



Estudos e Pesquisas em Psicologia

E-ISSN: 1808-4281

revispsi@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Vizotto, Luana Paula; de Andrade Ferrazz, Daniele
Educação medicalizada: Estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de
saúde
Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 16, núm. 3, 2016, pp. 1013-1032
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451854875019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Educação medicalizada: Estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de saúde

Medicalized education: Study on the diagnosis of ADHD in a health device

Medicalizado Educación: estudio sobre el diagnóstico del TDAH en un dispositivo de salud

Luana Paula Vizotto*

Faculdades Integradas de Ourinhos, Ourinhos, São Paulo, Brasil

Daniele de Andrade Ferrazza**

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo pesquisar, a partir da análise de prontuários de crianças e adolescentes de um serviço de saúde mental, as principais características daquela população com queixas relacionadas às dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento escolar, com especial atenção aos aspectos relacionados à classificação diagnóstica: ao encaminhamento escolar, ao gênero e à faixa etária. A pesquisa foi realizada em um dispositivo de saúde de uma cidade no interior paulista, onde foi selecionada uma amostra aleatória de 121 prontuários de crianças e adolescentes, na faixa etária entre seis e 15 anos de idade, do gênero feminino e masculino. Os dados mostram que a maioria das crianças encaminhadas ao serviço, cerca de 80%, foi diagnosticada com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A maioria daquela população, 88%, está na faixa etária entre seis e 10 anos de idade e 90% são do sexo masculino. Conclui-se que a determinação dos diagnósticos de TDAH está vinculada a uma medicina higienista que, atualmente, sob os discursos biológicos e neuroquímicos relacionados ao dispositivo da medicalização, pretende solucionar alguns dos conflitos existentes nos espaços educacionais e descarta qualquer compreensão sobre a diversidade e pluralidade da existência humana.

Palavras-chave: medicalização, infância, transtorno, hiperatividade.

ABSTRACT

The present work had as objective to research, from the analysis in medical files of children and adolescents in the mental health service, the main characteristics that population with complaints related with learning difficulties and behaviors problems at school, with special attention to aspects related the diagnostic classification: school forwarding, sex and age group. This research was realized in the health service in a city in the countryside of São Paulo, where were selected a random sample of the 121 medical files, in the age group between 6 to 15 years old, of female and

male sex. The information shown that most of forwarding to the service, about 80%, have been diagnosed with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD). The most of that population, 88%, were in the age group between 6 to 10 years old and 90% are male sex. It concludes that this diagnosis determination is linked to hygienist medicine that, currently, through biological and neurochemical speeches related to the medicalization device, intended to address some of the conflicts in educational spaces and discards any understanding of the diversity and plurality of human existence.

Keywords: medicalization, childhood, disorder, hyperactivity.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo era investigar, con base en el análisis de registros de lista medica de niños y adolescentes de un servicio de salud mental, las principales características de esa población con quejas relacionadas a las dificultades de aprendizaje y problemas de comportamiento escolar, prestando atención especial a los aspectos relacionados a la clasificación diagnóstica: a la orientación escolar, al género y al grupo etario. La investigación fue realizada en un dispositivo de salud de una ciudad en el interior del estado de São Paulo, donde se seleccionó una muestra aleatoria de 121 registros de lista medica de niños y adolescentes, en el grupo etario entre 6 y 15 años de edad, de género femenino y masculino. Los datos muestran que la mayoría de los niños referidos a este trabajo, aproximadamente 80%, fue diagnosticada con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La mayoría de ellos, 88%, está en el rango de edad entre los 6 a los 10 años, y el 90% son de sexo masculino. Se concluyó que la determinación de los diagnósticos de TDAH está vinculada a una medicina higienista que actualmente, bajo los discursos biológicos y neuroquímicos relacionados al dispositivo de medicalización, pretende solucionar algunos conflictos existentes en los espacios educativos y rechaza cualquier comprensión sobre la diversidad y pluralidad de la existencia humana.

Palavras chave: medicalización, infancia, trastorno, hiperactividad.

1 Introdução

Na atualidade, percebe-se como prática frequente no âmbito educacional o recorrer às explicações médicas sobre questões que atingem crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem e comportamentos considerados inadequados, em um processo denominado de medicalização da educação (Meira, 2012). Dessa forma, os processos de medicalização e psicopatologização podem ser compreendidos como estratégias que transformam inúmeras questões políticas, econômicas, sociais, culturais e existenciais em aspectos da ordem exclusivamente médica (Brzozowski & Caponi, 2012).

