

CONCEPÇÕES DOS PROFESSORES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

TEACHERS' CONCEPTIONS ABOUT MEDICALIZATION IN SCHOOL CONTEXT

Viviane Neves Legnani¹

Josy Borges Gullo Ramos Pereira²

RESUMO: O artigo faz uma reflexão crítica sobre a construção diagnóstica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), apontando que, em torno de divergentes concepções sobre o ideário de inclusão, instaura-se a controvérsia sobre a eficácia da medicalização no contexto escolar. Realizou-se uma pesquisa com professores da Educação Básica para detectar como estes concebem tais questões. Os resultados demonstraram que os docentes acatam, em sua maioria, o discurso médico sobre o TDAH, embora já percebam, pela experiência cotidiana com as crianças medicadas com metilfenidato, alguns efeitos colaterais preocupantes desse estimulante. Na conclusão, destaca-se a importância de que novas pesquisas sejam realizadas sobre os efeitos do medicamento no processo de aprendizagem das crianças para verificar seus efeitos nos campos da linguagem, do pensamento e da memória.

PALAVRAS-CHAVE: TDAH. Medicalização. Contexto escolar.

ABSTRACT: This article is a critical reflection about the construction of diagnosis ADD / H, noting dissonant conceptions of the ideal of inclusion, introduces the controversy over the effectiveness of medicalization in the school context. We conducted a survey with teachers of basic education as they conceive to detect such issues. The results showed that teachers heed, mostly medical discourse about ADD / H, although they have already realized, from the everyday experience with children medicated with methylphenidate, some worrying side effects of this stimulant. In conclusion, detaches the importance of further research should be performed about the effects of medication on children's learning process to verify their effects according with the language, thought and memory.

KEYWORDS: ADDH. Medicalization. School context.

¹ Doutora em Psicologia e Professora da Faculdade de Educação UnB. E-mail: vivilegnani@gmail.com

² Pedagoga pela Universidade de Brasília.

O TDAH e sua definição com base no discurso médico

No atual contexto, a psiquiatria biológica se vangloria de possuir instrumentos para lidar com os quadros psicopatológicos que são recorrentes no mundo contemporâneo e supõe dominá-los. Ancorada no cientificismo, que advém das neurociências, libertou-se da influência da psicanálise e de outras linhas teóricas da psicologia e inscreve-se, hoje, inteiramente na racionalidade médica (BIRMAN, 2006).

Tal discurso aponta o caráter anacrônico de outras áreas de conhecimento que, ao analisarem o mal-estar do sujeito em sua relação com a cultura, utilizam procedimentos mais dinâmicos e processuais para diagnosticar as psicopatologias. No entanto, embora se outorgue o lugar de inovação ou de “avanço científico”, essa vertente da psiquiatria guarda uma compatibilização com os primórdios do positivismo, mediante o qual prevalece a concepção do cérebro como uma máquina, em que o disfuncional ou o patológico devem ser normatizados e reequilibrados, isto é, deve-se retirar o que está em excesso ou complementar o insuficiente com a correção química da medicação.

Dentro dessa lógica, o TDAH é delimitado pela tríade dos seguintes sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Seria, portanto, uma “doença” localizada no aparato cerebral, passível de ser diagnosticada a partir dos 7 anos de idade, podendo acompanhar ou não o indivíduo nos outros estágios subsequentes da vida (BONADIO, 2013).

Pela Classificação Internacional da Doença, CID-10, o TDAH insere-se nos chamados Transtornos Hiper-cinéticos, recebendo a classificação F90.0, Distúrbios da Atividade e da Atenção, mas é a nomenclatura de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade a mais aceita por ter sido difundida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-IV). Esse manual é oriundo da Associação Psiquiátrica Americana e, para o TDAH, englobou os sintomas de outras antigas nomenclaturas, principalmente a que foi utilizada até a década de 80, que era a Disfunção Cerebral Mínima.

Legnani e Almeida (2008) resumem esse embasamento médico teórico-clínico da seguinte forma:

- a) a disfunção básica do TDAH acomete os campos da atenção e concentração. Para efeito de diagnóstico, esta característica deve comparecer desde os primeiros anos de vida da criança e seria esta disfunção que acarretaria os outros comportamentos disfuncionais, como por exemplo, a dificuldade para se organizar, para seguir regras e instruções, como também dificuldades escolares.
- b) a hiperatividade propriamente dita não apareceria em todos os casos e caracterizar-se-ia por uma movimentação corporal incessante, trazendo dificuldades para a criança realizar quaisquer tarefas que demandassem poucos movimentos corporais;
- c) por fim, a impulsividade, que se apresentaria, também, só em alguns casos e que se traduziria na incapacidade de a criança responder às demandas do outro e do ambiente de forma pertinente, seja pela dificuldade de estabelecer uma comunicação dialógica efetiva seja por meio de comportamentos que demonstrariam dificuldades na esfera do cumprimento de regras e normas (*op. cit.* p.6-7).

