o rosto, pra tomar água, pra ele

acordar”. Nota-se, portanto, que o processo de individualização do problema de Urano é bastante evidente.

Um outro ponto que nos chamou atenção no relato de seu pai, quando disse ‘tem pouco tempo que ele usa Ritalina...começou no ano passado, mas já no final do ano, e fez a pausa das férias. A doutora disse que só precisa tomar pra ir pra escola. Férias, fim de semana e feriados não precisa’ (Relato do pai de Urano, 8 de novembro de 2019). Tal relato evidencia como o ‘problema’ está na escola. Urano só tem TDAH na escola. Quando está fora dela, não apresenta os ‘sintomas’, e dessa forma não precisa se tratar (DUARTE et al., 2020, p. 10).

Esse caso representa a realidade de outras tantas crianças, que, a partir de uma queixa da escola, recebem laudos de supostos transtornos e passam a ser estigmatizadas e medicadas. Enfatiza-se que a medicalização de seus comportamentos resulta em consequências negativas, como visto em Urano, que passa grande parte do dia sonolento e com sensação de inércia, sendo rotulado de “doente” ou “incapaz” tanto pelos pais quanto pelos professores.

3.1.3 O caso Daniel – “Tudo isso por causa do maldito ‘r’”

O terceiro caso simboliza a história de estudantes que, apresentando características destoantes do esperado pela escola, pela família e pela sociedade, são rotulados de “doentes”, bem como distanciados da possibilidade de desenvolvimento de práticas pedagógicas que promovam uma relação positiva entre eles e o saber.

Trata-se de um caso elaborado a partir das observações da autora deste estudo. Em sua experiência como professora, já se deparou com várias situações representativas do processo de patologização da dificuldade no processo de escolarização. Considerando a importância de resistir e denunciar todo esse processo, o caso ilustrativo apresenta-se como alerta ao que está ocorrendo na realidade.

O personagem é Daniel, uma criança de 6 anos, estudante do 1º ano do Ensino Fundamental, que vive em uma cidade do interior do estado de Goiás, Itaberaí. Aqui, ele será chamado de Dan. A narrativa é curta, mas levanta questões que chamam a atenção e nos convida a uma reflexão sobre vários pontos, como o

carimbo que uma criança pode carregar pela vida escolar e social em função de um diagnóstico precoce e, às vezes, sem fundamentos científicos.

A escola onde Dan estuda é pública. Sua mãe é dona de casa, e cursou até o 5º ano do Ensino Fundamental. Parou de estudar porque sempre repetia o ano e acreditava que não era capaz de aprender. O pai é pedreiro, cursou até o 7º ano do Ensino Fundamental. Dan tem uma irmã mais nova, que nasceu quando ele começou a estudar.

Esperto, inteligente, “normal”, ele sonhava com a escola, em fazer amigos, ter uma professora – “tia” –, pintar, brincar, correr no recreio, lanchar, fazer tarefa e desenhar, pois era muito bom nisso.

O tão sonhado dia chegou. A mochila de rodinha tão desejada, o banho tomado, o cabelo impecável, todo cheiroso. Lá se foi ele, todo orgulhoso. Os dois primeiros anos foram maravilhosos, fez muitos amigos, sorria, realizava as tarefas com ânimo e prazer, desejava todos os dias ir para a escola.

No 3º ano do Ensino Fundamental, o sonho de Dan transformou-se em um pesadelo. Isso porque, ele apresentava uma característica que geraria um grande obstáculo. O menino esperto, alegre, sonhador, esforçado, não conseguia pronunciar nas palavras a letra “r”, mas, para ele, estava tudo bem. Conseguia entender e se fazer entendido, e nenhum de seus colegas estranhava isso, nem mesmo a professora.

Porém, no final do último bimestre, a professora chamou a mãe e disse que Dan ficaria retido mais um ano, na mesma série, pois não conseguia pronunciar as palavras corretamente. Ela já estava com 8 anos, e isso não era “normal”.

Esse fato o frustrou. Dan viu todos os seus colegas irem para a série seguinte, e apenas ele teve de ficar. Não entendia o porquê, mas começou a sentir raiva da escola, da “tia”. Não queria mais que a hora de ir para a escola chegasse. Seu coração apertava, tinha vontade de chorar, bater o pé, dar murro na parede e dizer que não queria mais estudar.

Todos riam, quando ele trocava “prato” por “pato”, “bravo” por “bavo”, “dragão” por “dagão”, “bruxa” por “buxa”. Sentia-se muito mal. Pensou que a escola não era para ele, não conseguia acompanhar a turma, não porque ele tinha aquele probleminha na fala; era porque não se sentir acolhido, amado, respeitado. Sentia-se só e excluído. A professora o fazia escrever 15 vezes cada palavra com o “r”. Quando solicitado a fazer leitura em voz alta, ele tentava, suave, ficava vermelho de

vergonha e não conseguia. Por mais que se esforçasse com a letra "r", as palavras não saíam, e todos riam dele.

Os problemas foram aumentando. Quando Dan chegou ao 6º ano – agora com 11 anos – foi para outra escola pública. Pensou que seria diferente. Até se sentiu mais à vontade para conversar com os novos colegas. Ninguém reparava na forma como ele falava. Porém, logo na primeira semana, a mãe foi chamada pela professora de português. Sem hesitar, na presença do garoto, a docente disse à mãe que tinha algo errado ele. Em seguida, disse que Dan precisaria se consultar com um neurologista, pois ele pronunciava as palavras de forma errada, não conseguia prestar atenção durante as aulas, e sua letra era ilegível.

A mãe, mais que depressa, “acudiu” o filho. Ela o levou a um neurologista, que conversou por alguns minutos com o menino e não viu nada de anormal. O médico disse a ela que não havia nada de errado com Dan. Ele apenas tinha dificuldade para pronunciar palavras com “r”, mas, com o tempo e a ajuda de um profissional fonoaudiólogo, esse problema se resolveria. Além disso, o neurologista disse que o garoto estava com a autoestima baixa. Todavia, a mãe insistiu e até chorou diante do médico, dizendo que havia algo de errado com o filho. Por fim, o profissional o diagnosticou com deficiência intelectual. Receitou um medicamento e emitiu um laudo. Ela sentiu-se aliviada, pois havia encontrado a "solução" para o problema Dan.

De posse do documento, toda satisfeita, procurou a escola com o laudo, atestando que o filho tinha deficiência intelectual, e isso lhe daria o direito a ter uma professora de apoio para acompanhá-lo durante as aulas, com atividades diferenciadas. Além disso, teria menos cobrança nas tarefas. Dan, antes de ir para a escola, tomaria, todos os dias, o Concerta, um fármaco estimulante do SNC.

Ele chegou à escola sem saber o que era uma professora de apoio. No entanto, seus colegas trataram de explicar, em poucas palavras, que era alguém para acompanhar o estudante "doido ou doente" que não aprendia. Ele se assustou. Ficou desorientado. Estava com muita vergonha, uma vez que não se sentia “doido e nem doente”. Só porque não conseguia pronunciar o “r” nas palavras e sua letra não era muito boa teria de tomar remédio e ter uma professora o tempo todo grudada em sua carteira?

Ele chorou muito. Irritou-se e rasgou os cadernos. Não queria mais estudar. Ninguém o entendia. Quanto mais ele explodia de ódio de todos da escola, mais

rotulado ficava nesse ambiente. Era tido como um garoto deficiente. Mesmo contrariado, amargurado e solitário, teve que aceitar, pois a família e a escola diziam que era o melhor para ele. O problema é que ninguém parou para ouvir suas dificuldades, seus desejos e sonhos.

Atualmente, com 12 anos, encontra-se no 7º ano. Não gosta da escola e nem dos professores. É extremamente calado. Não se interessa pelas aulas, pois acredita que não consegue aprender. Realiza as atividades propostas de qualquer jeito. Quando alguém pergunta a ele sobre a escola, a resposta é esta: "Eu odeio. Não entendo nada. Não sei por que vou todo dia, se não aprendo. Os colegas e os professores me olham diferente, e minhas atividades são bem mais fáceis. Se consigo tirar boas notas, todos falam que é porque tenho professora de apoio; se não consigo, é porque sou deficiente. Me sinto muito mal. Eu não sou deficiente, não sou louco, tenho apenas dificuldade como muitos meninos que estudam lá. Não preciso e não quero professora de apoio. A mesma professora que ensina os meus colegas pode me ensinar".

