

Prospectiva (Frutal-MG).

TDAH e diagnóstico: impactos na educação e nos dias atuais.

Janaina Glauciane de Oliveira Ferreira.

Cita:

Janaina Glauciane de Oliveira Ferreira (2016). *TDAH e diagnóstico: impactos na educação e nos dias atuais*. Frutal-MG: Prospectiva.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/editora.prospectiva.oficial/65>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pVe9/n1s>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**Janaina Glauciane De Oliveira
Ferreira**



**TDAH e diagnóstico: impactos na
educação e nos dias atuais**



Janaina Glauciane de Oliveira Ferreira

TDAH e diagnóstico: impactos na educação e
nos dias atuais

Frutal-MG
Editora Prospectiva
2016

Copyright 2016 by Janaina Glauciane de Oliveira Ferreira

Capa: Jéssica Caetano

Foto de capa: Internet

Revisão: A autora

Edição: Editora Prospectiva

Editor: Otávio Luiz Machado

Assistente de edição: Jéssica Caetano

Conselho Editorial: Antenor Rodrigues Barbosa Jr, Otávio Luiz Machado e Rodrigo Portari.

Contato da editora: editoraprospectiva@gmail.com

Página: <https://www.facebook.com/editoraprospectiva/>

Telefone: (34) 99777-3102

Correspondência: Caixa Postal 25 – 38200-000 Frutal-MG

OLIVEIRA FERREIRA, Janaina Glauciane de.

TDAH e diagnóstico: impactos na educação e nos dias atuais.
Frutal: Prospectiva, 2016.

ISBN: 978-85-5864-063-3

1. Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade. 2. Diagnóstico. 3. Educação. I. Oliveira Ferreira, Janaina Glauciane de. II. Universidade do Estado de Minas Gerais. III. Título.

Os educadores precisam compreender que ajudar as pessoas a se tornarem pessoas é muito mais importante do que ajudá-las a tornarem-se matemáticas, políglotas ou coisa que o valha.

Carl Rogers

Dedico esse trabalho a todos os professores e os alunos que tive o prazer de conhecer durante minha trajetória profissional e acadêmica.

Agradecimentos

É tempo de agradecer por mais um ciclo que se encerra. Tempo de olhar para trás e ver como o curso de Pedagogia era imprescindível em minha formação profissional e humana, já que percebi que a Psicologia era só o início.

Agradeço a Deus, pela oportunidade desta vida, pela chance de aprender, de acertar e errar. Por não ter me deixado esmorecer quando cansaço me visitou. Como é maravilhoso sentir a presença do Pai em toda parte e em cada segundo da minha existência!

Aos meus pais, por terem despertado em mim a vontade de aprender, pelo investimento constante, pelo respeito às minhas escolhas desde a infância até hoje.

Pai, obrigada por ter me ensinado a ter força, caráter e valores! Mãe, obrigada pela doçura, amor, preocupação e cuidados de sempre! Às minhas irmãs pela paciência e compreensão.

Aos meus amigos pelo incentivo e admiração, mesmo que nem sempre possamos estar juntos.

Marcelo, obrigada pelo companheirismo e amor do dia a dia, pelas ligações no final do dia, por ser o ponto de equilíbrio do meu maremoto interior!

Agradeço à minha orientadora Elaine Leporate e à Professora Telma, pela atenção e por ter despertado em mim a vontade de continuar esse longo caminho acadêmico.

A professora Daniela Fantoni, pela oportunidade de ter sido bolsista do PIBID, onde pude conhecer o cotidiano escolar, seus erros e acertos, enxergando assim caminhos para a inclusão de todos na Educação.

Aos mestres que convivi desde a Educação Infantil até a UFSJ e UEMG, que me estimularam a ir cada vez mais longe na busca das respostas para as minhas infindáveis perguntas, obrigada!

Agradeço às minhas colegas da UEMG pelo companheirismo frente aos desafios do dia a dia!

A todos os professores e funcionários do Instituto Superior De Educação “Dona Itália Franco” – Universidade Do Estado De Minas Gerais/Barbacena que sempre me atenderam da maneira mais generosa possível, me mostrando como a tarefa de ensinar é sagrada!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
I - TRANSTORNO E DÉFICT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	13
II- O PROCESSO DIAGNÓSTICO DO TDAH.....	26
2.1- O processo diagnóstico: A entrevista com os pais e com a criança/adolescente.....	31
2.2- A Entrevista realizada na escola como parte do diagnóstico.....	34
III - TDAH E MEDICALIZAÇÃO DO ENSINO NOS DIAS ATUAIS.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERENCIAS.....	60

INTRODUÇÃO

Atualmente, o fracasso escolar como consequência das dificuldades de aprendizagem, se mostra como um dos mais graves problemas com o qual a realidade brasileira convive há anos, sendo que tal ocorrência se confirma praticamente em todos os níveis de ensino do país, incidindo com maior frequência nos primeiros anos da escolarização.

A investigação aqui proposta teve origem ao longo da minha graduação em Psicologia, na qual pude conhecer o contexto educacional por meio das atividades de estágio e adentrar no universo escolar, vivenciando experiências diversas no processo de escolarização principalmente no ensino fundamental. Logo depois, no curso de Pedagogia, percebi que a cada dia que passa a comunidade escolar tem justificado as dificuldades e fracassos de seus alunos através de laudos que buscam comprovar que alguns são incapazes de aprender.

Assim, através dessas experiências, pude conhecer o cotidiano dos professores e principalmente dos alunos por meio de observações e atividades desenvolvidas em sala de aula. De tal modo, me foi permitido conhecer as vivências de várias crianças e adolescentes, seus sucessos e suas

dificuldades no cotidiano escolar, no qual pude perceber que muitos professores justificavam o não-aprender desses alunos, para os quais não havia laudo ou diagnóstico que justificasse suas dificuldades, baseando-se em conhecimentos que se tornaram senso comum. Compreendi então, que as explicações para os problemas de aprendizagem das crianças se multiplicavam sendo esclarecidas por algum distúrbio desconhecido ou pelo déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dentre outras justificativas.

Diante de tal fato, algumas hipóteses são levantadas para explicar os motivos que fazem com que tantas crianças apresentem baixo desempenho no âmbito escolar, entre elas estão a baixa condição socioeconômica dos alunos, os problemas no planejamento pedagógico da escola e a precária formação dos professores. Além disso, outra justificativa bastante empregada por professores, pais e médicos para as dificuldades de aprendizagem dos alunos é a suposta doença do "não aprender" fazendo com que um número cada vez maior de crianças sejam encaminhadas para os serviços médicos, tornando-as usuárias de medicamentos cuja função é combater a desatenção, a desobediência e o excesso de atividade em sala de aula. Uma das patologias empregadas como justificativa dessas dificuldades de

aprendizagem que culminam no fracasso escolar, cuja explicação encontrada é de cunho biológico, é o TDAH - Transtorno e déficit de atenção e hiperatividade- o qual vem sendo maciçamente tratado através de medicamentos como a Ritalina.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é discutir, através da revisão de literatura, como o diagnóstico do TDAH vem sendo constituído e disseminado de forma indiscriminada, promovendo uma epidemia de diagnósticos que estigmatizam e rotulam crianças e seus impactos na educação nos dias atuais.