Com as características expostas, fica claro que a questão central para a atual descrição de TDAH seria uma “disfunção basilar na organização do foco de atenção aos estímulos do ambiente” (*op. cit.* p.7). As autoras enfatizam que essa delimitação e os critérios operacionais para o diagnóstico não foram suficientes para esconder a fragilidade científica que reside por detrás da sigla TDAH. Há uma ausência de consenso entre os especialistas sobre esse quadro, que tanto provém “das desigualdades metodológicas dos estudos” (GOLFETO; BARBOSA, 2003, p.15-16 *apud* MESQUITA, 2009, p.22) como das dúvidas em torno da procedência do TDAH, ou seja, de sua etiologia, sobre a qual ainda se levantam variadas hipóteses.

De qualquer forma, atualmente o TDAH é um dos transtornos da infância mais conhecidos e com maior alcance na sociedade. A explicação para essa difusão reside no fato de que a mídia e *sites* da internet, ao exporem as características do TDAH, focalizam o problema de forma superficial, produzindo, com isso, um excesso de demanda de tratamento.

Showalter (2004) ressalta que a propagação midiática provoca uma contaminação social dos sintomas, criando-se epidemias de “novas doenças” de tal modo que os sujeitos, na tentativa de ter um problema “verdadeiro”, desenvolvem narrativas análogas às que são difundidas sobre os sintomas de um determinado distúrbio, ou seja, criam uma forma de expressar um “adoecimento” que pode vir a ser considerado como um “distúrbio médico verdadeiro” e não uma aleivosia. Assim, por meio dessa intertextualidade, tentam falar de forma a produzir, no médico, a convicção de que eles e/ou seus filhos são dignos de cuidados.

Outra forma de difusão em nosso país advém de uma vasta literatura com pouca profundidade conceitual, a qual normalmente compila o discurso superficial do DSM IV, relatando magicamente o efeito positivo do diagnóstico. Essas publicações são largamente veiculadas em páginas nas redes sociais, nas quais se elencam várias personalidades bem-sucedidas que supostamente teriam sido “portadoras” de TDAH. Nesse tipo de informação, o que se destaca é que a aplicação efetiva desse diagnóstico e o subsequente tratamento podem sanar com eficiência o sofrimento para os envolvidos no problema e livrá-los da culpa de serem inadequados ou desadaptados.

As várias construções diagnósticas do TDAH e as hipóteses sobre sua etiologia

As primeiras descrições sobre hiperatividade são datadas do século XVII, mas foi no ano de 1902 que se começou a estudar mais aprofundadamente esse problema. Foi um pediatra inglês, George Fredrick Still, que elaborou a primeira descrição sobre o distúrbio e o nomeou como “Defeito na conduta moral”. Para esse pediatra, tratava-se de crianças “indisciplinadas, agressivas, inquietas, impulsivas, desatentas e voluntariosas”, destaca Lima (2005, *apud* MESQUITA, 2009, p.23), e haveria uma relação entre esses comportamentos e a herança genética. Com base nesse estudo, o aspecto hereditário virou uma peça-chave para explicar a etiologia do TDAH e até hoje existem diversos estudos que canalizam os seus objetivos nessa ótica.

Em 1937, realizou-se um estudo sob a coordenação de Charles Brandley, que prescreveu medicamentos estimulantes para crianças que tinham algum distúrbio emocional, renunciando o que viria a ser, até hoje, o tratamento preconizado para o TDAH. Também nessa década, criou-se uma nova categoria para enquadrar os comportamentos de inquietação, desatenção e impaciência, os quais foram inseridos na nomenclatura de Lesão Cerebral Mínima (LCM) proposta por Strauss e Lehtinem. Essa nomenclatura foi modificada em 1962 para Disfunção Cerebral Mínima (DCM), já que não havia, de fato, uma confirmação da existência de uma contusão ou moléstia que comprovasse uma lesão. Sendo assim, ficou decidido que o termo utilizado anteriormente entraria em desuso, já que, na verdade, o comprometimento citado encaixaria melhor em uma possível perturbação no funcionamento cerebral da criança (MESQUITA, 2009).