3.2 REFLEXÕES ACERCA DOS CASOS: DIÁLOGO COM OS PESQUISADORES

Os casos apresentados não evidenciam, por si só, o complexo processo de patologização no contexto escolar, mas ilustram o que se pretende destacar neste estudo: a produção de diagnósticos a partir de características fora do padrão de normalidade. Algo naturalizado pela sociedade e pela escola, cujas consequências podem incidir de maneira decisiva na constituição da subjetividade da pessoa diagnosticada.

Os casos apresentados suscitam discussões sobre a constituição do diagnóstico atribuído aos alunos, bem como a consolidação desse fato a partir de uma racionalidade patologizante. Essa racionalidade naturaliza uma inferioridade inata entre as pessoas, julgadas com base em uma concepção determinista (COLLARES; MOYSÉS, 2016). Assim, em uma realidade concreta, em que se observa um número cada vez maior de crianças e adolescentes diagnosticados e medicados, é imprescindível a reflexão.

A lógica medicalizante tem como sustentação a concepção determinista sobre os fenômenos humanos, que patologiza o não aprender das crianças, entendendo-o como algo inerente à sua natureza, ou seja, de ordem biológica. Quanto a isso,

Saraiva (2010) afirma que, nas crenças baseadas no determinismo biológico, as especificidades do indivíduo podem ser explicadas pela somatória das características de suas partes, criando, portanto, categorias abstratas, que se distanciam das particularidades e da individualidade, almejando sempre a classificação.

Souza (2013) alerta para o fato de que, dentro do contexto escolar, crianças que fogem do padrão de normalidade imposto pela escola são capturadas pela lógica medicalizante, o que é retratado na história de Dan. A partir do simples ato de falar fora dos “padrões” da escola, trilhou-se um percurso de encaminhamento, desencadeando em uma busca insistente da mãe por explicações às queixas apresentadas por aquela instituição, que esclarecessem o comportamento da criança. Para ela, deveria haver uma causa imediata, localizável, palpável, capaz de explicar por que a escola não conseguia dar conta de alguns desafios.

Conrad (2007) ressalta que, para além da hegemonia do saber médico, em todas as dimensões da sociedade, há de se considerar que a medicalização e a patologização são frutos de uma ação coletiva, em que agentes sociais reivindicam diagnósticos que atendam às suas necessidades. Esse foi o caso de Dan, que recebeu o diagnóstico por insistência, de modo a ter o direito a um atendimento especializado.

Os casos de Madu e Urano também evidenciam o processo de patologização. Devido às dificuldades de aprendizagem e do comportamento introspectivo de Madu, os pais dela recorreram a um tratamento, com vistas à cura para problemas que julgaram ser de cunho patológico. Urano, por sua vez, foi diagnosticado com TDAH, mesmo que seu comportamento estivesse relacionado com dificuldades no processo de aprendizagem, o que, em um primeiro momento, poderia ser tratado em âmbito escolar. O peso do diagnóstico na vida de Urano foi enorme. Ele passou a fazer uso contínuo de Ritalina, o que afetou o seu comportamento, deixando-o sonolento e mais desatento.

Voltando ao caso de Dan, percebe-se que, em nenhum momento, sua fala foi citada, não permitindo, assim, apontar ou tornar visíveis as inconsistências nos discursos sobre ele. Nota-se que a racionalidade que patologiza características desviantes em crianças em idade escolar desconsidera os acontecimentos intra e extraescolares e, principalmente, deixa de estabelecer um diálogo pedagógico com o sujeito considerado “problema”.-

Devido a práticas como essas, crianças e adolescentes passam por diversas avaliações (psicológica, fonoaudiológica, psicopedagógica, neurológica, etc.). O percurso é quase o mesmo em todas as situações. Há uma tentativa de encontrar explicação rápida e remediável para uma situação que deveria ser discutida em âmbito pedagógico. No caso de Dan, seu “problema”, sua “dificuldade” e seu “transtorno” ficaram restritos à percepção da professora de português, que relacionou o problema de fala com a capacidade de aprendizagem do aluno. Sobre isso, Guarido (2015, p. 40) alerta que:

[...] os professores foram também chamados a serem a extensão do olhar especialista na prática cotidiana [...] a observar as variações de comportamento das crianças e orientar os familiares na busca de tratamentos adequados aos problemas apresentados pelos alunos.

Para além desse modo de atuação no ambiente escolar, deve-se sempre investigar as queixas que fazem com que determinada criança seja encaminhada a um profissional de saúde.

A demanda da educação para saúde deve ser repensada, assim como a prática da saúde para com a demanda escolar. O que se quer ao encaminhar uma criança para avaliação psicológica? Se o que se pretende é que um profissional da Saúde ajude a pensar em hipóteses para a produção dos fenômenos psicológicos, com o objetivo de criar estratégias de enfrentamento para os problemas do cotidiano escolar, então é necessário conhecermos e problematizarmos esse cotidiano escolar (MACHADO, 2004, p. 5-6).

Conhecendo a história da constituição do diagnóstico de Dan, percebe-se que os professores e o profissional de saúde (neurologista), ao observarem que o modo de falar do garoto não correspondia aos padrões exigidos de crianças daquela faixa etária, não consideraram o contexto social e afetivo no interior da escola. Assim, o questionamento em torno do olhar patologizante deve envolver não somente profissional da área da saúde, mas também todos os sujeitos ao redor de crianças e adolescentes que vivenciam esse processo. Isso porque, fenômenos de ordem social, cultural e econômica estão sendo reduzidos a uma leitura biologizante.

Conforme a escola, Dan era uma criança que não apresentava nenhum comprometimento efetivo em sua inteligência e na capacidade de aprender, apenas dificuldade na oralidade. Mesmo assim, foi considerado diferente. Isso mostra que a escola está inserida em uma sociedade permeada por padrões e normas. Dessa

forma, alunos que desviam desses padrões idealizados e abstratos de normalidade passam a ser compreendidos como “portadores” de transtornos e encaminhados a serviços especializados de saúde. A condenação é imediata, e os direitos de aprender, tolhidos.

Essa é uma triste trajetória. Dan, sem qualquer comprometimento em sua inteligência e capacidade de aprender, foi encaminhado a um tratamento medicamentoso em vez de ser compreendido em seu modo específico de viver e aprender. Não recebeu ajuda anterior a isso. Não lhe foram dadas alternativas para que pudesse aprender na escola. Nem mesmo, foi estabelecido diálogo com os pais, a fim de estabelecer parceria para compreender a dificuldade de Dan.

A despeito disso, a “culpa” é somente dele, de sua herança genética ou social. A própria escola “lava as mãos” e se faz substituir por remédios, encarregando-se de encaminhar a criança imediatamente a um médico (neurologista). Guarido (2015, p. 40) explica que “crianças e adultos, confrontados com certa desresponsabilização sobre o que lhes acontece, tornam-se impotentes para atuarem sobre seus sofrimentos e aprendizados. E a impotência é então mais um efeito deste discurso biológico”.

No que se refere à dificuldade na oralidade, sabe-se que o som da letra “r” é um dos mais difíceis para as crianças pronunciarem. Portanto, deve-se evitar pressioná-las, criando estresse desnecessário. Na vida de Dan, essa pequena dificuldade, ao ser rotulada, desencadeou outros comportamentos não manifestados, como timidez, desatenção e impulsividade. Essas características passaram a influenciar a relação do garoto com o conteúdo escolar.

Sobre o laudo, percebe-se que o profissional que acompanhou e validou o diagnóstico, não conhecia a realidade familiar, muito menos escolar. O diagnóstico foi decisivo na vida de Dan, tanto na escola quanto na família. Neste sentido, Gomes (2019, p. 52) afirma que:

O rótulo imputado por meio do diagnóstico pode acarretar situações de constrangimento para o estudante e se materializar em impedimentos cognitivos e emocionais para ele. A maneira como as pessoas passam a agir, pensar em relação a ele, vincula-se a práticas preconceituosas e excludentes, que contribuem negativamente para seu autoconceito, pois acaba introjetando uma doença e desistindo de sua própria aprendizagem.

O diagnóstico traz um sentimento de alívio e conforto para a escola e para os pais. Isso porque, têm em mãos uma explicação para o problema. Portanto, não são culpados ou incapazes (COUTINHO et al., 2018). Uma vez diagnosticado, parte do tratamento é aceitar que o transtorno permanecerá instalado para sempre. Assim sendo, o estilo de vida deverá ser alterado, moldado de acordo com as descrições do transtorno.