Para atingir tal objetivo, este estudo está dividido em três capítulos, nos quais se discute primeiramente o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, as possíveis causas e tratamentos. Em um segundo momento, aborda-se o processo diagnóstico do TDAH, os instrumentos e técnicas utilizadas para identificar a presença do transtorno, em especial, na criança. Finalmente, discutimos o TDAH e a Medicalização do ensino nos dias atuais.

A patologização e medicalização do ensino terminam por tranquilizar a escola justificando os resultados encontrados em sala de aula e concentrando as causas do fracasso escolar somente no aluno, impossibilitando a construção de um

espaço reflexivo sobre as diferenças sociais e de dificuldades de um sistema escolar problemático.

Sendo assim, esse estudo se mostra de grande importância para que educadores, pais e todos os profissionais envolvidos no processo de ensino-aprendizagem fiquem atentos e cuidadosos quanto aos vários fatores que envolvem o aprender humano e, principalmente, para não rotular como doentes crianças e adolescentes que apresentam comportamentos típicos para suas idades, buscando dirigir a eles um olhar de compreensão e empatia, acolhendo, educando e impondo a eles limites quando necessário.

I- TRANSTORNO E DÉFICT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O termo transtorno abrange diferentes acepções. Pode fazer referência a uma pequena alteração da saúde ou a um estado de incapacidade mental, por exemplo. Transtorno é, por outro lado, a ação e o efeito de transtornar, inverter a ordem regular de algo ou perturbar o comportamento de alguém. Um transtorno psicológico, por exemplo, faz referência a um desequilíbrio do estado mental de uma pessoa.

O transtorno e déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) tem sido um diagnóstico muito frequente hoje nos consultórios. Se considerarmos as estatísticas, estaríamos diante de uma verdadeira epidemia. O TDAH é uma patologia amplamente conhecida na atualidade, sua incidência se dá principalmente em crianças em idade escolar, as quais apresentam comportamentos caracterizados pela falta de atenção, desobediência e dificuldades de concentração, o que acarreta problemas na aprendizagem. Com relação à presença do TDAH, várias pesquisas de diferentes países mostram uma prevalência do transtorno entre 3% e 9%

(CALIMAN, 2010; GUARIDO, 2008; ROHDE; BENCZIK, 2003).

Em muitos casos, o distúrbio é percebido quando a criança ingressa na escola, momento em que as dificuldades de atenção e inquietude se evidenciam, tendo em vista que, normalmente, é quando o sujeito com TDAH passa a ser alvo de comparação com outras crianças da mesma idade e ambiente. Muitas vezes, os sintomas só são percebidos quando a criança se encontra em um ponto mais avançado do ensino fundamental, como terceiro ou quarto ano, quando o uso das funções executivas como planejamento, organização e persistência de foco da atenção são mais necessárias. A hiperatividade só fica evidente no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender. Por isso, atribui-se a escola um papel primordial no diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade.

O DSM-IV prevê a divisão do TDAH em três tipos conforme a predominância de sintomas: Predominantemente Desatento, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e Combinado ou Misto, que apresentam, respectivamente, maior número de sintomas de desatenção, hiperatividade-impulsividade ou de ambos os grupos. Há ainda o

tipo Sem Outra Especificação para indivíduos que não satisfazem todos os critérios. Para adolescentes e adultos que não satisfazem os critérios, mas apresentam prejuízos clínicos significativos, a denominação utilizada deve ser TDAH em remissão.

Atualmente, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) constitui uma complexa desordem comportamental que leva a criança a graus variáveis de comprometimento na vida social, emocional, escolar e familiar. Esse transtorno caracteriza-se por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais, expressando dificuldades globais do desenvolvimento infantil (ROHDE, BENCZIK, 1999, p. 52).

Apesar da existência de uma extensa bibliografia a respeito do tema, ainda há teóricos que afirmam que o TDAH se trata de uma forma de camuflar problemas provenientes da escola ou de casa. Outros afirmam que este transtorno é uma invenção médica ou da indústria farmacêutica para lucrar com o tratamento (REIS; SANTANA, 2009)

Quanto à causa do TDAH, Rohde e Benczik (1999) afirmam que há mais pistas do que certezas sobre esse assunto. Estudos iniciais apontam como possíveis causas deste transtorno a hereditariedade, problemas durante a gravidez ou no parto, exposição

a certas substâncias, problemas de ordem familiar, alimentação e hormônios. Essas são algumas pistas sem confirmação, contudo o fator genético é considerado como um participante ativo na causa do TDAH.

Estudos científicos mostram que portadores de TDAH têm alterações na região frontal e as suas conexões com o resto do cérebro. A região frontal orbital é uma das mais desenvolvidas no ser humano em comparação com outras espécies animais e é responsável pela inibição do comportamento, pela capacidade de prestar atenção, memória, autocontrole, organização e planejamento. O que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema neuronal (Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2015).

Os genes parecem ser responsáveis não pelo transtorno em si, mas por uma predisposição ao TDAH. A participação de genes foi suspeitada, inicialmente, a partir de observações de que nas famílias de portadores de TDAH a presença de parentes também afetados com TDAH era mais frequente do que nas famílias que não tinham crianças com TDAH. A prevalência da doença entre os parentes das crianças afetadas é cerca de 2 a 10

vezes mais do que na população em geral (REIS; SANTANA, 2009).

Porém, como em qualquer transtorno do comportamento, a maior ocorrência dentro da família pode ser devido a influências ambientais, como se a criança aprendesse a se comportar de um modo "desatento" ou "hiperativo" simplesmente por ver seus pais se comportando desta maneira, o que excluiria o papel de genes. Foi preciso, então, comprovar que a recorrência era de fato devida a uma predisposição genética, e não somente ao ambiente. Outros tipos de estudos genéticos foram fundamentais para se ter certeza da participação de genes: os estudos com gêmeos e com adotados. Nos estudos com adotados comparam-se pais biológicos e pais adotivos de crianças afetadas, verificando se há diferença na presença do TDAH entre os dois grupos de pais. Tais estudos mostraram que os pais biológicos têm três vezes mais TDAH que os pais adotivos (Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2015).

Segundo Rohde e Benczik (1999) os estudos com gêmeos comparam gêmeos univitelinos e gêmeos fraternos (bivitelinos), quanto a diferentes aspectos do TDAH (presença ou não, tipo, gravidade, dentre outros). Sabendo-se que os gêmeos

univitelinos têm 100% de semelhança genética, ao contrário dos fraternos (50% de semelhança genética), se os univitelinos se parecem mais nos sintomas de TDAH do que os fraternos, a única explicação é a participação de componentes genéticos (os pais são iguais, o ambiente é o mesmo, a dieta, etc.). Quanto mais parecidos, ou seja, quanto mais concordam em relação àquelas características, maior é a influência genética para a doença. Realmente, os estudos de gêmeos com TDAH mostraram que os univitelinos são muito mais parecidos (também se diz "concordantes") do que os fraternos, chegando a ter 70% de concordância, o que evidencia uma importante participação de genes na origem do TDAH.