No entanto, o termo Disfunção Cerebral Mínima carregava consigo imprecisões, já que a criança diagnosticada tinha preservada sua inteligência, mas, ao mesmo tempo, apresentava distúrbios de aprendizagem, precedidos ou não por distúrbios de comportamento. Assim, a terminologia DCM ficou associada a possíveis desvios relacionados ao desempenho do sistema nervoso central, os quais apareciam na forma “de déficits de percepção, conceituação, linguagem, memória e do controle da atenção, impulsos da função motora” (MESQUITA, 2009, p.24). Esses déficits explicariam o desempenho da criança na escola, pois acarretariam dificuldades de aprendizagem.

Segundo Werner (1997), a emergência desse diagnóstico nos anos 60 teve uma razão histórica, surgindo como resposta a uma demanda social decorrente do fato de a classe média americana estar inconformada com o inexplicável fracasso de seus filhos na escola. Ao reclamarem das escolas e do estado *estadunidense* uma solução, a classe médica respondeu com a criação dessa categoria diagnóstica. Assim, desde então, os distúrbios de aprendizagem são vistos como uma maneira de as instituições de ensino explicarem para os pais o insucesso escolar dos seus filhos.

Deste modo, as décadas de 60 e 70 foram precursoras em estudos e na expansão de trabalhos clínicos sobre o quadro de hiperatividade, que datam também dos primórdios do fenômeno de “biologização da sociedade”, que se tornou, nos anos subsequentes, mais expandido, uma vez que,

hoje, é recorrente na sociedade justificar as dificuldades e o sofrimento dos sujeitos decorrentes de impasses subjetivos, sociais, culturais e econômicos como simplesmente causados por possíveis disfunções biológicas.

Nesse contexto, o TDAH tornou-se uma verdade científica, mas as evidências conclusivas em torno dessa “doença” são pouco substanciais e continuam incertas (MESQUITA, 2009; LEGNANI, ALMEIDA, 2008; LEGNANI, 2012), ou seja, além de os critérios diagnósticos apresentarem fragilidades, por serem facilmente confundidos com os comportamentos infantis, ainda não existe, de fato, um exame neurológico que comprove a existência do distúrbio. Este é utilizado para descartar dúvidas sobre outras possíveis doenças que a criança poderia vir a ter, ou seja, é usado como critério de exclusão em um diagnóstico diferencial.

Sobre a etiologia do TDAH, hoje o consenso gira em torno da existência de associações entre “adversidades psicossociais (discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia e colocação em lar adotivo) e uma predisposição biológica para o TDAH” (ROHDE HALPERN, 2004, p.62). Isto é, o transtorno seria causado por um determinante biológico, sendo as questões psicossociais propulsoras e/ou mantenedoras do quadro.

O diagnóstico de TDAH e o alívio causado pela biologização das dificuldades escolares: efeitos na educação

A sociedade como um todo tem demonstrado conforto ao ver todas as “dores da alma” como resultantes de desordem no funcionamento cerebral. No caso do TDAH, o diagnóstico é percebido em muitas famílias e nos ambientes escolares como “um alívio, uma solução, uma possibilidade de sucesso ou, no mínimo, como um paliativo diante de um futuro desastroso” (MESQUITA, 2009, p.26), ou seja, a existência do diagnóstico é sentida como um atenuante por aqueles que não se sentem “adaptados” aos possíveis e esperados padrões comportamentais e traz consigo uma carga de aceitação do indivíduo no grupo social.

O que se percebe é que a própria sociedade, no contexto contemporâneo, é um terreno propício para a inserção desse tipo de discurso médico, no qual questões de cunho social e subjetivo são propositadamente ignoradas e se delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida” (MOYSÉS, 2001, p.171). É neste contexto que esse campo de conhecimento mostra-se triunfante em seu propósito de recomendar um investimento constante em consultas médicas e medicamentos para se ter uma vida “normal” e “adaptada”, e se transformam questões não médicas em doenças mentais ou distúrbios.

A partir do momento em que o professor adere a essa lógica, isentando o sistema escolar de qualquer responsabilidade pelas dificuldades dos alunos, perde-se, como destacam Legnani e Almeida (2009), a verdadeira possibilidade de inclusão, pois a criança com diagnóstico médico de TDAH não consegue incluir-se nesse ambiente sem ter sua *diferença* subjetiva demarcada e delimitada por esse transtorno médico.

Dito de outro modo, a escola, que deveria ser um espaço privilegiado para descobrir as potencialidades de cada um, tornou-se o local para se detectar os comportamentos inadequados dos alunos, explicando-se, assim, o elevado número de diagnósticos de TDAH. No entanto, podemos nos perguntar: será que essa “epidemia” não vem sendo causada pelo despreparo existente no sistema educacional em lidar com novas possibilidades de ensino e aprendizagem? Ou por sua recusa em enfrentar o desafio que as diversidades lhe colocam?