A respeito do diagnóstico, Guarido (2011) considera que este deveria servir como uma bússola para orientar o caminho e as ações a serem seguidas, o que o sujeito tem ou não condições de realizar; quais as influências do contexto social e educacional. Deveria possibilitar a distinção clara entre o próprio diagnóstico e os problemas socioeducacionais. Entretanto, muitas crianças vêm sendo diagnosticadas e medicadas. Madu, Urano e Dan não foram conhecidos e compreendidos mais profundamente em suas atividades cotidianas, o que possibilitaria avanços significativos no processo de escolarização dessas crianças.

Vários aspectos contribuíram para a construção do diagnóstico de Dan, estando, dentre esses, o sofrimento vivenciado por ele no processo de escolarização: a dificuldade em pronunciar palavras com a letra “r”, a angústia da mãe na busca de uma explicação, a falta de acolhimento da escola.

Esse caso ilustrativo serve para analisar as relações pelas quais os sujeitos se constituem. Isso leva à defesa de investimento pedagógico em alunos como Dan, Madu e Urano, diagnosticados com supostos transtornos. Crianças como essas devem se sentir seguras na escola, percebendo que essa instituição aposta em suas potencialidades.

Crianças que receberam um diagnóstico, por experienciarem uma condição diferente de estar no mundo, carregam este rótulo, são capturadas, estigmatizadas, o que representa uma série de desdobramentos impactantes para a vida delas. A maneira com que crianças e jovens, cada vez mais precocemente, vêm sendo capturadas em uma prática que patologiza o não aprender e/ou o ser diferente, incomoda e exige de nós um posicionamento político e ético (GOMES, 2020, p. 101).

Portanto, quando a escola recebe o relato de um problema, uma queixa, uma preocupação, deve intervir de maneira positiva, criando dispositivos que movimentem aquilo que se apresenta em seu interior. Esses dispositivos têm relação

com as práticas, as ações e as crenças estabelecidas no cotidiano escolar (MACHADO; PROENÇA, 2004).

A narrativa sobre Dan demonstra parte do caminho do encaminhamento para a saúde. A preocupação inicial com o laudo para um problema de fala reflete a dependência de um parecer médico que valida a “deficiência” e traz comodidade para a escola e a família.

3.3 CONCEITOS DE SAÚDE: O QUE É CONSIDERADO PATOLÓGICO?

É necessário refletir sobre o conceito de saúde, pelo fato de existir, no processo de produção de diagnóstico, a ideia equivocada de que a necessidade educacional específica se relaciona com um possível transtorno. Essa é uma concepção determinista e biologizante que vem aparecendo de modo corriqueiro nos discursos sobre dificuldade de aprendizagem.

O conceito de saúde reflete um contexto social, econômico, político e cultural, podendo variar de acordo com o período histórico vivido pela sociedade. Assim, o conceito não possui o mesmo significado para todas as pessoas, o que depende de diversos fatores, tais como: valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas (CARVALHO et al., 2015).

Para Bastos (2013), a saúde e a doença não são apenas “estados” ou condições, mas conceitos vitais que estão constantemente sujeitos a interferências externas, e envolvem o viver do homem. A doença é frequentemente definida como a “ausência de saúde”, sendo está o oposto, isto é, a “ausência de doença”. Todavia, essas são ideias pouco esclarecedoras.

Em 1948, a OMS propôs a definição de saúde como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, sendo essa uma definição mais explicativa, por compreender que a saúde não é apenas a ausência de alguma enfermidade, mas também possui relação direta com fatores psíquicos e sociais. Contudo, o conceito de saúde ainda é questionado, visto que se vincula às constantes mudanças sociais, tratando-se de uma definição que condensa os limites entre a saúde física e a psíquica, bem como entre indivíduo e sociedade (LISONDO, 2004).

No Brasil, uma visão higienista, na década de 1920, aproximou a escola dos saberes da medicina. À época, os professores eram considerados os profissionais adequados, e a escola, o ambiente propício para criar na criança e, por extensão, na

família, hábitos de higiene (GOMES, 2019). Com base nessa visão, o pensamento de que o meio familiar estava exposto ao risco para o desenvolvimento de doenças enfraqueceu e destituiu o poder familiar quanto ao seu papel, abrindo espaços para o fortalecimento do Estado; conseqüentemente, para o desenvolvimento e o fortalecimento da área de estudo da psiquiatria. Assim, estudos psiquiátricos passaram a ser direcionados como alternativas disciplinares para avaliar e diagnosticar a condição da criança (MEIRA, 2012).

Nota-se que as instituições escolares brasileiras possuem a responsabilidade de encaminhar crianças e adolescentes para programas de avaliação, o que reforça a implantação de serviços de orientação e diagnósticos de diversos transtornos, cujo tratamento é reivindicado pela escola como requisito para o enfrentamento ao fracasso escolar. Foi nesse contexto que surgiu a psiquiatria infantil, advinda do encontro entre ideais profiláticos e exigências disciplinares impostas pela sociedade (SANCHES; AMARANTES, 2014).

Contudo, questiona-se: o que pode ser considerado patológico ou não perante as mais complexas situações? Na contemporaneidade, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser transformado em condição patológica, estando, assim, sujeito às práticas médicas. Logo, muitos diagnósticos vêm acompanhados de prescrição médica, sugerindo o uso de algum psicofármaco (SOARES; CAPONI, 2012).

À mercê de uma visão reducionista e pouco atenta às complexidades e particularidades do indivíduo, o uso banalizado de psicofármacos, como principal recurso para a solução das dificuldades de escolarização, completa o quadro da medicalização da existência humana, bem como amplia a ideia do medicamento como algo eficaz (TESSER, 2010).

Nesta perspectiva, observa-se que questões relacionadas com o comportamento e a rotina das crianças, envolvendo aspectos comuns da subjetividade e da existência humana, vêm sendo transformadas em situações que requerem intervenções médico-psiquiátricas, mostrando-se uma tendência preocupante. Dessa forma, sintomas comportamentais ligados ao ritmo de vida atual passam a ser classificados e categorizados como transtorno, sendo catalogados como patológicos, não havendo chance de recorrer a alternativas de tratamentos, como atividades lúdicas e terapias, a não ser os fármacos (BARONI et al., 2010).

Portanto, no meio social, ainda vigora a ideia de que o desenvolvimento infantil saudável e o desempenho satisfatório na escola estão atrelados aos conceitos de saúde ou doença (defeito biológico).

A seguir, aborda-se o papel da família no processo de patologização da escolarização, e como a visão de saúde sempre esteve atrelada ao bom relacionamento familiar, sendo imprescindível a contribuição da família para o desenvolvimento positivo das crianças.

3.4 A CRIANÇA E A FAMÍLIA: O CONTEXTO DO SOFRIMENTO

Pode-se afirmar que há uma relação direta entre família, criança e desenvolvimento infantil. É importante compreender como o ambiente familiar e outros fatores externos foram, ao longo do tempo, considerados como influenciadores do comportamento da criança, sendo a família a responsável pelo bom desenvolvimento ou pela origem de possíveis transtornos comportamentais.

O contexto social reflete no modo como as famílias se organizam, mudando as suas estruturas e desfragmentando os vínculos entre as gerações, fazendo com que certas relações sejam totalmente modificadas, o que envolve gênero, monoparentalidade, autoridade e poder (CARVALHO et al., 2015).

Considerando a família como um grupo variável de pessoas, que muda de acordo com o tempo e o lugar, entende-se que o seu funcionamento pode levar à troca ou ao estabelecimento de vínculos, bem como provocar manifestações clínicas (MEIRE, 2012). Neste sentido, é fundamental compreender as mudanças ocorridas com relação às funções materna e paterna e, conseqüentemente, com relação ao lugar ocupado pelos filhos no seio familiar, sendo que muitos não recebem o apoio e o amparo necessários para se desenvolverem emocional e cognitivamente, ficando um vazio na constituição do sujeito, com implicações futuras (BARONI, 2010; ROJAS; 2010).

Dependendo da relação de poder estabelecida, esta pode levar os filhos a se tornarem adultos temerosos e frágeis, ainda mais quando o poder é depositado nos filhos, por meio do excesso de responsabilidades e de expectativas por parte dos pais (CHRISTOFARI et al., 2015).