A partir dos dados destes estudos, o próximo passo na pesquisa genética do TDAH foi começar a procurar que genes poderiam ser estes. É importante salientar que no TDAH, como na maioria dos transtornos do comportamento, tais como a esquizofrenia, a depressão e o transtorno bipolar, nunca devemos falar em determinação genética, mas sim em predisposição ou influência genética. O que acontece nestes transtornos é que a predisposição genética envolve vários genes, e não um único gene, como é a regra para várias de nossas características

físicas, também. Provavelmente não existe, ou não se acredita que exista, um único "gene do TDAH". Além disto, genes podem ter diferentes níveis de atividade, alguns podem estar agindo em alguns pacientes de um modo diferente que em outros; eles interagem entre si, somando-se ainda as influências ambientais. Também existe maior incidência de depressão, transtorno bipolar e abuso de álcool e drogas nos familiares de portadores de TDAH, o que indica uma correlação entre o transtorno e aspectos ambientais (Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2015).

Tem-se observado que a nicotina e o álcool quando ingeridos durante a gravidez podem causar alterações em algumas partes do cérebro do bebê, incluindo-se aí a região frontal orbital. Pesquisas indicam que mães alcoolistas têm mais chance de terem filhos com problemas de hiperatividade e desatenção. É importante lembrar que muitos destes estudos somente nos mostram uma associação entre estes fatores, mas não mostram uma relação de causa e efeito (ROHDE; BENCZIK, 1999, p.101).

Alguns estudos mostram que mulheres que tiveram problemas no parto que acabaram causando sofrimento fetal tinham mais chance de terem filhos com TDAH. A relação de causa não é clara. Talvez

mães com TDAH sejam mais descuidadas e assim possam estar mais predispostas a problemas na gravidez e no parto. Ou seja, a carga genética que ela própria tem (e que passa ao filho) é que estaria influenciando a maior presença de problemas no parto. Crianças pequenas que sofreram intoxicação por chumbo podem apresentar sintomas semelhantes aos do TDAH. Entretanto, não há nenhuma necessidade de se realizar qualquer exame de sangue para medir o chumbo numa criança com TDAH, já que isto é raro e pode ser facilmente identificado pela história clínica (Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2015).

Algumas teorias sugeriam que problemas familiares (alto grau de discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias com apenas um dos pais, funcionamento familiar caótico e famílias com nível socioeconômico mais baixo) poderiam ser a causa do TDAH nas crianças. Estudos recentes têm refutado esta ideia. As dificuldades familiares podem ser mais consequência do que causa do TDAH (na criança e mesmo nos pais). Problemas familiares podem agravar um quadro de TDAH, mas não causá-lo. Outros fatores já foram aventados e posteriormente abandonados como causa de TDAH: corante amarelo, aspartame, luz artificial, deficiência

hormonal (principalmente da tireoide), deficiências vitamínicas na dieta (REIS; SANTANA, 2009).

No aspecto neuroquímico, o TDAH é concebido como um transtorno no qual os neurotransmissores catecolaminérgicos funcionam em baixa atividade. A ênfase está na desregulação central dos sistemas dopaminérgicos e noradrenérgicos que controlam a atenção, organização, planejamento, motivação, cognição, atividade motora, funções executivas e também o sistema emocional de recompensa (SOLANTO et al., 2001).

Segundo Rohde e Benczik (1999) alguns estudiosos se posicionam contra a existência do TDAH e a inadequação do tratamento do mesmo, argumentando que este transtorno é apenas um rótulo para amenizar a culpa da escola, que não adequa o ensino às necessidades da criança, e dos pais que não conseguem educar seus filhos, como também apontam uma questão comercial que favorece as indústrias farmacêuticas na comercialização de medicamentos.

Um dado com o qual devemos nos preocupar é que quase 75% das crianças e dos adolescentes brasileiros que tomam remédios para minimizar os sintomas do TDAH não tiveram diagnóstico correto,

segundo um estudo realizado por psiquiatras e neurologistas da Unicamp, USP, Instituto Glia de Pesquisa em Neurociências e Albert Einstein College of Medicine (EUA), apresentado no 3º Congresso Mundial de TDAH, ocorrido na Alemanha (WELCH et al., 2007).

A principal forma de tratamento para minimizar os sintomas do TDAH é o tratamento medicamentoso, no qual o fármaco mais empregado é o Metilfenidato, comercializado no Brasil com o nome de Ritalina ou Concerta que consiste num potente inibidor da recaptação da dopamina e da noradrenalina. Aliado ao tratamento medicamentoso a terapia individual se coloca como alternativa no tratamento deste transtorno uma vez que seus sintomas secundários não são minimizados com a medicação. Entretanto, esta possibilidade é menos utilizada visto que seus efeitos são percebidos num prazo maior que o tratamento farmacológico oferece (CALIMAN, 2010; ROHDE; BENCZIK, 1999).

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. O processo de patologização é duplamente perverso: rotula de doentes crianças normais e, por outro lado, ocupa com tal intensidade os espaços, de discursos, propostas, atendimentos e até preocupações, que desaloja desses espaços àquelas crianças que deveriam ser os seus legítimos ocupantes. Expropriadas de seu lugar, permanecem à margem das ações concretas das políticas públicas (COLLARES E MOYSÉS, 1996, pág. 69)

Para Caliman (2010), o TDAH é um produto cultural criado no encontro de determinadas tecnologias diagnósticas, racionalidades científicas e clínicas e concepções sobre a natureza humana. Tanto a descrição do transtorno quanto o tipo de sintomas que sustentam o seu diagnóstico revelam a falta de uma análise crítica sobre as relações entre os fenômenos que ocorrem na educação e o contexto histórico-social que a determina.

Reis e Santana (2009) acreditam que as crianças que passam por problemas como conflitos familiares, abuso sexual, doenças neurológicas, dentre outras questões, apresentam algumas dificuldades além da ansiedade causada na família. Assim, para mascarar todas essas dificuldades e acabar com o problema da criança e a da família,

classifica-se a criança com TDAH, prescrevendo medicamentos que são drogas e que mais tarde irão trazer graves efeitos na vida desse indivíduo. No entanto, os autores apontam que a intenção deles não é de forma alguma negar o TDAH, porém, acreditam que a dificuldade no diagnóstico e a falta de instrumentos que assegurem a realização e avaliação do mesmo levam a rotular muitas crianças erroneamente, camuflando os reais problemas do mesmo.

De acordo com Reis e Santana (2009) alguns fatores presentes no contexto cultural atual podem colaborar para um diagnóstico errôneo sobre o TDAH nas crianças em idade escolar, tais como a pressa do cotidiano; os refrigerantes e outras bebidas contendo cafeína que consumimos; as novas tecnologias que funcionam em ritmo acelerado como os smartphones, computadores e os videogames que exigem das crianças mudança rápida no foco de atenção e muita rapidez; a agenda repleta de atividades que as crianças devem cumprir; entre vários outros fatores que aceleram nossa vida e ações do cotidiano, exigindo assim que as crianças vivam cada vez mais ansiosas e com a necessidade de desdobrar sua atenção em diversas situações.

Segundo Welch et al., (2008), o processo de medicalização do cotidiano, provoca um aumento exacerbado de diagnósticos produzindo uma “epidemia” de tratamentos. Sobre a origem da medicalização não há dúvidas que todo esse processo é motivado por interesses financeiros. Desse modo, doenças são “descobertas” para que mais medicamentos sejam vendidos. A indústria farmacêutica tem ocupado atualmente lugar central na economia capitalista porque tem sido capaz de utilizar de forma eficiente concepções equivocadas amplamente enraizadas no senso comum sobre doença e doença mental, alimentando o “sonho” de resolução de todos os problemas através do controle psicofarmacológico dos comportamentos humanos.