Historicamente, o apreço pela medicalização está vinculado a um processo que se inicia com a constituição da escola moderna, em que a conclusão do processo de escolarização passou a ter maior importância do que uma aprendizagem efetiva e significativa. Neste contexto, a escola “tem a necessidade de explicar e justificar os rendimentos diferentes de seus alunos” (MESQUITA, 2009, p.51), sendo o fracasso escolar elucidado pela lógica reducionista de não acompanhamento de conteúdos e pelos resultados inferiores nas avaliações.

Deste modo, diante de qualquer desvio, a aprendizagem tornou-se mais um dos “campos de saber e de atuação da medicina” (MOYSES, 2001, p.171), e essa soberania não é contestada pelos profissionais de educação, os quais passam a se ver trabalhando em conjunto com os médicos para ajustar os alunos que não aprendem ou que têm dificuldades na socialização. Neste cenário, “a aprendizagem e a não aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso – portanto, também não tem responsabilidade” (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p.26).

A droga da obediência e os interesses econômicos da indústria dos psicofármacos

A “culpabilização” do aluno por não conseguir aprender faz com que a escola e as famílias tomem como algo absolutamente usual que as possíveis “falhas” das crianças precisem ser sanadas com medicamentos, visando a melhores resultados escolares e, no futuro, a boas condições no mercado de trabalho.

Nessas circunstâncias, o metilfenidato (Ritalina) vem ocasionando um lucro estrondoso para a indústria farmacêutica. Os tratamentos psicológicos indicados por médicos também têm crescido, sendo normalmente pautados em terapias cognitivo-comportamentais que operam como um procedimento contíguo ao medicamentoso. Desta forma, a medicalização dos supostos transtornos de aprendizagem abriu um nicho de mercado rentável e contínuo, pois profissionais médicos e demais especialistas adquiriram uma clientela fidedigna de classe média que busca, de qualquer maneira, uma solução rápida para o dito fracasso escolar de seus filhos.

Os efeitos da medicação são sedutores e aludem a um melhor desempenho escolar, maior controle e concentração nas tarefas, facilitando-se, assim, a adaptação e sendo, por isso, nomeada como uma “droga da obediência”. Com base nesse ideário, muitas famílias tendem a ignorar os efeitos colaterais do metilfenidato, como insônia, perda de apetite, taquicardia, palpitação e náuseas. Alguns especialistas, inclusive, alertam que o uso dessa anfetamina favorece a ocorrência do efeito “zumbi like”, ou seja, a droga teria um resultado tão dopante que causaria letargia pelo nível de intoxicação ocasionada e é desse efeito que derivariam os supostos comportamentos calmos e adequados das crianças e dos adolescentes.

Em síntese, o aumento do consumo de Ritalina está relacionado com a efetivação de um diagnóstico frágil e também atrelado ao número exorbitante de encaminhamentos para os especialistas advindos das escolas, pelo fato de os professores fazerem uma análise rápida, muitas vezes regidos pelo senso comum e não por fundamentos pedagógicos, sobre as dificuldades dos seus alunos e pela demanda voraz tanto do sistema escolar como das famílias por uma normalidade adaptativa. Como já afirmamos, o preço que a criança diagnosticada medicada paga é a perda de sua singularidade e de sua diferença subjetiva para ser “aquela que tem TDAH”.

No ano de 2012, a Associação Brasileira de Psiquiatria lançou uma carta manifesto recriminando e depreciando as “vozes críticas” dos especialistas sobre a medicalização. Nesse documento, acusam tais psicólogos e demais especialistas que se perfilam nessa visão de serem perversos por colocarem em dúvida os grandes ganhos sociais e acadêmicos que uma criança com essa “doença” pode obter com o tratamento e reafirmam a comprovação científica do diagnóstico de TDAH e do uso do metilfenidato para curar tais prejuízos. Pautam-se, portanto, no cientificismo, isto é, alardeiam que essas proposições estão embasadas em fidedignas pesquisas, visando fechar, assim, qualquer possibilidade de controvérsia e debate e, na conclusão, reafirmam que o bem-estar dessas crianças depende da práxis médica.

Parece-nos que o foco da polêmica está no seguinte ponto: os especialistas que criticam a medicalização apontam que o pior prejuízo para toda a sociedade é aquele causado por uma escola excludente, ávida por alunos quimicamente adaptados, heterônomos e sem capacidade crítica para pensar a sociedade em que estão inseridos. Já os defensores, falam em adaptação e normalidade aos padrões vigentes, ou seja, o foco está no que se concebe como uma educação inclusiva: se é a

criança que deve se adaptar ou se é a escola que deve acolher a singularidade de cada aluno.