Não é raro encontrar pais que vivenciam dificuldades na resolução de seus problemas. Por conseguinte, não conseguem auxiliar seus filhos, quando estes

vivenciam situações mais complexas. Na criança, isso geralmente tem impactos negativos, com implicações subjetivas, afetando as emoções e o intelecto (JANIN, 2010).

O sentimento de medo em fracassar no seio familiar deixa os pais vulneráveis, o que os leva, muitas vezes, a superprotegerem os filhos (VIEGAS, 2015). Porém, essa superproteção pode criar cidadãos apáticos, desamparados e sem a sustentação necessária para se desenvolverem (JANIN, 2010).

Nota-se que novas formas de subjetivação e de sofrimento psíquico estão atreladas ao modelo social vigente, que confere novos contornos às patologias psíquicas, caracterizadas, principalmente, pela falta de apoio familiar por parte de crianças e adolescentes (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

É nesse contexto que se insere o processo de patologização e medicalização das dificuldades escolares. As alterações modernas na constituição do grupo familiar, as relações conflituosas entre pais e filhos, o movimento constante das pessoas em torno do trabalho, fazem com que a sociedade busque soluções para os problemas nos medicamentos.

A seguir, procede-se à discussão sobre a possibilidade de resistência à medicalização, no contexto da escola, apresentando o movimento que se denomina despatologização, cuja ideia se assenta no enfrentamento aos processos que associam as diferenças a doenças. E ainda, reflete-se sobre a concepção biologizante, que patologiza a diferença, colocando em risco o futuro de muitas crianças e adolescentes.

3.5 A DESPATOLOGIZAÇÃO E O FUTURO DA EDUCAÇÃO

Este tópico discute a despatologização, que está atrelada a uma concepção de infância que encara o desenvolvimento infantil a partir de um viés mais humano e livre de rotulações, sendo o tratamento medicamentoso aplicado somente em casos origem patológica.

No Brasil, existe um grupo de profissionais de diversas áreas, incluindo da educação, que se propôs a enfrentar o fenômeno da patologização e denunciar a quantidade de diagnósticos em crianças e adolescentes. Esse grupo é denominado de denominado Rede Despatologiza, e segue os seguintes princípios, apresentados em carta pública (2017):

1. combater a patologização e a judicialização da vida;
2. enfrentar desigualdades, preconceitos e discriminações;
3. afirmar as diferenças entre as pessoas como um valor essencial da vida;
4. defender os direitos humanos, a democracia, a equidade e a justiça social;
5. produzir e divulgar conhecimentos e ações despatologizantes. (REDE DESPATOLOGIZA, 2017, n. p.).

Iniciar um processo de compreensão em torno do não aprender significa considerar o sujeito como “vir a ser”, isto é, em processo de formação, dotado de características intrínsecas e particulares. Essa ideia difere daquela que vai atrás de quadros psicopatológicos e categorizações, com a falsa ilusão de que, por esse caminho, é possível encontrar a causa para o não aprender; por conseguinte, a resposta para a solução do problema (GONZÁLEZ, 2000).

A despatologização não se preocupa tanto com a "desordem" quanto com aquilo que acontece ao sujeito que expressa dificuldade em determinado momento de sua vida e em um dado contexto. Isso é o resultado de reflexões que não perdem de vista o que compromete a aprendizagem, podendo se tratar, sem dúvida, de questões biológicas. A despeito disso, cabe ao profissional médico, antes de dar qualquer diagnóstico, considerar os fatores intrínsecos ao sujeito, sem se prender a padrões preestabelecidos por guias ou manuais que designam inúmeros comportamentos como patológicos (CARVALHO et al., 2015). Desse modo, é atribuição do médico identificar os principais aspectos que explicam o modo de funcionamento cognitivo do sujeito no momento da consulta.

É imprescindível considerar, quando da avaliação da criança ou do adolescente com dificuldades de aprendizagem, as hipóteses de construção de letramento, e verificar se há manifestação de pensamento operativo, o que permite, do ponto de vista da cognição, compreender as aprendizagens possíveis (CARRIJO, 2017).

Ressalta-se que, em qualquer processo terapêutico ou de aconselhamento, é necessário um diagnóstico dos aspectos intrínsecos, aproximando-se da realidade subjetiva do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2000). Desse modo, a questão central na intervenção da clínica psicopedagógica durante o processo diagnóstico – seja encaminhado pela escola, seja pela família – não é a de nomear a dificuldade, e sim de tentar resguardar a condição subjetiva da criança ou do adolescente que sofre para não ser julgado ou rotulado de maneira negativa (MEIRE, 2012).

Compreende-se que a essência do diagnóstico está em saber a posição do sujeito, o modo como ele se situa em relação ao sintoma. Trata-se de ouvir como essa criança ou esse adolescente se comporta em relação ao seu problema de aprendizagem. Por isso, o que importa é o que ele diz em relação a isso, pois alude à sua posição subjetiva (GUARIDO, 2010). Ratificam essa ideia Collares e Moysés (2014), para quem uma análise mais específica de cada indivíduo deveria ser tomada como padrão, a fim de compreendê-lo como ser único, não rotulando suas manifestações particulares como doenças.

Neste sentido, o valor prognóstico do tratamento a ser realizado não depende simplesmente do que o sujeito diz sobre a dificuldade que manifesta, mas sim da posição que assume em relação ao que diz sobre si mesmo, ou seja, do que ele pode fazer ou pensar posteriormente com o que diz estar acontecendo consigo mesmo. Nesse caso, as intervenções devem ter como objetivo estimular a criança a construir a demanda de querer se livrar do sintoma. Para isso, aquilo que “não funciona” para os outros não deve funcionar para ele, caso contrário, será difícil para o sujeito se identificar e se envolver plenamente com o tratamento (COUTINHO et al., 2018).

Adotar práticas como essa incentiva crianças e adolescentes a exercerem o poder de opinião. Além disso, atividades lúdicas, como desenhar e brincar, devem ser fomentadas, de modo que a terapia não fique somente nas palavras (CARRIJO, 2017).

Na prática psicopedagógica com abordagem clínica, a atitude questionadora deve fazer-se presente em todos os momentos, servindo como um dispositivo fundamental. Esse posicionamento permite ao sujeito pôr-se entre o que é conhecido e o desconhecido, gerando um novo movimento (VIEGAS, 2015).

Há um sentido antiético em tratar o sinal e excluir a criança que o carrega como indivíduo. Se não há sujeito desejando saber, não se pode esperar que ocorra uma aprendizagem significativa (COUTINHO et al., 2018). Assim, concebe-se como único caminho possível para investir em uma perspectiva que efetivamente considere as múltiplas dimensões do indivíduo em relação com o meio social, cultural, histórico e político, a ampliação do debate acerca do tema saúde integral a nível público. Busca-se, com isso, abordar, continuamente, os problemas gerados pela patologização. Entende-se que seja possível mostrar à sociedade a

necessidade de pensar além do que se vê, evidenciando a individualidade de cada sujeito e evitando generalizar os quadros de déficit de atenção (SILVA; LIMA, 2021).

Com relação à escola, cabe a essa instituição questionar o Projeto Político Pedagógico imposto pelo Estado, de modo a propor atividades que estreitem os laços da relação entre as crianças e suas famílias. O ambiente familiar deve ampliar as possibilidades de interlocução, abrindo espaços para que a criança possa se desenvolver plenamente, evidenciando suas características, de maneira que não deixe a saúde do sujeito em formação nas mãos de um único especialista e não recorrendo imediata e exclusivamente ao tratamento médico (CHRISTOFARI et al., 2015).

Nesta perspectiva, pode-se questionar os papéis das instituições sociais no que diz respeito à amenização da dor e do sofrimento de crianças e adolescentes. É de responsabilidade da família e da escola reconhecer as necessidades dos estudantes, não deixando de compreender as situações econômicas e sociais, pois estas influenciam o desenvolvimento infantil. Com base nisso, lança-se uma crítica à afirmação de que tudo o que uma criança precisa é brincar. Essa afirmação não é apenas romântica e idealista, mas também descabida, devido à complexidade que envolve a infância (COLLARES; MOYSÉS, 2010).

Há formas de reverter a atual situação de diagnósticos equivocados, por meio de uma visão menos biologizante do sujeito, tanto na clínica quanto na escola. Para isso, aposta-se no processo de despatologização, de modo a libertar o indivíduo de um diagnóstico permanente, capaz de marcar sua existência em diversos aspectos.

Observa-se que o processo de despatologização ainda se mostra tímido, mas deve ser tratado com maior ênfase em ambientes que fazem parte do cotidiano de crianças e adolescentes, como a família e a escola.