A partir destes pontos, discutiremos no capítulo em seguida como tem se constituído os diagnósticos do TDAH, para que possamos avaliar quais os tratamentos e as alternativas adequadas para lidar com tal transtorno nos dias atuais, caso estes sejam realmente diagnosticados e necessitem de intervenções.

II- O PROCESSO DIAGNÓSTICO DO TDAH

Acompanhando o aumento do consumo de psicofármacos, conhecidos como “tarja preta”, o Brasil vive uma explosão de diagnósticos de transtornos comportamentais, como o de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), entre crianças e adultos. Na última década, o país se tornou o segundo maior mercado da Ritalina, medicamento que aumenta o foco de atenção e inibe o excesso de movimentação, e por isso é o mais indicado em casos de TDAH. As vendas subiram de 75 mil caixas para cerca de 1,7 milhão por ano no Brasil, número que poderia indicar uma epidemia. Na verdade, especialistas alertam que o aumento expressivo no uso da droga está relacionado a diagnósticos inadequados e uso indiscriminado, que têm como base mudanças nas relações familiares e falhas no sistema de saúde. A popularização da medicação para outros fins, como melhorar o rendimento de estudantes em provas, pode significar um cenário de novas tendências sociais, em direção a uma “biologização da vida” ou uma “medicalização da subjetividade” (ABREU, 2006).

Reis e Santana (2009) descrevem que o diagnóstico do TDAH é um processo amplo e multifacetado. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem contribuir para a manifestação de sintomas similares apresentados por pessoas com TDAH. Entretanto, é importante considerar outras causas para o problema e assim, estar atento à presença de distúrbios concomitantes.

Embora os sintomas primários do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) sejam em geral facilmente reconhecíveis, o diagnóstico e o tratamento podem ser dificultados pela existência de equívocos acerca da doença. O diagnóstico do TDAH é clínico e se baseia, fundamentalmente, nos sintomas atuais, no caso de crianças, ou na combinação entre sintomas atuais e história clínica pregressa do comportamento, no caso de adultos. Além disso, não existe um exame em que se possa detectar o TDAH, ele é feito de forma que, o especialista através de entrevistas, observações e testes, realiza o processo diagnóstico, confirmando ou não o transtorno. (CALIMAN, 2010).

Para Abreu (2006), ao diagnosticar uma criança com o TDAH, se faz necessário tempo e observação, para que não se confunda o transtorno com uma agitação momentânea da mesma, devido a

algum comportamento que ocorreu somente naquele instante. Para diagnosticar a criança como hiperativa é necessário que a mesma apresente características que são sintomas sem interrupção e por um período de seis meses, não podendo ser limitado a apenas uma situação.

O aspecto mais importante do processo de diagnóstico é um cuidadoso histórico clínico e desenvolvimental. A avaliação do TDAH inclui frequentemente um levantamento do funcionamento intelectual, acadêmico, social e emocional, sendo realizado, predominantemente, através de uma minuciosa investigação clínica da história do paciente. Porém, é possível e indicada a realização de um processo amplo, em que são utilizados vários recursos instrumentais como entrevistas, escalas e testes psicológicos. O objetivo primordial de uma avaliação ampla envolvem, além do objetivo central de determinar a presença ou ausência do TDAH, outros pontos importantes, como investigar as condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se delinear um plano de intervenção adequado para tratamento do quadro. Nesse sentido, é importante que o clínico conheça bem seu paciente, não restringindo a avaliação a um modelo médico e

sintomático, mas sem perder de vista o aspecto dinâmico do processo.

O processo de diagnóstico deve incluir dados recolhidos com professores e outros adultos que de alguma maneira, interagem na rotina da criança que está sendo avaliada. Embora se tenha tornado frequente prática popular testar algumas habilidades como resolução de problemas, trabalhos de computação e outras, a validade dessa prática bem como sua contribuição adicional a um diagnóstico correto, continuam a ser analisadas pelos estudiosos (REIS; SANTANA, 2009).

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. O processo de patologização é duplamente perverso: rotula de doentes crianças normais e, por outro lado, ocupa com tal intensidade os espaços, de discursos, propostas, atendimentos e até preocupações, que desaloja desses espaços daquelas crianças que deveriam ser os seus legítimos ocupantes. Expropriadas de seu lugar, permanecem à

*margem das ações concretas das políticas públicas
 (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p. 55).*

Para Rohde e Benczik (1999) é importante que o neuropediatra que realiza o diagnóstico leve em conta que as características primárias da patologia podem ser observadas em muitas crianças, em várias circunstâncias, sem que se trate necessariamente do TDAH. A diferenciação entre o TDAH e a normalidade configura um dilema clínico importante, responsável por muitos diagnósticos equivocadamente firmados, que chegam a ambulatórios especializados dos serviços de saúde. A dificuldade em definir o que diferencia o transtorno de um comportamento normal parece configurar uma dificuldade central para o clínico.

A primeira questão importante a ser analisada faz referência à frequência dos sintomas. Apesar de não haver consenso entre os e nem pesquisa empírica sobre a questão, uma definição possível é que os sintomas devem ocorrer em um número maior de vezes do que não ocorrer na situação investigada. A duração dos sintomas também está permeada por dificuldades, de onde se torna importante que a persistência dos sintomas, em vários locais ao longo do tempo, seja minuciosamente investigada. É preciso que o profissional esteja atento para a

possibilidade de que os sintomas sejam reflexos de outros quadros, como a reação a um fator psicossocial desencadeante, produto de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado (ROHDE; BENCZIK, 1999).

Sendo assim, de acordo com Abreu (2006) em muitos casos, o distúrbio é percebido quando a criança ingressa na escola, momento em que as dificuldades de atenção e inquietude se evidenciam, tendo em vista que, normalmente, ocorre quando o sujeito com TDAH passa a ser alvo de comparação com outras crianças da mesma idade e ambiente. Muitas vezes, os sintomas só são percebidos quando a criança se encontra em um ano de escolaridade mais avançado do ensino fundamental, como o terceiro ou quarto ano, quando a criança precisa realizar atividades que demandem planejamento, organização e persistência de foco de atenção no dia a dia.

2.1- O processo diagnóstico: A entrevista com os pais e com a criança/adolescente

Os pais das crianças são fonte vital de informação, porém a entrevista nem sempre é fácil, pois, normalmente, os progenitores comparecem à

consulta, porém muito desgastados e estressados com o comportamento de seu filho (GUARIDO, 2008). Ainda que, muitas vezes, as características e dificuldades dos pais interfiram na investigação do TDAH, tal fator não minimiza a importância nem influencia de forma significativa a qualidade dessas informações, mesmo em caso de criança cujo pai ou cuja mãe sofre desse transtorno (ROHDE; BENCZIK, 1999). Nas entrevistas com os pais, é imprescindível a investigação de sintomas como onde, quando, e com que frequência eles ocorrem. Os pais costumam trazer um relato mais confiável de sintomas como agressividade, impulsividade, desatenção, oposição e hiperatividade do que crianças e adolescentes em avaliação (ABREU, 2006).

De acordo com Caliman (2010), é importante que a entrevista com os pais abarque várias áreas: a) preocupações e queixas principais dos pais (duração, frequência, início, oscilações, repercussões dos sintomas); b) dados demográficos sobre a criança e a família (idade, data de nascimento, parto, escola onde estuda a criança, nome de professores e coordenadores); c) desenvolvimento (motor, intelectual, acadêmico, emocional, social e da linguagem); d) história familiar pregressa (possíveis

transtornos mentais na família, dificuldades conjugais, dificuldades econômicas ou profissionais, estressores psicossociais incidentes sobre a família); e) história escolar (pode ser revisada série por série, buscando verificar desempenho acadêmico e social); f) tratamentos anteriores ou suspeitas diagnósticas.