Em conjunto com as práticas pedagógicas, as estratégias medicalizantes são heranças e reprodução dos discursos higienistas que desde princípios do século XX estiveram presentes nos espaços escolares com objetivos de moldar sujeitos em conformidade às

exigências e necessidades sociais. A instituição escolar moderna constituída como uma máquina de gerenciamento e administração de corpos desajustados, além de produtora de saberes disciplinares que iriam forjar práticas e discursos sobre a infância (Foucault, 1979), também reproduz processos psicopatologizantes que pretendem enquadrar e corrigir gestos, atitudes e comportamentos considerados como inconvenientes e inadequados à sociedade normativa.

Aliada ao processo de ajustamento da infância, a ciência médica, principalmente a psiquiatria, apropria-se da infância e do espaço escolar para produzir rotulações diagnósticas sobre comportamentos considerados indesejáveis, inadequados, de forma a caracterizá-los, então, como doenças biológicas.

Nesse viés, atualmente, vivenciamos os efeitos desse cenário, no qual o espaço educacional moderno se constrói aliado às práticas médicas pautadas em discursos biológicos sobre desequilíbrios neuroquímicos que justificariam a determinação de diagnósticos promovendo estratégias de patologização e medicalização da escola e que constitui “[...] artificialmente, as doenças do não-aprender e as doenças do não-se-comportar [...]” (Collares & Moysés, 2014, p. 60). Uma dessas patologias das dificuldades de aprendizagem e problemas de mau comportamento na escola é conhecida atualmente como “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (TDAH).

Na contemporaneidade, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos diagnósticos mais determinados às crianças e adolescentes e o Metilfenidato, reconhecido pelo nome comercial de Ritalina® e Concerta®, vem sendo o medicamento mais prescrito para o tratamento do suposto transtorno (Bianchi & Faraone, 2015; Itaborahy & Ortega, 2013).

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo estudar, a partir da análise de prontuários de crianças e adolescentes de um serviço de saúde mental, as principais características apresentadas pela população infantil com queixas relacionadas às dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento escolar.

Dentro desse objetivo geral, delimitaram-se os seguintes objetivos específicos: a) examinar as características apresentadas no prontuário de crianças e adolescentes, como queixa inicial, determinação de classificação diagnóstica, gênero e faixa etária, para traçar um perfil da clientela atendida no serviço de saúde; b) identificar a origem dos encaminhamentos escolares determinados às crianças e aos adolescentes, cujos pais procuraram pelo atendimento do serviço de saúde, bem como analisar as demandas de atendimento e tratamento descritas no prontuário infantil.

2 Método

2.1 Considerações éticas

Os procedimentos desta pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras de Assis/UNESP e a metodologia utilizada na investigação empírica acompanha a Resolução CNS 196/96, que define as diretrizes e normas para realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

2.2 Amostra

Foi selecionada uma amostra aleatória de 121 prontuários de crianças e adolescentes, na faixa etária entre seis a 15 anos de idade, tanto do sexo feminino quanto masculino e que se encontravam em atendimento no serviço durante os anos de 2013 e 2014. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março de 2015 a maio de 2015. Naqueles prontuários, foi analisado o perfil daquelas crianças e adolescentes e que incluem informações sobre idade, gênero, queixa inicial, encaminhamento escolar e a classificação diagnóstica.

2.3 Procedimentos e análise dos dados

A pesquisa foi realizada em um dispositivo de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de uma cidade no interior do Estado de São Paulo, que apresenta cerca de 100 mil habitantes (IBGE, 2015). No estudo empírico foram analisados prontuários de crianças e adolescentes matriculados em escolas municipais e estaduais do município e atendidos naquele serviço de saúde com demandas referentes a problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem.

Os dados coletados referentes às queixas iniciais foram categorizados em eixos de análise a fim de estruturar os resultados de forma mais compreensiva e de fácil visualização, confrontando, assim, os resultados com o referencial teórico.

Com o propósito de compreender as instituições escolares que mais demandaram encaminhamentos ao dispositivo de saúde, realizou-se a categorização na qual os respectivos nomes das escolas foram substituídos com o objetivo de preservar a identidade das instituições.

A análise dos dados coletados nos prontuários consistiu em um estudo quanti-qualitativo de cunho exploratório descritivo, em que se calcularam as frequências percentuais relativas e realizaram-se cruzamentos e comparações concernentes aos objetivos. Nessa perspectiva, a pesquisa quantitativa foi complementada pela pesquisa qualitativa com a intenção de interpretar as informações coletadas,

embasando-se na literatura especializada no assunto, proporcionando a compreensão de um panorama sobre os fatores determinantes da rotulação diagnóstica e da prescrição de psicofármacos na infância no determinado município, assim como das intervenções terapêuticas e o efetivo diálogo entre a Rede Pública de Saúde e as instituições educacionais onde se inserem as crianças e os adolescentes diagnosticados e medicados. A utilização do método quanti-qualitativo possibilitou o levantamento e análise de dados, com objetivos de estudar o fenômeno em si, para realizar interpretações e compreender, assim, o seu significado no âmbito social (Paulon, 2005; Turato, 2005).