3.6 OUTRA HISTÓRIA, OUTRO FIM – TEXTO ILUSTRATIVO SUBJETIVO

Para enfatizar o tema, encerra-se este capítulo com um caso ilustrativo elaborada pela autora desta dissertação. A personagem da história sofre por apresentar características consideradas diferentes ou inferiores pelos demais. Intenta-se mostrar como o indivíduo que recebe um diagnóstico tende a se comportar, a sua autoestima não se desenvolve, e ele começa a perder a autoconfiança, não desenvolvendo suas habilidades com segurança e plenitude.

Sou diferente mesmo, e daí?

Marilu era uma tartaruga linda, inteligente, ousada, alegre e corajosa. Realizava tudo com muita calma e tranquilidade dentro do seu tempo, e conseguia fazer tudo que era proposto a ela.

Um dia a professora de Marilu, dona Ritafina, começou a observar a tartaruga mais de perto e achou que ela estava muito lenta para realizar as atividades na escola. Dona Ritafina conversou com Marilu e disse que havia um “problema” com ela.

— Você está muito lenta para copiar. Precisa ser mais rápida como os outros. Veja como o macaco é rápido. Seja como ele!

A tartaruga respondeu:

— Mas eu sou assim, devagar, e consigo fazer tudo direitinho e com muito capricho. Veja minha letra como é linda! Demorou um pouquinho porque sou caprichosa.

A professora não se convenceu e disse que Marilu teria que tomar um remédio para ficar mais esperta e rápida. Então, a tartaruguinha começou a tomar uma bolinha vermelha para copiar bem rápido como os outros.

Seu amigo, o coelho Aderbal, foi brincar com ela, e comentou como Marilu estava muito devagar para correr. Ele disse que um amigo tinha tomado uma bolinha amarela e que passou a correr mais rápido. A tartaruguinha começou a tomar a bolinha amarela para conseguir correr e acompanhar o coelho. Mesmo assim, era impossível, porque ele era muito rápido.

A mãe de Marilu, dona Risperijoana, observou que a filha não gostava de comer algumas verduras e legumes, e também a aconselhou a tomar uma bolinha para comer mais. Lá se foi Marilu tomar uma bolinha verde para abrir o apetite.

Ela gostava de ficar brincando até mais tarde no quarto, lendo ou jogando no celular. Seu pai, o Sr. Goncerta, percebeu que a filha estava dormindo muito tarde e resolveu dar uma bolinha preta para ela dormir mais cedo.

No balé, ela também era diferente. Não conseguia acompanhar os passos largos e definidos da gata Vedance. Ficou com vergonha e começou a tomar mais uma bolinha, agora azul, para tentar melhorar. Coitada! Estava entupida de tantas

bolinhas coloridas. Era bolinha para tudo: fazer tarefa com mais agilidade, correr rápido, comer verduras, dormir e fazer balé.

Desde então, a tartaruguinha não passou a se sentir bem. Apresentava-se cansada; às vezes, sonolenta; seu coraçãozinho acelerava dentro do peito; sentia uns enjoos; via algumas coisas que não existiam de verdade; a boca ficava seca. Marilu começou a ficar triste e irritada com tantas bolinhas que tinha que tomar. Além disso, deveria se esforçar para conseguir fazer as coisas que os outros exigiam dela.

Triste, pensativa, não sabia mais o que fazer. Andando em seus passinhos lentos pela floresta encontrou a sábia preguiça, que tinha um nome diferente, dona Fluorentina. A preguiça estava tranquila, encostada no tronco de uma árvore.

Vendo Marilu com a cabecinha baixa e chorando, perguntou, com sua voz lenta e suave, bem baixinho:

— O que foi que aconteceu com você?

Com lágrimas nos olhos, a tartaruguinha contou o que estava acontecendo:

— Todos querem que eu seja mais esperta, escreva rápido como o macaco, corra igual ao coelho, coma todos os alimentos de que não gosto muito, durma mais cedo e dance igual a gata. Eu não estou feliz assim. Tenho que tomar bolinhas coloridas todos os dias. Me sinto muito mal. Parece que nem sou eu mesma. Isso tudo para me tornar igual ou melhor do que os outros animais. Mas eu já estou cansada. Eu estava feliz comigo mesma do jeito que era. Mas a professora, meu amigo coelho e até meus pais vivem me comparando com os outros animais e querem que eu me comporte como eles desejam. É um absurdo! Você acredita que minha mãe estava querendo que eu andasse só com duas patas e ficasse ereta igual ao pavão? Ela disse que é mais elegante. Como pode?

Depois de ouvir atentamente os lamentos de Marilu, dona Fluorentina disse-lhe com bastante calma:

— Devemos ser nós mesmos. Cada um de nós deve viver com nossas próprias limitações e diferenças, pois temos o nosso próprio jeito de ver e fazer as coisas. Uns, como eu, são mais lentos; outros, como a lebre, são mais rápidos. Alguns conseguem subir em árvores, como o macaco; outros, como o peixe, conseguem ficar debaixo d'água. A arara, por exemplo, fala demais; a hiena só dá risadas. Uns andam pulando, igual ao canguru; e outros se arrastam, como as cobras. — E continuou: — Cada um com suas qualidades e suas diferenças. É isso que encanta a floresta; essa diversidade. Não queira se comparar aos outros, seja

você mesma, aquela que realiza as tarefas da escola devagar, mas faz tudo certinho e com capricho; não corre depressa como coelho, mas tenha no seu andar um rebolado e uma segurança em cada passo; não dança igual a gata, mas dê uma virada espetacular de 360 graus. Seja feliz, seja você mesma com tudo que você tem!

Depois de ouvir tudo isso de um bicho do qual todos zombavam, por ser tão lento para falar, para andar, para brincar e até para comer, mas que nunca tomou nenhuma bolinha colorida e estava tão bem e feliz, Marilu ergueu a cabeça, sentiu orgulho de si mesma e decidiu ser feliz do seu jeito, dona de sua vida, respeitando os seus próprios limites, realizando tudo no seu tempo. Então ela decidiu jogar fora todas as bolinhas. Quando era cobrada por alguma coisa, dizia:

— Sou assim. Sou diferente de todos e não sou obrigada a seguir o ritmo dos outros. Sou Feliz! Sou diferente mesmo, e daí? Sou Marilu, uma tartaruga lenta e linda!

Eliane G. de Lima Lellis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe para a reflexão um fenômeno que já vem sendo debatido no meio acadêmico, mas que ainda não se materializou no cotidiano da escola, a patologização/medicalização do não aprender, com desfecho em um diagnóstico de deficiência, acompanhado pelo uso de medicação como forma de solução para problemas comportamentais e de aprendizagem.

Para dar corpo a essa reflexão, optou-se pela revisão de literatura. Desse modo, foi possível levantar um conjunto de informações sobre o processo de produção do diagnóstico no contexto escolar. Consciente de que essa temática envolve questões complexas e amplas, para além da proposta desta abordagem, foi feito um recorte com o objetivo de compreender de que maneira o diagnóstico influencia a construção da subjetividade do sujeito em processo de escolarização.

Esse procedimento metodológico permitiu ampliar o conhecimento sobre o fenômeno social da patologização, bem como verificar como essa tendência pode resultar em condução equivocada de problemas oriundos do contexto escolar, como dificuldades de aprendizagem e falta de concentração. Situações como essas poderiam ser, em muitos casos, solucionadas com tratamentos alternativos à medicalização.

Por meio dos teóricos pesquisados, identificou-se que o sistema educacional brasileiro tende a tomar o diagnóstico como dispositivo comum e aceitável para o tratamento da maioria dos comportamentos que fogem aos padrões exigidos pela instituição escola. Sabe-se que essa instituição cumpre papel relevante no desenvolvimento do estudante como cidadão pensante e ativo socialmente. Todavia, ainda apresenta deficiências no que diz respeito ao encaminhamento de alunos com dificuldades de aprendizagem e falta de atenção.

Há uma dependência da escola por especialistas da saúde na solução de problemas que ela pedagogicamente não resolveu ou não deu a devida atenção. Para problemas comportamentais e de desempenho, tanto a escola quanto a clínica recorrem ao tratamento medicamentoso como o único possível.