Estar algum tempo com a criança também é importante no processo de avaliação. No caso de crianças pré-escolares, a entrevista pode se resumir a um breve contato amistoso, onde se observará o comportamento, a aparência e características gerais (Caliman, 2010). Uma entrevista que contemple a hora do jogo também pode ser realizada com crianças pequenas. Para crianças mais velhas e adolescentes é possível focar a percepção e sentimentos do sujeito frente ao problema: se esse está ciente do mesmo ou se teria outra explicação para suas dificuldades. É igualmente importante investigar a forma como o sujeito se relaciona com pais e professores (GUARIDO, 2008).

Deve-se levar em conta que o comportamento de crianças e adolescentes no consultório ou no ambiente onde está se realizando a avaliação é, com frequência, muito diferente do ambiente com o qual estão familiarizados (GUARIDO, 2008). A ausência de sintomas no consultório não exclui o diagnóstico,

pois as crianças com TDAH são capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário ou em situações de grande interesse. Situações peculiares, como aquelas onde existe alguma novidade para a criança, algo de alto valor de interesse, intimidação ou em que esteja a sós com um adulto, podem fazer com que as crianças “mascarem” os sintomas, fato possivelmente responsável pelo diagnóstico de inúmeros falsos negativos.

2.2- A Entrevista realizada na escola como parte do diagnóstico

Dentre os passos habitualmente utilizados no processo de avaliação do TDAH, a coleta de informações na escola é fundamental para se firmar o diagnóstico. Tendo em vista os critérios que apontam a necessidade dos sintomas estarem presentes em mais de um ambiente, a escola, como local onde a criança/adolescente passa boa parte de seu dia, é fonte rica de informação. A coleta de informações atuais e passadas junto à escola, como anotações, resultados em testes, testes de desempenho e observações do comportamento, configura uma fonte

de dados para obtermos informações concretas acerca do funcionamento da criança. A maioria das crianças com TDAH apresenta problemas com desempenho e comportamento na escola. Nesse sentido, detalhes devem ser investigados junto a coordenadores e professores, visando esclarecer esse funcionamento e investigar possíveis comorbidades (CAMPOS, 1997).

Ainda que seja uma fonte excelente de informações, a entrevista junto aos professores nem sempre é viável, sendo mais comum o contato telefônico. Uma alternativa apontada é enviar à escola escalas objetivas para avaliação de desatenção, hiperatividade e impulsividade que possam ser preenchidas de forma simples e fácil pelos professores (GUARIDO, 2008).

Guarido (2008) aponta que a percepção do professor sobre a capacidade da criança/adolescente em seguir as regras e respeitar a autoridade na sala de aula auxilia o entendimento do clínico sobre como a criança está lidando com suas dificuldades, mencionam estudos que alertam para a possibilidade de os professores maximizarem os sintomas apresentados pelas crianças com TDAH. Ainda assim, a escola é uma fonte muito valiosa de informação, tanto no processo diagnóstico como na

avaliação do tratamento. Quando em tratamento, a evolução do paciente é percebida pelos professores de forma tão eficiente quanto pelos pais, fato que reforça a importância de um contato contínuo com ambos.

Segundo Abreu (2006), ao mesmo tempo em que não são decisivos para o diagnóstico, os testes psicológicos acabam sendo de grande ajuda para o profissional. A limitação dos instrumentos para o diagnóstico reside no fato de que, muitas crianças obtêm resultados que não revelam suas dificuldades, pelo fato de o teste ser vivenciado como novidade ou por se beneficiarem da relação um a um com o aplicador.

Os testes utilizados na avaliação neuropsicológica devem ser ponderados diante da entrevista clínica detalhada e outros procedimentos já mencionados. Ainda assim, a avaliação neuropsicológica pode trazer benefícios significativos para o processo diagnóstico, pois permite auxiliar o clínico em três questões principais: se o diagnóstico de TDAH é indicado para o caso; se o diagnóstico não procede, que explicações alternativas podem existir para os sintomas; se o diagnóstico se justifica e se existem comorbidades

associadas que devem ser diagnosticadas e tratadas (ROHDE; BENCZIK, 1999).

Segundo Caliman (2010), é comum que professores solicitem um exame neuropsicológico para consolidar ou excluir a hipótese de TDAH, assim como para obter novos dados que ampliem a avaliação. Além disso, uma avaliação ampla e bem conduzida pode esclarecer sintomas, eliminar falsos positivos e significar sintomas que podem ser considerados variantes da normalidade ou oriundos de outros quadros que não o TDAH. Mesmo que o diagnóstico já esteja confirmado, uma avaliação neuropsicológica pode prover dados que auxiliarão no estabelecimento de uma estratégia terapêutica adequada, mais abrangente e eficaz.

Podemos perceber, portanto, que o diagnóstico de TDAH não se constrói nem se define rapidamente, além de ser um processo que envolve diversos aspectos para sua conclusão. Não é possível compreender o comportamento humano sem levar em conta todos os outros fatores. Antes de atribuir o baixo rendimento escolar a um problema clínico e transferir aos médicos a responsabilidade pela aprendizagem, deve-se fazer uma cuidadosa investigação acerca de outros fatores que podem estar afetando o comportamento da criança e do

adolescente em questão, tomando cuidado, assim, para não tornar patológico um comportamento típico e saudável de uma criança ou adolescente, fato este que temos percebido recentemente e que será abordado no capítulo a seguir.

III- TDAH E MEDICALIZAÇÃO DO ENSINO NOS DIAS ATUAIS

Em 1998, um remédio chegava ao Brasil prometendo transformar crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em seres mais calmos e atentos, que aprendessem mais e melhor. Anos depois, o metilfenidato, vendido com os nomes comerciais de Ritalina e Concerta, já ocupa o posto de psicoestimulante sintético mais consumido no país, de acordo com boletim da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Abreu, 2006).

A medicalização da sociedade tem sido muito discutida atualmente, em virtude do incessante aumento da produção e do consumo de fármacos, que instaurou um fenômeno social complexo rotulado com esta expressão. Conforme aborda Freud (2014), ao contrário do que possa parecer, este termo não se refere apenas a um processo recente, a medicalização da sociedade vem acontecendo há mais de dois séculos, durante os quais foi ganhando formas diversas, como a atual banalização do consumo de medicamentos .

Consequentemente, Guarido (2008) aponta que a cultura do consumo, estabelecida no século

XIX, se fundamenta sobre o consumo de mercadorias onde o mercado é mediador nas relações sociais. Esta perspectiva abrange um leque diversificado de produtos, dentre os quais se encontram os medicamentos, que passam a ser instrumentos da lógica da mercadoria a partir do fim da segunda guerra mundial, época em que ocorreu a expansão da indústria farmacêutica. Tal acontecimento promove a diversificação dos fármacos, gerando a necessidade de criar demanda de consumo o que, conseqüentemente, coloca a propaganda como veículo fundamental para divulgação de um novo significado da medicação.