Em nosso contexto, o respeito à diversidade e o assentimento das diferenças são “palavras de ordem”. Porém, parece-nos que, na prática, o maior aliado do professor é um substrato farmacêutico com elevado grau de toxicidade, pois hoje, para uma gama significativa de educadores, um vidro de remédio dentro da mochila de seu aluno opera como uma possibilidade de “dominá-lo” para que ele possa aprender, de tal forma que a pergunta sobre o que é de fato a inclusão é imprescindível dentro dessa polêmica.

Com o intuito de compreender e verificar a concepção de professores sobre tais questões, que ainda se mostram circunscritas ao mundo acadêmico, foi feita uma pesquisa de caráter exploratório, tendo como instrumentos de análise uma observação de campo e uma entrevista semiestruturada, a qual foi aplicada no corpo docente de duas escolas de Educação Básica escolhidas aleatoriamente para a realização deste estudo.

Metodologia

Foram realizadas dez entrevistas, com oito professoras e duas orientadoras educacionais de uma escola pública e de uma escola particular do Distrito Federal. Obedeceu-se aos princípios éticos de uma pesquisa, sendo que os participantes concordaram voluntariamente em participar e foram informados sobre o propósito do estudo. O instrumento continha dez questões e as respostas obtidas foram gravadas com o consentimento das entrevistadas e transcritas *ipsis litteris*. Feita uma leitura flutuante do material coletado, realizou-se uma análise de conteúdo mediante a qual chegamos a duas categorias, com base nos temas que se mostraram recorrentes na construção das respostas:

- I. A medicalização no contexto escolar
- II. A medicação para o TDAH e os seus efeitos na visão dos professores

Resultados e discussão

Medicalização significa reduzir e tornar médicas questões que ultrapassam a lógica dicotômica do binômio saúde/doença, que não são exclusivas do campo da medicina. A análise a ser feita na categoria I é de que as professoras entrevistadas, em sua maioria, estão de acordo com o discurso médico e julgam os comportamentos indisciplinados das crianças no contexto contemporâneo como representativos de uma “doença”. Como abordamos anteriormente, a mídia tem um papel de destaque nesse processo, pois tal visão é amplamente veiculada, fazendo com que professores se apropriem desse raciocínio diagnóstico de forma simplificada.

Eu sempre procuro ler assuntos que remetam ao meu cotidiano na escola e como o transtorno está sendo muito evidenciado pela mídia, a produção de matérias sobre o TDAH é grande e a informação bem disponível. (Cristina)³

Após esse conhecimento prévio e conforme destacam as pesquisas críticas ao processo de medicalização, os professores levantam suspeitas sobre os alunos que apresentam alguma diferença, fazendo os previstos encaminhamentos aos médicos. Depois, passam a depositar o foco na instauração do diagnóstico e na chegada do laudo nas escolas. Deste modo, percebe-se que a escola permanece voltada para o “todo” da sala de aula e, quando a diferença de cada um aparece, desafiando esse tipo de proposta pedagógica, não se consegue redimensionar o ato de ensinar, a didática e os recursos pedagógicos utilizados. Nessa circunstância, o problema passa a ser uma disfunção neurológica que seria responsável pela não aprendizagem decorrente dos

³ Todos os nomes das docentes são fictícios.

comportamentos inadequados.

Como exemplo dessa mistura ambígua entre os comportamentos indisciplinados infantis e o quadro de TDAH, temos as seguintes falas de duas entrevistadas em que a desobediência torna-se uma “doença” a ser tratada:

(...) ele briga com os colegas e apronta o tempo todo, muitas vezes eu não dou conta. (Gabriela).

Eu tenho um aluno que tenho uma grande suspeita que ele seja hiperativo, eu até já tive uma reunião junto com os pais, a psicóloga e a coordenação da escola. O problema é que os pais deste meu aluno não aceitam, de forma alguma, que o filho venha a ter este transtorno. Semana que vem, terei outra reunião com eles, porque este aluno não senta, se enfia embaixo do armário, perturba os colegas do nada, chuta tudo e todo mundo, bate nos colegas e não para quieto. (Fabiana)

Assim, detectamos que a maioria das educadoras entrevistadas desconhecem as pesquisas críticas sobre a medicalização, ignoram, portanto, o histórico desse quadro e sua fragilidade conceitual, sendo o laudo médico denotado como uma verdade definitiva e sempre muito aguardado para validar a suspeita sobre o comportamento desviante do aluno.