Nesse contexto, um ponto a ser mencionado diz respeito à deficiência na formação docente, que não prepara os futuros professores para atuarem frente as dificuldades que encontrarão ao estabelecerem relações interpessoais com os estudantes. Devido a isso, vários profissionais não conseguem notar as necessidades particulares dos alunos, contribuindo para o encaminhamento de muitos para a intervenção médica.

É nesse cenário que o fenômeno da patologização tem contribuído negativamente para a construção da subjetividade de estudantes, uma vez que o fim de todo o processo de encaminhamento é o diagnóstico de algum tipo de transtorno, o que impacta negativamente a construção da subjetividade da criança ou do adolescente em processo de escolarização. Considera-se esse processo negativo por induzir o aluno a pensar em sua dificuldade como algo de responsabilidade dele mesmo, de seu intelecto que não funciona de forma adequada.

É importante destacar que o diálogo com as fontes selecionadas para este estudo permitiu compreender como o fenômeno social da patologização e a medicalização estão enraizados na sociedade, fazendo parte do cotidiano escolar, passando a ser naturalizado e aceito como normal.

Ressalta-se que a medicalização precoce pode afetar o desenvolvimento do aluno em diversos aspectos, sejam sociais, em que haverá maiores dificuldades em estabelecer e construir relações, sejam subjetivos, visto que o indivíduo passa a encarar a realidade com pesar e sofrimento, deixando, até mesmo, de investir em seu desenvolvimento cognitivo e psicológico. Isso porque, ao receber um diagnóstico de uma patologia, sente-se marcado (carimbado) e diferente dos demais, levando consigo o peso de um laudo capaz de redirecionar sua vida em vários aspectos, o que o leva a desenvolver sentimentos negativos.

Com base no exposto no decorrer deste estudo, pode-se afirmar que a ação de encaminhar problemas cotidianos da escola para os saberes especializados, bem como a necessidade pela obtenção de um diagnóstico, mostram-se como tendências crescentes na sociedade. Enfatiza-se, porém, que muitos diagnósticos são emitidos apressadamente, apenas para suprir as necessidades da família ou da escola, de modo que obtenham uma resposta para o problema que se apresenta.

Espera-se que este estudo seja uma fonte para a reflexão sobre o tema, reforçando o cuidado ao se encaminhar uma criança ou um adolescente ao serviço

de saúde, bem como ao uso indiscriminado de medicamentos, visto que, dependendo do diagnóstico, este terá grande peso na vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. B.; ELIAS L. C. dos S. Habilidades Sociais em Crianças com TDAH: uma revisão de literatura. **Contextos Clínicos**, v. 14, n. 2, mai./ago. 2021.

ABREU, M.H.R. **A medicalização da vida escolar**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ADAMS, G.; RYAN, B. **O modelo de relações família-escola: influência dos pais no sucesso escolar**. Em M. Kane (Ed.), *Contemporary Issues in parenting*. Ontário: Nova Publishing, 2005.

ALMADA, C. A. de A. **“Agora vão Estudar os Doidos de Antigamente?”: histórias de sofrimento pelo não aprender na escola**. 2015. 166f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia, Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5ª edição) DSM-V-TM. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.

BARONI, D. P. M, VARGAS, R. F. S., & CAPONI, S. Diagnóstico como nome próprio. In: **Psicologia & Sociedade**, vol. 22, nº (1), p. 70-77. 2010.

BASTOS, H. P. **Saúde e educação: reflexões sobre o processo de medicalização**. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, São Paulo, 2013.

BELTRAMI, R. L.; GESSER, M.; SOUZA, S.V. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. In: **Psicol. estud.**, v.24, p: 01-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/3JxP7Jzq5JCwpN76rQFwVDp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 de mar. 2022.

BELTRAME, R. L. **Medicalização da educação: sentidos produzidos por estudantes com diagnóstico relacionado a dificuldades no processo de aprendizagem e de comportamento**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia. 2019. 168 f.

BELTRAME, M. M., & BOARINI, M. L. Saúde Mental e Infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 333-349. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200007> Acesso em: 11 de mar. 2022.

BRAGA, S. G., & MORAIS, M. L. S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicol. USP**, 18(4), 35-51. 2007. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000400003

CAPONI, Sandra. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

CARRIJO, A. Da pedagogização à medicalização: a construção social da infância pela representação do “cuidado”. In: **Encontro Nacional da Abrapso**. Tópico temático: Infâncias, Adolescências e Famílias. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2017.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. O.; COSTA, F. D.; ANDRADE, H. S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. CE25, n.4, p.1251-1269, 2015.

CERVO, M.R.; SILVA, R.A.N. Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI. *Revista Subjetividade*, v.14, n.3, p.442-453, 2014.

CHRISTOFARI, A.C.; FREITAS, C.R.; BAPTISTA, C.R. Medicalização dos modos de ser e de aprender. *Educação & Realidade*, v.40, n.4, p.1079-1102, 2015.

COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A. A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos** (p. 71-110). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.

COLLARES, C.A.; MOYSÉS, M.A.A. Educação na era dos transtornos. In: **Medicalização da educação e da sociedade**. Ciência ou mito. Salvador: EDUFBA, 2014.

COLLARES, C.A.; MOYSÉS, M.A.A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. Edição eletrônica, 2016.

COLOMBANI, F.; MARTINS, R.A. **Biopolítica e medicalização: o respeito às diferenças, um olhar a partir da inclusão**. Congresso nacional de formação de professores, 2; congresso estadual paulista sobre formação de educadores, Águas de Lindóia. Anais 2. Congresso Nacional de Professores, 12. Congresso Estadual sobre Formação de Educadores. São Paulo: UNESP; PROGRAD, 2014.

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

CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE). **Recomendação Número 019**, de 08 de outubro de 2015.

COUTINHO, M. K. A. R. G., & ARAUJO, D. A. C. A medicalização da vida escolar: incoerências na conceituação do TDAH. In: **Série-Estudos - Periódico Do Programa De Pós-Graduação Em Educação Da UCDB**, vol.23, nº (47), p.223-239, 2018.

CRUZ, M.G.A.; OKAMOTO, M.Y.; FERRAZZA, D.A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.20, n.58, p.703-714, 2016.

DONZELOT, J. **A polícia da família**. Ed New Vision, Madrid, 2008.

DUARTE, B.P.S.; FILHO, J.R.; BASSANI, E.; COUTINHO, M.I. Processos de medicalização da infância: estudo de caso de um aluno com diagnóstico de TDAH. In: **Aprendizagem e avaliação: Diagnóstico, Planejamento e Gestão do Trabalho Pedagógico**, p:1-15, 2012.

FOUCAULT, M. **História da medicalização**. Educação médica e saúde. Vol.11, 1977.

FREITAS, J.S.; ROTA JÚNIOR, C. O eletroencefalograma como instrumento de avaliação de queixas escolares: medicalizando a educação. **Revista entreideias: educação, cultura e sociedade**, v.3, n.1, p.63-78, 2014.

FREUD, S. (1933): "Aula 34: esclarecimentos, aplicações, orientações" In: **Obras Completas**, t. XXII Amorrorrtu, Bs. As. 2003.

FULLAN, M.; STIEGIELBAUER, S. **A mudança educacional**. Guia de planejamento para professores. Brasília: debulha, 2003.

GENTIL, M. A. de O. **Contribuição à Crítica do Trabalho da Fonoaudiologia Educacional à Luz da Concepção Histórico-Cultural da Linguagem**: diante do crescente processo de medicalização e patologização da educação, que fazer? 2016. 260 f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador.2016.

GOMES, S. R. **Sociedade Medicalizada: infância capturada**. Cadernos Zygmunt Bauman. Vol. 10, n. 24, 2020. p. 91-103.

GOMES, S. R. **Escolarização Patologizada: configurações de uma prática educacional**. 2019. 174 f. Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. 2019.

GOMES, C. A. V., & PEDRERO, J. N. Queixa Escolar: encaminhamentos e atuação profissional em um município do interior paulista. **Psicologia: ciência e profissão**, 35(4), 1239-1256, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002192013>. Acesso em: 11 de mar. 2022.

GONÇALVES, M. R. **Encaminhamentos Escolares**: ressonâncias e dissonâncias entre profissionais de educação e de saúde. 2015. 215f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde na Infância e Adolescência). Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos.2015.

GONZALEZ REY, F.L. **O social na psicologia e a psicologia no social**: a emergência dplicações da presença do saber médico na educação. 2008. 116f. Dissertação (Mestra- o sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

GONZALEZ REY, F.L. **O sujeito que aprende**: desafios do desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. Aprendizagem e trabalho pedagógico. Campinas, SP: Alínea, 2008.