Desta forma, segundo Abreu (2006) a medicalização pode ocorrer tanto em casos de desvios de comportamento quanto de processos naturais da vida. Alguns exemplos de processos comuns da vida que são medicalizados incluem sexualidade, nascimento, desenvolvimento infantil, tensão pré-menstrual (TPM), menopausa, envelhecimento e o processo de morrer. Já dentre os desvios podemos citar loucura, alcoolismo, homossexualidade, hiperatividade e dificuldades de aprendizagem, problemas alimentares (obesidade e anorexia), abuso infantil, jogo compulsivo, infertilidade e transexualidade.

Devemos nos atentar, como propõe Guarido (2008), que há uma diferença que precisa ser levada em conta: medicar pode ser necessário desde que caso a caso. Já a medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber – produzido cientificamente em uma estrutura social, de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. O fenômeno da medicalização social surge e se desenvolve, historicamente, no contexto das sociedades disciplinares.

Assim, de acordo com Freud (2014) o processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado um desvio social e ao controle social. Ao mesmo tempo em que a área da saúde foi entrando na vida familiar e escolar, a Medicina foi assumindo o papel de agente de normalização dos desvios, ficando responsável por comportamentos que até então eram da esfera de outras instituições,

tais como aprendizagem e criminalidade. Em outras palavras, certas condutas, como a delinquência e a sexualidade, por exemplo, foram incorporadas ao campo médico em uma tentativa de resolução de problemas e de normalização dessas condutas (FREUD, 2014). Percebemos, portanto uma busca por soluções rápidas para os problemas enfrentados no cotidiano, o homem não tem se mostrado disposto a lidar com suas emoções e com as consequências das escolhas que tem feito no cotidiano.

Collares e Moysés (1985) conceituam o termo medicalização como o processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo, o que vem ocorrendo na atualidade.

Para elucidar as questões supracitadas, pesquisadores e psiquiatras norte-americanos, argentinos, franceses e brasileiros têm denunciado o papel mercadológico da indústria farmacêutica em função das campanhas que têm desenvolvido para comercialização em massa de remédios voltados para a área de transtornos mentais e de comportamento. O marketing desenvolvido pelas indústrias tem aumentado e muito o consumo de drogas com base em anfetaminas, as chamadas “tarja-preta” por atuarem diretamente no Sistema Nervoso Central e apresentarem graves efeitos colaterais. Os supostos distúrbios e transtornos têm se proliferado chegando ao ponto de que ações como as apresentadas por crianças e adolescentes de caráter contestador, crítico são consideradas como Transtornos de Oposição Desafiadora (TOD) (ABREU, 2006).

Sendo assim, Freud (2014) aponta que devemos nos atentar para a realidade dos dias atuais. Existem crianças que são mais agitadas, dispersas e impulsivas do que outras e é normal que uma criança de três ou quatro anos seja agitada, impulsiva, dispersa. E, é verdade, que as crianças com mais de cinco ou seis anos já não teriam que ser tão impulsivas e deveriam se concentrar nas tarefas que realizam, mas o problema não tem uma origem

cerebral. São agitadas, dispersas e impulsivas porque vivemos numa sociedade agitada, dispersa e impulsiva. Uma sociedade de ritmo acelerado onde as crianças levam uma vida agitada e estão hiperestimuladas com televisão, internet e jogos eletrônicos e onde muitos pais não colocam limites adequados para os seus filhos.

São as crianças questionadoras, que não se submetem facilmente às regras, e aquelas que sonham, têm fantasias, utopias e que ‘viajam’. Com isso, está se abortando os questionamentos e as utopias. Só vivemos hoje num mundo diferente de 1.000 anos atrás porque muita gente questionou, sonhou e lutou por um mundo diferente e pelas utopias (Abreu, 2009). Quando impedimos isso quimicamente, estamos dificultando, senão impedindo, a construção de futuros diferentes e mundos diferentes.

Como consequência, assim como afirma Freud (2012), esses fatores citados acima, como o ritmo acelerado da sociedade em que vivemos, exemplificam porque cada vez mais, existem crianças agitadas. Também é preciso que seja considerada a grande contradição que se origina entre uma realidade de estímulos, de tempos breves e rápidos da televisão e do computador, aos quais as

crianças são acostumadas desde cedo, onde as mensagens geralmente duram poucos segundos e onde predomina o campo visual, e os tempos mais longos do ensino, centrados na leitura e na escrita, aos quais as crianças não estão acostumadas (FREUD, 2014).

Diante do exposto, podemos constatar que é quase impossível que uma criança saudável, cheia de energia para explorar o mundo com tantos estímulos a sua volta, queira e consiga manter-se interessada em sala de aula, quando muitas vezes a proposta pedagógica do professor é maçante, pouco criativa e traz bem menos novidades e estímulos que o tablet ou o celular, recheado de jogos que requerem do aluno o uso de atenção e estratégias e que ele tem contato durante todo o tempo que está fora da escola.

Por isso, segundo Moysés (1985), nem toda criança agitada ou que não se concentra em sala de aula é hiperativa ou tem déficit de atenção. Muito pelo contrário. Na maioria dos casos, trata-se de características comuns a essa etapa da vida. O entusiasmo, a vontade de se fazer presente no mundo, a energia que precisa ser aplicada em experimentações e brincadeiras fazem parte da aquisição de conhecimento. É papel dos pais e das instituições de ensino prover as crianças de

momentos apropriados para correr, gritar, conversar, fazer bagunça. Elas precisam de situações nas quais descansam a mente e cansam o corpo para que, quando chegar a hora de ter concentração para aprender, isso não seja maçante e sofrível.

A medicalização da Educação se trata de um grave problema de origem sócio-pedagógica, conforme evidencia Moysés (1985), o qual vem sendo compreendida como uma questão médica, na qual o que se dá é a tentativa de encontrar em cada criança, a nível individual, uma doença que justifique seu pouco rendimento escolar desconsiderando-se ou omitindo-se os altos índices de reprovação e a responsabilidade da escola nestes resultados. A escola e o sistema de ensino permanecem preservados de críticas e isentos de responsabilidades, ao centrar na criança, na família e/ou no professor a busca de causas e, supostamente, de saídas para a solução do fracasso escolar.

Diante dos alarmantes índices que apontam o fracasso escolar das crianças brasileiras, inúmeras explicações e justificativas são usadas para explicar este fato, entre elas a Medicalização e a Patologização do ensino. Entretanto, o uso indiscriminado de medicamentos controla as pessoas, impossibilitando seus questionamentos e ocultando

violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem, fato este que tem se intensificado no contexto escolar, nos exigindo uma reflexão crítica e a busca de práticas que modifiquem esta realidade (MOYSÉS, 1985; PATTO, 1990).

De fato, segundo Moysés (1985), muitos professores acreditam no mito de que o aluno brasileiro sofre de doenças que não prejudicam suas atividades extra-escolares; que são crianças que andam até a escola, brincam, riem, falam, contam estórias, aprendem de tudo, mas que são portadoras de doenças, que só se manifestam quando é hora de aprender a ler e a escrever. Entretanto, se não existem causas médicas reais para o fracasso escolar, o que se observa é a construção artificial destas causas, construção de falsas relações entre doença e não-aprendizagem ou a própria construção de entidades nosológicas, denominadas distúrbios ou disfunções, porém sempre sem perder a noção de doença biológica, centrada no indivíduo.