3 Resultados

3.1 Queixa Inicial

Foram analisadas as queixas iniciais, apresentadas pelos professores e psicopedagogos, referentes às crianças e aos adolescentes que estavam em atendimento no período pesquisado. Todas as descrições de comportamento contidas nos relatórios e nas fichas de prontuários, conforme nossas análises, foram descritas pelos profissionais do serviço pautadas nas descrições diagnósticas do SNAP IV: roteiro diagnóstico proposto para facilitar a identificação do TDAH a partir da publicação, no ano de 1994, do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais - DSM IV (APA, 2002). Dessa forma, optou-se por estruturar as categorias das queixas apresentadas na Tabela 1 a partir do SNAP IV, devido à grande semelhança entre as descrições comportamentais nos relatórios e o questionário diagnóstico de TDAH, o que também nos servirá de analisador.

Tabela 1

Distribuição frequencial das crianças conforme as categorias de queixas iniciais, no período de 2013 a 2014

Categoria das Queixas Iniciais	Frequência
	N
Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.	2
Tem dificuldade de manter a atenção, comportamentos agitados e impulsivos.	31
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.	2
Não segue instruções/comandos e não faz os deveres de escola, tarefas ou obrigações.	8
Tem dificuldade para organizar/terminar tarefas e atividades.	5
Ritmo lento para fazer tarefas, evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.	3
É desorganizado. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).	4
Distrai-se com estímulos externos.	4
Não fica quieto, mexe-se e levanta-se constantemente. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.	17
Apresenta comportamentos inapropriados/inadequados.	6
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades que exija calma.	1
Responde as perguntas de forma precipitada antes. Tem dificuldade de esperar sua vez.	1
Comportamento agressivo.	7
Problemas Emocionais.	3
Não obedece as normas/regras.	3
Não possui interesse pelos conteúdos. Não consegue assimilar conteúdos.	3
Apresenta oscilações de comportamento.	1
Não constam informações	20
Total	121

Conforme ilustrado na Tabela 1, há uma grande diversidade de aspectos apresentados. No entanto, observou-se que a grande maioria das queixas foram categorizadas pela falta de atenção e hiperatividade: "Dificuldade de manter a atenção e comportamentos agitados" e com problemas por "Não ficarem quietos e saírem do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se esperava que ficassem sentados".

3.2 Classificação diagnóstica

A partir da análise dos prontuários, observaram-se as classificações diagnósticas determinadas às crianças e aos adolescentes que estavam em atendimento no período analisado. Os diagnósticos foram pesquisados tanto no relatório escolar, que é encaminhado

pela escola, quanto na ficha de prontuário dos pacientes atendidos no dispositivo da RAPS.

Tabela 2

Distribuição frequencial e percentual das crianças conforme a classificação diagnóstica, no período de 2013 a 2014

Diagnóstico	Frequência	
	N	(%)
TDAH	97	80%
Sem diagnóstico	24	20%
Total	121	100%

A grande maioria das crianças, 80%, foi diagnosticada com TDAH (Tabela 2). No entanto, ressalta-se que dos prontuários analisados, em 20% não foram localizados um diagnóstico psicopatológico, entretanto, pode-se constatar que a inexistência da determinação diagnóstica não impediu a prescrição medicamentosa de psicoestimulantes e outros psicofármacos tão comuns ao tratamento dos denominados transtornos de aprendizagem.

3.3 Perfil da clientela atendida

Nos prontuários analisados examinamos a faixa etária e o gênero das crianças e adolescentes atendidos no momento de entrada no serviço de saúde da RAPS, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3

Distribuição frequencial e percentual das crianças conforme faixa etária e gênero, no período de 2013 a 2014

Faixa etária	Frequência		Gênero	Frequência	
	N	%		N	%
6 a 10 anos	107	88%	Feminino	11	9%
11 a 15 anos	12	10%	Masculino	110	91%
Não consta*	2	2%			
Total	121	100%	Total	121	100%

*Alguns prontuários não constavam as datas de nascimento das crianças e adolescentes.

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram que a maioria das crianças, 88%, iniciam o atendimento no serviço de saúde principalmente na faixa etária de alfabetização, entre seis e 10 anos de idade.