GUARIDO, R. “**O que não tem remédio, remediado está**”: medicalização da vida e algu- mas imdo em Educação). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: **Conselho regional de psicologia de são paulo e grupo interinstitucional queixa escolar**. Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 27-39.

HALLOWELL, E. M., & RATEY, J. J. **Delivered from distraction: Getting the most out of life with attention deficit disorder**. New York: Ballantine Books. 2005.

JANIN, B. et al. **Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD)**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2010.

KEEVES, J.P. Medindo os efeitos do valor agregado nas escolas: As escolas devem ser comparadas em desempenho? **Studies in Educational Evaluation**, v.31, p.247-266, 2015.

LEMOS, F.C.S. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. In: **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, vol.18, nº (3), p.485-492. 2014.

LEONARDO, N. S. T., & SUZUKI, M. A. (2016). Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, nº (1), 46-54. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1161>.

LIMA, R.C. **Somos todos desatentos**. O TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LIMA, M.L.C.; CRUZ, B.A.; LIMA, L.M.; BRANDÃO, D.A.S. Debatendo sobre medicalização com docentes em escolas públicas e privadas. In: **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, v 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/BrfpG4zzSpBMLQmzsNtTZnM/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de mar. 2021.

LISONDO, A. B. D. Na Cultura do Vazio, Patologias do vazio. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335- 358, 2004.

MACHADO, L. V.; FERREIRA, R. R. A indústria farmacêutica e a psicanálise diante da epidemia de “Depressão”: respostas possíveis. In: **Revista Psicologia em Estudo**, vol. 19, nº (1), p.135-144, 2014.

MAESTRE, A. Família e escola. Os pilares da educação. **Renovação e Experiências Educacionais**, v.14, 2009.

MARÇAL, V. P. B., & SILVA, S. M. C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Psicologia Escolar e Educacional**, 10(1),

121-131. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572006000100011> . Acesso em: 11 de mar. 2022.

MARINHO-ARAÚJO, C.M.; ALMEIDA, S.F.C. **Psicologia Escolar: construção e consolidação da identidade profissional**. 3 a . ed. Campinas: Alínea, 2010.

MARTINEZ, A.M. Psicologia Escolar e Educacional: compromissos com a educação brasileira. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.13, n.1, p.169-177, 2009.

MEIRA, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.16, n.1, p.136-142, 2012.

MONTE SERRAT, F. Subjetividade e Aprendizagem. **ABC Educativo**. Ano 8, número 67, junho/julho 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10. Transtornos mentais e comportamentais**. Décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. OMS, Genebra: Autor, 1992.

PATTO, M. H. S.; MELLO, S.L. Psicologia da violência ou violência da psicologia? In: **Psicologia USP**, vol 19, nº (4), p.591-594. 2008.

POSNER, C.M. Ensino Eficaz. Uma revisão da bibliografia mais recente em países europeus e anglo-saxões. **Journal of Educational Research (RMIE)**, v.9, n.21, p.277-318, 2014.

RICHTER, B. R. Hiperatividade ou Indisciplina? - TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.2012.

ROJAS, M. C. Desamparo y desmentida en la familia actual: intervenciones del analista. **Vínculo**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 2-7, 2010.

SANCHES, V.N.L.; AMARANTE, P.D.C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v.38, n.102, p.506-514, 2014.

SANTOS, R. L.; OLIVEIRA, F. N. de; BIANCHINI, L. G. B. Medicalização da aprendizagem e resiliência: significações produzidas na escola. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 13, n. 5, p. 1792–1813, 2018.

SAPIA, L. P. **Medicalização na Educação: a neurologia na construção dos diagnósticos de distúrbios de aprendizagem**. 2013. 171f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho. 2013.

SHALOCK, H.D. Progresso do Aluno na Aprendizagem: Responsabilidade do Professor, Prestação de Contas e Realidade. **Jornal de Avaliação de Pessoal na Educação**, v.12, n.3, p.237-246, 2018.

SCARIN, A.C.C.F.; SOUZA, M.P.R. Medicalização e patologização da educação: desafios à psicologia escolar e educacional. In: **Psicologia Escolar e Educacional**, v, 24, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pee/a/NK7KFMcM8Wb9fYrhQgpwj5c/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 12 de mar. 2022.

SILVA, A. B. da. **Editando Vidas: focos do DSM na medicalização social**. 2015, 2f. Dissertação (Mestrado em Educação). Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro. 2015.

SILVA, G.G.P., LIMA, M.R.S. A nova política nacional de educação especial e a desconstrução de uma proposta educacional inclusiva: Os impactos conceituais e estruturais no processo de inclusão do aluno público-alvo da Educação Especial. In: **Revista Teias do Conhecimento**, Ano 1, nº 1, 2021.

SILVA, C.G.C.; SERRALHA, C.A.; LARANJO, A.C.S. Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. **Psicologia em Estudo**, v.18, n.2, p.281-291, 2013.

SOUZA, M.P.R. Psicologia Escolar e políticas públicas em Educação: desafios contemporâneos. **Em Aberto**, v.23, n.83, p.129-149, 2010.

SOUZA, M.P.R. Psicologia Escolar e Educacional em busca de novas perspectivas. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v.13, n.1, p.179-182, 2009.

SOUZA, S.V. **O estudante (in)visível na queixa escolar visível: um estudo sobre a constituição do sujeito na trajetória escolar**. Tese Doutorado, Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOARES, G. B. & CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre os discursos da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 15 (37), p. 437-46, 2011.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. O conceito de prevenção, uma boa ideia que se perdeu? **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.62, p.5803, 2018.

STOLKINER, A. **Medicalização da vida, sofrimento subjetivo e práticas em saúde mental**. Coleção FUNDEP. Editorial Psicolibro, 2013.

TESSER, C. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TERRA-CANDIDO, B. M. **Não aprender na escola: a busca pelo diagnóstico nos (des)encontros entre saúde e educação**. 2015. 208f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015.

TIBALLI, E.F. Estratégias de inclusão frente à diversidade social e cultural na escola. In: Políticas educacionais, práticas escolares e alternativas de inclusão escolar. Rio de Janeiro: DP&A. Trabalhos apresentados nos simpósios e mesas-redondas do XI ENDIPE, Goiás, Goiânia, 2003.

TREVIZANI, T.M. Camisa de Força para Menores: a patologização de crianças e adolescentes (Hospício São Pedro, 1884 – 1929). 2013. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

UNTOIGLICH, G. Medicalização e patologização da vida: Situação da infância na América Latina. **Estudos em Educação**, v.25, n.1, p.20-38, 2014.

VERAS, M.R. **A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Saúde. Brasília, 2017, 104 f.

VIÉGAS, L.S. Progressão continuada e patologização da educação: um debate necessário. **Psicologia Escolar e Educacional**, v.19, n.1, p.153-161, 2015.

VYGOTSKY, Lev Semenovitch. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

ANEXOS

TABELA 1 – Critérios de diagnóstico e exclusão para transtornos de aprendizagem escolar de acordo com o DSM V.

- a) Para diagnosticar dificuldades de aprendizagem, será fundamental que a presença dos sintomas indicados persista por pelo menos seis meses.
1. Incorreto ou lentidão e esforço excessivo na leitura de palavras.
 2. Dificuldades em compreender o significado do que é lido.
 3. Dificuldades de grafia (adicionar, omitir ou substituir vogais ou consoantes).
 4. Dificuldades com a expressão escrita da mensagem.
 5. Dificuldades de compreensão do conceito de número, fatos numéricos ou cálculos (compreensão insuficiente dos números, sua magnitude e relações numéricas).
 6. Dificuldades de raciocínio matemático (dificuldade de aplicar conhecimentos ou procedimentos matemáticos para resolver problemas quantitativos).
- b) Os padrões acadêmicos afetados não são adequados para a idade cronológica e causam significativa interferência no desempenho acadêmico ou ocupacional ou nas atividades da vida diária, o que é confirmado pela aplicação de testes padronizados ou avaliações clínicas.
- c) As dificuldades de aprendizagem durante os anos escolares podem não se manifestar totalmente até que as exigências dos padrões acadêmicos afetados excedam as capacidades limitadas da criança.
- d) As dificuldades de aprendizagem não são devidas a deficiência intelectual, habilidades auditivas e visuais inadequadas, outros transtornos mentais e / ou neurológicos, condições psicossociais adversas, falta de estimulação da linguagem ou instrução educacional inadequada.