Portanto, ter dificuldade de leitura e escrita não mais questiona a escola, o método, as condições de aprendizagem e de escolarização. Mas sim, busca na criança, em áreas de seu cérebro, em seu

comportamento manifesto as causas das dificuldades de leitura, escrita, cálculo e acompanhamento dos conteúdos escolares. A criança com dificuldades em leitura e escrita é diagnosticada, procuram-se as causas, apresenta-se o diagnóstico e em seguida a medicação ou o acompanhamento terapêutico. E o que é mais perverso nesse processo, é que os defensores das explicações organicistas defendem a patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola, como um direito. Utilizam a mesma lógica que se faz presente para as modalidades de doenças, para o processo de aprendizagem (PATTO, 1990).

De acordo com Patto (1990), defende-se que é um direito da criança ser medicada, ser atendida e ser diagnosticada. Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação. Esse argumento vem ganhando os espaços legislativos de grande parte de cidades e estados brasileiros por meio de inúmeros projetos de lei que visam criar serviços sejam nas Secretarias de Educação, seja na Secretaria de Saúde, para atender as crianças com problemas escolares.

O que assistimos na atualidade é a constante prescrição de fármacos por parte dos médicos para atuar no que se acredita ser a doença do não-aprender, relacionada hoje a comportamentos hiperativos, desatentos e desobedientes. Não é raro encontrar na mochila das crianças, dividindo espaço com materiais escolares e lanche, uma caixa de algum remédio, dando a impressão de que fazem parte dos materiais necessários para o uso na escola. (ABREU, 2006)

Podemos verificar no contexto escolar que professores e coordenadores atestam diagnósticos a partir de alguns comportamentos dos alunos, principalmente de Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e as encaminham para avaliações psiquiátricas, neurológicas e/ou psicológicas. Ocorre também que, diante de comportamentos indesejáveis por parte das crianças que foram diagnosticadas como portadoras do TDAH, o corpo docente questiona se o motivo desses comportamentos é a falta de medicação no dia a dia (GUARIDO, 2008).

Verificamos então que o diagnóstico de TDAH tem sido amplamente alastrado e o uso da Ritalina cada vez mais comum nas escolas em todo o país. Se tornou rotina tratar com remédio problemas que não

são necessariamente de saúde. Muitos docentes e pais se satisfazem com o diagnóstico e veem no remédio o único meio para controlar um "aluno-problema".

Notamos então que esses comportamentos nos mostram que os professores encontraram nas descrições das patologias uma forma para rotularem seus alunos, relacionando diretamente que o uso ou não dos fármacos influencia diretamente os comportamentos das crianças, minimizando o impacto das influências de mudanças ou experiências no cotidiano escolar nas atitudes dos alunos. Assim, os chamados “desajustes” são compreendidos como trazido de fora para dentro da escola e não como se pudessem ser criados dentro da própria escola (GUARIDO, 2008).

Assim, espaço escolar, que deveria estar voltado para a aprendizagem, para o saudável, transforma-se em espaço clínico, voltado para erros e distúrbios e sem melhoria dos índices de fracasso escolar. Entretanto, se as crianças continuam não aprendendo, isto se deve a criação da doença inexistente. O que existe são crianças diferentes, com formas de aprender diferentes. Algumas são mais focadas, outras mais dispersas. Não existe um

padrão de aprendizado (COLLARES; MOYSÉS, 2007).

A solução não cabe em um comprimido branco de pouco mais de um centímetro de diâmetro. Nenhum medicamento no mundo daria conta da complexidade que é o processo de atenção e aprendizado de uma criança. Ele envolve afetividade, desejo, representações que a criança cria. Nunca se tomou tanto remédio e nunca houve tantas pessoas doentes. Isso não pode estar certo. Vivemos a biologia de um corpo morto, de um cérebro sem vida, sem afeto, isolado do meio em que vive.

Collares (1992) nos propõe que a medicalização do fracasso escolar passa então a exercer um papel profundamente tranquilizador para a escola e para o sistema de ensino, cumprindo um papel ideológico tão importante, em que se observa que nem mesmo professores com grande compromisso político e engajamento conseguem rompê-lo.

O mito do fracasso escolar como questão médica atua sobre a realidade distorcendo-a, deformando-a, criando a sua própria realidade, terminando por justificar os baixos rendimentos (MOYSÉS, 1985). Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso de medicamentos, pois não podemos

negar a necessidade da intervenção farmacológica em alguns casos, mas trata-se de demonstrar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza o sofrimento e culpa os indivíduos por seus problemas. Trata-se também de encontrar na educação uma possibilidade de não rendição ao discurso psiquiátrico, libertando as crianças dos destinos previstos nos prognósticos médicos (GUARIDO, 2008).

O uso indiscriminado de fármacos indica Guarido (2008), naturaliza todos os processos e relações socialmente constituídos e, em decorrência, destrói direitos humanos. A discriminação é um efeito que desmotiva o aluno a frequentar a escola, a criança diagnosticada com TDAH vai se sentir culpada e discriminada pelos colegas e até mesmo pelos professores. A escola, por sua vez, não procura outros meios para entender quais são os problemas que estão acontecendo com este aluno no contexto familiar, com o método de ensino do professor, os recursos pedagógicos da instituição, buscando verdadeiramente se engajar no processo de ensino e aprendizagem.

Junto a isso, segundo Abreu (2006), os discursos de especialistas como psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, por exemplo, sobre as

formas corretas de educar, cuidar e castigar as crianças e as consequências de não seguir as regras ditadas, exercem grande influência entre pais, educadores e a população em geral. Neste sentido, a relação de transtornos de comportamento associados à infância está diretamente relacionada com a gestão dos padrões de normalidade construídos pelos especialistas. Associado a este processo, assistimos a indústria farmacêutica crescendo vertiginosamente em um contexto social que, apesar de alargar discursos moralistas e ações repressoras sobre as drogas ilegais, legitima o crescente consumo de drogas lícitas passivamente. O eixo mercadológico criado pela relação entre mal-estar e medicamentos impulsiona uma economia promissora para a indústria de psicofármacos e outros atores sociais atuantes nestas engrenagens.

Moysés (1985) afirma que estamos diante de uma precarização da qualidade do ensino oferecido para alunos desde a fase de alfabetização. Se a criança não está atenta na escola, se não está escrevendo corretamente como deveria, isso é um problema educacional, pedagógico. Quer dizer que não estamos conseguindo dar conta de uma alfabetização adequada. Mas de repente, há uma epidemia de crianças que não prestam atenção? Não

faz sentido. Nasceu uma geração que não presta atenção? A geração anterior prestava e a atual não presta?

Crítica implacável do tratamento com Ritalina, Moysés (1985) afirma que a aparente calma promovida pela droga em crianças não é efeito terapêutico, mas "sinal de toxicidade". O medicamento tem o mesmo mecanismo de ação das anfetaminas e a cocaína. Ele é um derivado de anfetamina. Ele age aumentando a concentração de dopamina nas sinapses. A dopamina é um neurotransmissor associado às sensações de prazer. Não é todo mundo que fica mais concentrado. Em torno de 40, 50% ficam mais focado, que é o efeito da anfetamina e da cocaína. Mas foca a atenção no que passar na frente, não necessariamente nos estudos. Segundo ela, as reações adversas acontecem em todos os órgãos. No sistema nervoso central, você tem psicose, alucinação, suicídio, que não é desprezível, cefaleia, sonolência, insônia. Um dos mais importantes é um efeito que, em farmacologia, é chamado de "zombie like". A pessoa fica contida em si mesma. Passa a agir como se estivesse amarrada. No sistema cardiovascular, por exemplo, os efeitos são hipertensão, arritmia, taquicardia, parada cardíaca.