Este ano eu tenho um aluno diagnosticado, mas tenho mais um que apresenta características do TDAH, tenho certeza disso, só que só não tem o laudo, já pedi para a escola conseguir uma reunião com os pais. Precisamos levá-los para uma conversa com pessoas especializadas. (Gabriela)

Pelas entrevistas, fica nítido como as professoras e orientadoras, ao se apropriarem desse discurso, preterem a relevância do próprio discurso pedagógico. Collares e Moysés (1992) destacam que o professor precisa retomar a sua autoridade dentro do contexto escolar, a qual foi capturada pelo discurso da saúde e por outras áreas de conhecimento. As mesmas autoras mencionam que o espaço pedagógico ficou limitado, pois as soluções propostas advêm de outras áreas de conhecimento, sendo que a maioria dos impasses seriam os “problemas pedagógicos por excelência e como tal só podem ser resolvidos dentro da escola, por profissionais da educação” (p.26).

Legnani (2003), por sua vez, aposta na importância da intervenção interdisciplinar feita pelos profissionais da educação, da medicina e da psicologia em relação à problemática do TDAH, mas parece-nos que há uma deliberada abdicação por parte dos educadores para ocupar o lugar de importância que lhes cabe nessa equipe de profissionais, uma vez que prevalece a concepção de que o “socorro”, a ajuda possível deve vir de profissionais externos ao contexto escolar:

Eu acredito que até um ponto o educador pode intervir, de um ponto pra frente não adianta, se ele não tiver um especialista, um acompanhamento de um neuro, de um psico, enfim, não tem resultado nenhum e a criança continua sem melhora no seu quadro. (Fabiana)

No que se refere à categoria II, podemos apontar que o fenômeno da medicalização torna-se emblemático quando se mede a importância atribuída ao medicamento metilfenidato, uma vez que para a maioria das educadoras o remédio auxilia no processo de ensino-aprendizagem. Algumas o apresentam como a solução para se alcançar o “resultado esperado”:

(...) o remédio ajuda a criança a se comportar melhor em sala de aula, ajuda a se concentrar mais e chegar à aprendizagem esperada. As crianças que têm TDAH e que não são medicadas, têm um potencial bom, mas não sabem por que seu comportamento intenso mascara estas possibilidades. (Fabiana)

É óbvio que eu, como professora, prefiro ter crianças que não irão me dar tanto trabalho e se eu vejo que com o remédio eu consigo ter isso mais facilmente, eu vou querer que o uso do remédio seja sempre disponível para estes alunos. (Suzelly).

Um ponto a ser ressaltado é que a maioria das professoras abordaram mais questões comportamentais, focalizando a indisciplina dos alunos que deveriam ser medicados, em vez dos aspectos relacionados ao desempenho cognitivo:

A minha aluna faz o uso de medicação e o que eu vejo é que ela fica mais tranquila, sua capacidade de concentração melhora, não preciso chamar a atenção várias vezes para ela prestar atenção no que eu falo, fica menos agitada e no recreio consegue brincar de forma não tão agressiva. (Cristina)

Quando ele toma o remédio, ele fica bem mais tranquilo, ajuda bastante na rotina da sala de aula, porque eu consigo dividir a atenção com as outras crianças, porque tem dias que eu fico só por conta dele. Ele também consegue ficar mais tempo realizando uma atividade, mas as notas ainda são baixas. (Maria da Graças)

Algumas professoras, no entanto, baseadas na experiência diária com os alunos medicados com o metilfenidato, já enfatizam alguns efeitos preocupantes:

Eu percebo que tem muitos alunos que chegam aqui na escola já medicados e que entram, literalmente, dopados na sala de aula. (Susy)

Como eu falei no começo, essas crianças que têm esse diagnóstico são ligadas “no 220” e é nesse ponto que o remédio age. Eu vejo que a minha aluna que toma o remédio fica mais tranquila, menos agitada, não fica andando pela sala, algumas vezes até me parece meio avoada, o que me deixa um pouco preocupada. (Fabiana)

Outra questão que identificamos junto aos entrevistados foram algumas atitudes das educadoras da instituição privada como uma maneira de auxiliar essas crianças, mas que, na verdade, só intensificam o estigma causado pelo quadro, pois os alunos são vistos como inábeis para as atividades propostas e podem vir a se acomodar a esses “benefícios” oferecidos pelas escolas.

No momento que você chegou eu estava mandando um e-mail para uma mãe, contendo um texto antecipado de uma prova (...) os alunos com diagnóstico não têm prova surpresa, mas os demais alunos não têm datas agendadas para testes. Nós ligamos para os pais e comunicamos que determinado dia terá teste da matéria de um determinado professor. Estas crianças precisam ser sempre preparadas previamente, justamente porque a hiperatividade, muitas vezes, as impossibilita de fazer provas surpresas. (Valdeliz)

O ponto talvez mais preocupante dessa estratégia focaliza-se nesta questão: uma vez diagnosticados, os alunos tornam-se homogeneizados dentro de um “bloco” formado pelos alunos que têm TDAH. Isso impossibilita o desenvolvimento de ligações sociais significativas para a criança e sua capacidade, e possibilidades de aprendizagem também se tornam delimitadas e balizadas pelo laudo médico. É comum escutar: “a criança com TDAH age assim, é assim, aprende dessa forma”. Deste modo, a subjetividade de cada um desaparece no contexto escolar e cede lugar para uma sigla diagnóstica com quatro letras que representa a criança tanto diante dos professores como também de seus pares.