Fonte: APA (2013).

TABELA 2 – Características e diretrizes para o diagnóstico de transtornos específicos do desenvolvimento da aprendizagem escolar de acordo com a CID 10.

CARACTERÍSTICAS	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO
Transtorno de leitura específico (F81.0)	
Déficit específico e significativo no desenvolvimento da capacidade de leitura não explicado pelo nível intelectual, problemas de acuidade visual ou escolaridade inadequada.	<p>- O desempenho de leitura da criança deve ser significativamente inferior ao esperado de acordo com sua idade, inteligência geral e nível de escolaridade.</p> <p>- A melhor forma de avaliar esse desempenho é a aplicação individual de testes de leitura padronizados e testes de precisão e compreensão de leitura.</p>
A capacidade de compreensão de leitura, o reconhecimento de palavras lidas, a capacidade de ler em voz alta e o desempenho em atividades que exigem leitura podem ser afetados.	<p>- Nos estágios iniciais de aprendizagem da escrita alfabética, pode haver dificuldades para recitar o alfabeto, fazer rimas simples, nomear as letras corretamente e analisar ou categorizar os sons (apesar da acuidade auditiva normal).</p> <p>- Posteriormente, podem ocorrer erros na leitura oral, tais como:</p> <p>a) Omissões, substituições, distorções ou acréscimos de palavras ou partes de palavras;</p> <p>b) Lentidão;</p> <p>c) Falsos começos, longas hesitações ou perda do lugar do texto em que estava sendo lido;</p> <p>d) Inversões de palavras em frases ou de letras dentro de palavras. Também pode haver déficits na compreensão da leitura, como os seguintes:</p> <p>a) Incapacidade de lembrar o que foi lido;</p> <p>b) Incapacidade de tirar conclusões ou inferências do material lido;</p> <p>c) Use conhecimentos gerais, em vez de informações obtidas em uma leitura específica, para responder a perguntas sobre o assunto.</p>
Dificuldades ortográficas concomitantes estão frequentemente presentes com distúrbios de leitura específicos, que muitas vezes persistem até a adolescência, mesmo apesar do progresso positivo.	As dificuldades de ortografia e leitura costumam ser mais significativas no final da infância e na idade adulta. Dificuldades de ortografia geralmente envolvem erros fonéticos, e parece que os problemas de leitura e ortografia podem ser em parte consequência de habilidades de análise fonológica prejudicadas.
Eles geralmente têm um histórico de distúrbios específicos de desenvolvimento da fala e da	Inclui:

<p>linguagem, e a avaliação cuidadosa de como a linguagem é usada frequentemente revela outros problemas mais sutis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso específico na leitura; - Lendo no espelho; - Dislexia do desenvolvimento; - Disortografia associada a distúrbios de leitura. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alexia e dislexia adquirida (R48.0); - Adquiriu dificuldades de leitura secundárias a distúrbios emocionais (F93); - Distúrbio ortográfico não acompanhado de dificuldades de leitura (F81.1).
<p>Além do fracasso escolar, muitas vezes ocorrem complicações: faltas à escola e problemas de adaptação social, principalmente nos últimos anos do ensino fundamental e médio.</p>	
<p>Esse distúrbio ocorre em todas as línguas conhecidas, mas não é certo se sua frequência é afetada ou não pelo tipo de estrutura da linguagem e da escrita.</p>	
<p>Distúrbio ortográfico específico (F81.1)</p>	
<p>A principal característica é um déficit específico e significativo na proficiência ortográfica na ausência de história de um distúrbio de leitura específico e que não é explicado por baixo nível intelectual, problemas de acuidade visual ou escolaridade inadequada.</p>	<p>O domínio ortográfico da criança deve ser significativamente inferior ao esperado para sua idade, inteligência geral e nível de escolaridade. A melhor maneira de avaliar esse distúrbio é a aplicação individual de um teste ortográfico padronizado.</p>
<p>A capacidade de soletrar em voz alta e de soletrar as palavras corretamente é afetada.</p>	<p>A habilidade de leitura da criança (tanto em termos de precisão quanto de compreensão) deve estar dentro dos limites normais e não deve haver histórico de dificuldades significativas de leitura.</p>
<p>Crianças com problemas apenas de escrita não estão incluídas nesta categoria, mas em alguns casos as dificuldades de ortografia são acompanhadas de problemas de escrita. Ao contrário do que é normalmente encontrado em distúrbios de leitura específicos, erros ortográficos tendem a ser corretos do ponto de vista fonético.</p>	<p>Dificuldades de ortografia não devem ser consequência de ensino totalmente inadequado ou efeitos diretos de déficits visuais, auditivos ou funcionais neurológicos, ou de qualquer distúrbio neurológico, psiquiátrico ou outro adquirido.</p>
	<p>Embora se saiba que um distúrbio "puro" de soletração pode ser distinguido dos distúrbios de leitura que acompanham as dificuldades de soletração, pouco se sabe sobre sua história, curso, distúrbios relacionados e consequências.</p>
	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atraso específico na ortografia (sem distúrbio de leitura); <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de ortografia principalmente atribuíveis a ensino inadequado (Z55.8);

	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbio ortográfico adquirido (R48.8); - Dificuldades de ortografia associadas a distúrbios de leitura (F81.0).
Distúrbio específico de cálculo (F81.2)	
Transtorno caracterizado por uma alteração específica na habilidade de aprender aritmética, que não pode ser explicada por retardo mental generalizado ou escolaridade claramente inadequada.	A proficiência em cálculo aritmético está significativamente abaixo do nível esperado para sua idade, inteligência geral e nível de escolaridade. Este desempenho é avaliado preferencialmente pela aplicação individual de um teste de cálculo aritmético padronizado. A capacidade de leitura e escrita e o QI devem estar dentro da média normal, ambos avaliados preferencialmente por meio da aplicação individual de testes devidamente padronizados.
A desordem afeta a aprendizagem do conhecimento aritmético básico de adição, subtração, multiplicação e divisão (mais do que o conhecimento matemático mais abstrato de álgebra, trigonometria ou geometria).	As dificuldades no cálculo aritmético não precisam ser devidas a um ensino claramente inadequado ou a déficits funcionais visuais, auditivos ou neurológicos. Nem precisam ser consequência de um distúrbio neurológico, psiquiátrico ou outro adquirido.
	Os problemas para o cálculo aritmético são de vários tipos e incluem: falha em compreender os conceitos básicos de operações aritméticas específicas, falta de compreensão de termos ou sinais matemáticos, não reconhecimento de símbolos numéricos, dificuldade em lidar com regras aritméticas, dificuldade em compreender quais números são apropriados para um problema aritmético específico, dificuldade em alinhar números corretamente ou inserir decimais ou símbolos durante os cálculos, má organização espacial dos cálculos aritméticos e falta de habilidade para aprender tabelas de multiplicação com sucesso.
	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtorno de aprendizagem aritmética; - Síndrome do desenvolvimento de Gerstmann; - Acalculia e discalculia de desenvolvimento. <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades aritméticas associadas a distúrbios de leitura ou ortografia (F81.1); - Dificuldades de cálculo principalmente atribuíveis a ensino inadequado (Z55.8); - Distúrbio adquirido da capacidade de calcular (acalculia, R48.8).
Transtorno misto de desenvolvimento da aprendizagem escolar (F81.3)	
Tanto o desempenho aritmético quanto o de leitura	Esta categoria será usada para transtornos

ou ortografia são significativamente alterados, levando-se em consideração que a inteligência geral está dentro da faixa normal e não houve um ensino escolar deficiente.	que atendam às diretrizes em F81.2, além daqueles em F81.0 ou F81.1.
	Exclui: - Transtorno de leitura específico (F81.0); - Distúrbio ortográfico específico (F81.1); - Distúrbio específico de cálculo (F81.2).
Outros transtornos de desenvolvimento da aprendizagem escolar (F81.8)	
	Inclui: - Perturbação do desenvolvimento da expressão escrita.
Transtorno de desenvolvimento de aprendizagem escolar, não especificado (F81.9)	
Transtornos não especificados nos quais há deficiência de aprendizagem acentuada que não pode ser atribuída a retardo mental, problemas de acuidade visual ou escolaridade inadequada.	
Inclui: - Dificuldades de aprendizagem não especificadas; - Aprendizagem prejudicada sem especificação; - Transtorno de aprendizagem não especificado.	

Fonte: OMS (1992).