A escola é uma instituição de massa, segundo aponta Patto (1988). Ela não dá conta de educar, formar e acompanhar todas as crianças na sua singularidade. A professora está numa sala de 40 alunos e espera que todo mundo fique numa certa média de comportamento e aprendizado. Alguns escapolem dessa média. Ocorre então uma demanda inicial dos educadores onde não podemos desconsiderar as formações que a indústria farmacêutica têm feito de professores. Eles vão às escolas e ensinam os professores a detectar as crianças que teriam esse problema, para encaminhá-las ao neuropediatra. Esse professor passa a ser uma via de propagação de um olhar patologizante, produtor de doenças e adoecimentos no processo de escolarização. Mas não podemos deixar de considerar que o professor também está medicalizado. A droga do professor é o Rivotril. É um professor que está tendo uma dificuldade para dar aula.

A medicalização de um problema pedagógico e político, de ordem institucional, significa grande obstáculo à transformação das práticas que regem o cotidiano escolar e a superação do fracasso. Dessa forma, cabe aos profissionais atuarem com compromisso na luta por uma escola de qualidade e

democrática, uma escola participativa e que trabalha na garantia e na promoção da cidadania dos alunos, pois, ao transformarmos em doença o que é produto de diferenças sociais e de dificuldades de um sistema escolar problemático, retrocede-se consideravelmente no âmbito educacional brasileiro (COLLARES, 1992). Sem essa reflexão o resultado é inevitável: muitas crianças absolutamente normais podem iniciar uma carreira de portadores de dificuldades de aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da importância do estudo da Medicalização do ensino no Brasil, fica evidente a necessidade de desmistificação dos “problemas de aprendizagem” e também a criação de espaços pedagógicos comuns de reflexão, em que diretores, orientadores, professores e familiares são implicados na formação docente da criança e do adolescente. A Medicalização da escola e do aluno trabalha como uma forma de negação das dificuldades ainda existentes no sistema de ensino brasileiro, transformando problemas de ensino em problemas de aprendizagem, destituindo a escola de responsabilidade e transferindo-a para a criança/adolescente, para a família ou para as condições socioeconômicas, como se cada sujeito estivesse fatalmente destinado ao fracasso.

É importante afirmar que não se pretende negar a existência do TDAH, porém, a dificuldade no diagnóstico e a falta de instrumentos que assegurem a realização e avaliação do mesmo fazem com que muitas crianças sejam diagnosticadas e rotuladas crianças erroneamente, camuflando os reais problemas existentes na vida familiar e escolar destes alunos. Diante de todos estes fatores e da divergência

de opiniões, é tarefa dos profissionais da saúde e da educação se comprometerem a conhecer as diversas características do TDAH para que eventuais equívocos não ocorram e para que a saúde física e mental das crianças não seja afetada pela inconsistência de diagnósticos precipitados.

Os remédios são sempre uma intervenção que irá mudar as formas de comportamento, de percepção, cognição e afetividade das crianças. Cabe lembrar que, principalmente na infância, tudo é um aprendizado, inclusive as dificuldades, erros e decepções. O desejo dos pais de terem filhos perfeitos e de professores terem alunos ideais, não pode se tornar uma doença. A partir do momento que as crianças não atendem a tantas expectativas, recorre-se a médicos para transformar seus filhos nas pessoas que querem que eles sejam. Isso não significa um pedido de abandono a crianças, mas uma reflexão sobre o quanto os problemas dos adultos estão sendo projetados na infância. É sempre bom não nos distrairmos com as crianças (Freud, 2014).

Sendo assim, a disseminação de diagnósticos infantis e do emprego de medicamentos com função de auxiliar na tarefa de aprendizagem é um reflexo de uma sociedade que busca soluções imediatas para

suas questões, desconsiderando as potencialidades dos sujeitos com os quais lida e também um reflexo da precariedade da escola e da formação dos professores, o que tranquiliza as instituições de ensino isentando-as da reflexão e da construção de um espaço voltado para o engajamento político e social.

A escola não se transformou. Que instituição é essa que todo mundo quer sair correndo dela? A escola precisa ser transformada para ser mais alegre. Conhecimento não é antítese da alegria. É possível aprender e sair feliz desse dia de aprendizado. Hoje, qualquer escola que você passe, a tendência é ouvir gritos. E é grito de adulto com criança. É porque não existem novas estratégias pedagógicas que estejam sendo disponibilizadas para esse professor. E do outro lado, as estratégias diagnósticas estão sendo disponibilizadas.

Caminhar em parceria, buscando o diálogo com o professor, já que é ele quem passa mais tempo com as nossas crianças, do que às vezes suas famílias, é o melhor caminho para proporcionar às nossas crianças, que possuem necessidades diferenciadas de aprendizagem, uma educação de qualidade, onde eles possam crescer em sabedoria e autonomia.

REFERENCIAS

ABREU, M. H. R. M. **Medicalização da vida escolar**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

ABDA - **Associação Brasileira do Déficit de Atenção**. Disponível em <http://www.tdah.org.br/>. Acesso em 24 de setembro de 2015.

CALIMAN, L. Notas sobre a história oficial do transtorno do Déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e profissão**. v. 30 n. 1 p.46-61 Brasília,2010.

COLLARES, C. A. L. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. Série Idéias n. 6. São Paulo: FDE, 1992.

COLLARES C.A.L, Moysés M.A.A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. **Fundação para o Desenvolvimento da Educação**; São Paulo. 1994. p. 25-31.

CAMPOS, L. M. L. A rotulação de alunos como portadores de "distúrbios ou dificuldades de aprendizagem": Uma questão a ser refletida. **Série Ideias**, 28, 125-140.1997.

FREUD, J.K. **Sobre O TDAH**: Transtorno ou invenção? Traduzido por Milagros Varguez Ramírez. *Ciência e Cultura*. 2014, v.6, n.1, p. 54-57.

Guarido, R.L. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado em Educação). Orientação Rinaldo Voltolini. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008

MOYSÉS, M. A. A. Fracasso escolar, uma questão medica? **Cadernos Cedes**, Campinas, São Paulo. n. 15, p. 7-16. 1985.

PATTO, M H S. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.

_____. Fracasso escolar como objeto de estudo: anotações sobre as características de um discurso. **Cadernos de Pesquisa**, 65, 72-77. 1988

ROHDE, L. A. P.; BENCZIK, E. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: o que é? Como ajuda? Porto Alegre: Artmed, 1999.

REIS, G.V.; SANTANA, M. S. R. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA)**: doença ou apenas rótulo?. In: V SCIENCULT - Simpósio Científico Cultural, 2009, Paranaíba/MS, 2009.

SOLANTO, M.V.; ARNSTEN, A.F.T.; CASTELLANOS, F.X. **Stimulant drugs and ADHD: Basic and Clinical Neuroscience**. Traduzido por Paulo Cury. New York: Oxford University Press. 2001.

WELCH, G; SCHWARTZ, L; WOLOSHIN, S. **O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos**. Jornal do Cremesp, p. 12, fev. (texto publicado no The New York Times, em 02/01/2007; tradução de Daniel de Menezes Pereira), 2008