Considerações finais

O fenômeno da medicalização inclui o que ocorre hoje no contexto escolar, mas o ultrapassa e afeta o nosso cotidiano de forma indelével, pois o uso de psicotrópicos de diversos tipos e voltados para as diferentes faixas etárias é decididamente habitual. Nas entrelinhas desse fenômeno aparecem interesses múltiplos que abarcam questões políticas, econômicas e culturais. A sociedade contemporânea é marcada pela ostentação, pelo individualismo e pela competitividade, e responder às suas demandas de saúde, potência, consumo, juventude e plenitude faz com que muitos sucumbam e se sintam fora desse projeto megalomaniaco.

Ao se sentirem como desviantes dessas coordenadas sociais, os sujeitos não conseguem questioná-las e tendem a se sentir culpados por seus fracassos. No caso das crianças, essa suposta “falha social” tanto pode ser sentida pelas famílias como pelas escolas, e a desculpabilização moral proposta pela medicina torna-se um alento ao garantir que tais desvios decorrem de problemas no funcionamento cerebral. A citação abaixo de Wallauer et al. (1996) é um exemplo claro de como a atuação medicalizante da prática médica é convocada para atenuar e apaziguar os sintomas e conflitos, sejam estes de caráter social, político, ou mesmo psíquico:

É fácil imaginar o quadro de um adolescente hiperativo que apresenta péssimo rendimento escolar, é tido como indesejado pelos professores e pela família e que buscando nas drogas um alívio, desencadeia um agravamento de sintomas. (...) No momento em que esse paciente é tratado com medicação adequada e melhora seu funcionamento mental, estudantil, familiar e social inverte-se o processo. Passa a se evidenciar o reforço positivo (...) quanto mais afetivo com os demais ele se mostra, mais aperfeiçoa sua atuação acadêmica e quanto menos abusa de drogas, mais os professores, colegas e familiares o elogiam e o tratam com afeto e orgulho. Tudo isso reforça uma conduta próxima daquela esperada de um adolescente tido como normal (WALLAUER et al, 1996, p.166) (grifo nosso).

Os autores discorrem sobre as vantagens de medicar crianças e adolescentes “portadores” de TDAH na tentativa de se evitar que eles se tornem usuários de drogas ilícitas ou tenham qualquer outro tipo de inadequação social. A argumentação é a de que o efeito dos psicoestimulantes também regula o *self*, pois, na opinião desses pesquisadores, o adolescente pode experimentar um alívio ao saber-se portador de uma desordem passível de tratamento. Deste modo, esse saber elevaria a autoestima do paciente por desfazer um enfoque moral gerador de culpa acerca do problema.

Nosso entendimento é que o enfoque moral ou o de adoecimento pautam-se em um antagonismo que deve ser superado pelo enfoque ético de respeito às singularidades dos sujeitos. É dessa ética que podemos esperar uma real inclusão no contexto escolar e social. No caso das escolas, são patentes os impasses na adoção dessa postura, pois se inclui a doença, o problema, a deficiência, mas não se atribui voz e uma livre expressão para esses sujeitos. Podemos certamente perguntar: inclui-se para qual finalidade? O que se pretende, afinal, com o processo educativo inclusivo? Seria a adequação a parâmetros de normalidade externos ao sujeito apoiada em uma concepção biológica da mente humana, na qual o psiquismo e a subjetividade são apenas epifenômenos?

Na análise das entrevistas, pudemos perceber a busca incessante das professoras em conseguir uma homogeneização das crianças, visando a adequá-las ao contexto supracitado. Sendo assim, podemos inferir que a busca de um diagnóstico de TDAH, associado ao uso de psicotrópicos, coloca-se como um meio de controle ou de manutenção desses parâmetros sociais os quais deveriam ser frontalmente interrogados pelo próprio contexto escolar.

Questionamentos, no entanto, estão esmaecidos no interior das escolas públicas e privadas, fazendo com que o evidente mal-estar docente em nosso contexto, ao não ser seriamente interrogado, projete-se nos alunos e em suas famílias. Entretanto, esse mecanismo coloca-se distante de ser uma solução, instaurando um ciclo de impotência e agravamento das dificuldades para todos, incluindo

o professor, que vivenciam essa problemática. Assim, a construção deste trabalho possibilitou-nos fazer uma crítica a essa standardização que é não só esperada, mas valorizada pelas escolas e também pela sociedade como um todo.

No caso da prescrição dos fármacos, podemos concluir que há uma irreflexão preocupante em relação a essa problemática. É evidente que, em alguns casos, o uso da medicação pode proporcionar alguma melhora para a criança com relação ao convívio escolar como resultante do comportamento mais controlado, mas ainda faltam estudos relacionando seu uso com os mecanismos da aprendizagem. Podemos nos perguntar, por exemplo, sobre qual tipo de aprendizagem a criança passa a ter quando faz uso contínuo do metilfenidato. A aprendizagem se tornaria mecânica, sem a riqueza da interpretação própria do sujeito diante do conhecimento? O uso contínuo da medicação acarretaria prejuízos para a flexibilidade e a criatividade dos processos mentais superiores? A capacidade crítica do aluno não seria afetada?

Essas perguntas precisam ser respondidas por estudos e pesquisas conduzidos por pesquisadores do campo da educação, pois são eles que convivem diariamente com as crianças e que dispõem de um campo de conhecimento sobre como os processos de pensamento, percepção, atenção, linguagem e memória articulam-se com os procedimentos de ensino e com a construção da aprendizagem. Em outras palavras, é fundamental saber detalhadamente sobre os efeitos da toxicidade do metilfenidato no campo da aprendizagem. São esses estudos, caso sejam comprovados os prejuízos cognitivos das crianças medicadas, que podem reverter a excessiva demanda da escola por soluções médicas.

Para concluir, entendemos que as polêmicas no campo da saúde mental sempre existiram e existirão, e que as pesquisas são relevantes para os avanços científicos, mas delas, seguramente, não podemos esperar uma neutralidade ideológica. Assim, é importante que o professor esteja a par desses debates e das diferentes posições dos pesquisadores para que possa tecer sua própria opinião sobre tais questões.

De nossa parte, que temos uma visão crítica sobre a medicalização das dificuldades escolares, cabe reiterar a relevância de que o professor, em seu cotidiano em sala de aula, retome a importância de se investigar as inúmeras possibilidades que cada criança tem para aprender. Essa retomada de sua função como educador, pautada no olhar e na escuta dos alunos, é que pode propiciar o acolhimento das diferenças, as quais sempre serão promissoras para que surja o novo que é, por sua vez, essencial para que haja mudanças na própria escola e, por conseguinte, na sociedade em que vivemos.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Carta de Esclarecimento à Sociedade sobre o TDAH, seu diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, 2012.

BIRMAN, J. *Arquivos do mal estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque. *Problemas de atenção: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica*. 2013. 253f. Tese (Doutorado em Educação) Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. Universidade Estadual de Maringá, Paraná.

DSM IV - TR. (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4. ed. Texto revisado). Porto Alegre: Artes Médicas. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?busca=TDAH>>. Acesso em: 21 de abr. de 2011.

LEGNANI, Viviane Neves. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um estudo psicanalítico*. 2003. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília.

LEGNANI, V.N.; ALMEIDA, S. F. C. de. Construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiro de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n.1, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/view/174/141>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. de. Hiperatividade: o “não-decidiado” da estrutura ou o “infantil” ainda no tempo da infância. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 12-13, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-%202071282009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 9 abr. 2013.

LEGNANI, V. N. Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000200007>.

MESQUITA, R. C. *A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional?* Belo Horizonte. 113f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Minas Gerais, 2009.

MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da Educação). *Série Ideias* (23), São Paulo, FDE, p. 25-31, 1994.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. O renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho na escola. *Cadernos CEDES: O sucesso escolar um desejo pedagógico*, Campinas: Papyrus, n.28. p.23-29. 1992,.

MOYSÉS, M. A.; COLLARES, C. A. L. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau do município de Campinas. *Revista Em Aberto*, Brasília:[s.n], ano 11, n.53, jan./mar. 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...> Acesso em: 12 nov. 2010.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n.2, Abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul. 2012.

SHOWALTER, E. *Histórias Históricas: a histeria e a mídia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

WALLAUER, A. P. D.; BICCA, C. H. M.; SALGADO, C. A. I.; NETO, J. A.; ZUBARAN, C.; PECHANSKY, F.; LEMOS, N.; FERREIRA, P. M. Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade e abuso de drogas na adolescência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.18, n.2, p.162-169.

WERNER, J. J. *Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado*. 1997. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, Saúde Mental) – Unicamp, Campinas, 1997.

Recebido em janeiro de 2014
Aprovado em março de 2014.