Percebe-se ainda que a grande maioria das crianças encaminhadas pelas escolas e avaliadas no serviço de saúde é do sexo masculino, 91%, enquanto que apenas 9% das crianças que se encontravam em atendimento no período pesquisado são do gênero feminino.

3.4 Sobre as escolas que encaminham crianças ao serviço de saúde

Foram coletados dados sobre as escolas responsáveis pelos encaminhamentos das crianças e adolescentes ao atendimento em saúde. Os dados mostram que três escolas, aqui denominadas de X, Y e Z para preservar a confidencialidade das informações, destacam-se pelo grande número de crianças encaminhadas e diagnosticadas com TDAH. Buscou-se, ainda, categorizar as escolas por Rede de Ensino Municipal ou Estadual. Os dados relevaram que as escolas da Rede Municipal possuem a maior parte, 75%, dos encaminhamentos para o atendimento médico no período pesquisado. E apenas 8% são de origem da Rede Estadual de ensino.

4 Discussão

Conforme mostram os dados sobre as queixas iniciais apresentadas nos prontuários analisados, e aqui expostas a partir das categorias de análise, observa-se uma imensa quantidade de comportamentos considerados inadequados, dos quais se pode observar que são queixas e demandas que foram transformadas em sintomas e agrupadas em quadros considerados como patológicos. É necessário ressaltar que as categorias nas quais foram encaixadas as queixas foram estruturadas em aspectos do roteiro de critérios diagnósticos SNAP IV, construído a partir dos sintomas do DSM-IV (APA, 2002), e utilizado como ferramenta de classificação diagnóstica do suposto transtorno, também, no campo analisado.

O SNAP IV, utilizado como instrumento para identificar problemas de aprendizagem e determinar classificações diagnósticas como o TDAH, abarca essencialmente aspectos relacionados a normas de condutas impostas pelas instituições sociais e educacionais. Dessa forma, contesta-se como argumentos relacionados a comportamentos determinados como padrões por uma sociedade normativa, composta por inúmeras instituições de disciplinamento de corpos (Foucault, 1979), podem ser considerados critérios avaliativos desse transtorno considerado pela psiquiatria biológica como de origem essencialmente

orgânica. Sob essa perspectiva, nota-se que inúmeras crianças e adolescentes, assim como outros públicos, estão vulneráveis a terem comportamentos encaixados em categorias sintomáticas, visto que já são construídas com o propósito de pulverizar categorizações de comportamentos como uma necessidade e concepções da existência de uma patologia enquanto algo da natureza humana (Bezerra, 2014).

De acordo com Rocha e Cavalcanti (2014), as categorias descritivas criadas pelo âmbito psiquiátrico, a fim de propiciar a confiabilidade e objetividade dos diagnósticos, acabam por minimizar a investigação diagnóstica à mera verificação de sinais que implicam na invisibilidade das características subjetivas e pessoais dos sujeitos.

Dessa forma, as queixas apresentadas servem como explicação para o insucesso e a produção da rotulação diagnóstica de vários alunos. Todavia, verificou-se o quanto aquelas argumentações são de níveis subjetivos e também podem ser justificadas por vários fatores sociais, culturais, econômicos, familiares, educacionais e não apenas por argumentos médicos, relacionados a desequilíbrios neuroquímicos, os quais consideram estes comportamentos de origem exclusivamente orgânica (Bianchi & Faraone, 2015).

Indaga-se, ainda, se o encaminhamento daquelas crianças à avaliação psicopedagógica, sujeitas à intervenção médica, será efetivo, uma vez que inúmeras condutas não são passíveis de transformação a partir do tratamento médico e medicamentoso, por exemplo: "Ritmo lento para fazer tarefas, evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado"; "É desorganizado; perde coisas necessárias para atividades (por exemplo: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)". Porém, a psiquiatria propõe soluções para aspectos que fazem parte do modo de subjetivação do sujeito e promete que podem ser alterados por intervenções farmacológicas.

As queixas envolvem concepções que individualizam o problema da não aprendizagem, por estarem centradas exclusivamente no aluno, em um processo que poderá culminar na culpabilização da criança pelo seu suposto fracasso e que ainda poderá se distanciar de qualquer reflexão sobre problemas que envolvem a instituição familiar, educacional e social (Collares & Moysés, 1994).

Compreende-se, então, que a maioria das queixas criadas pela instituição de saúde e de ensino possui como objetivo solucionar por meio da perspectiva médica, comportamentos que causam déficit, mau desempenho do aluno e/ou problemas de comportamento que possam interferir sobre os demais que compartilham o mesmo espaço em sala de aula. De acordo com Boarini e Borges (1998), recorrer aos serviços de saúde para solucionar problemas educacionais apenas comprova a ineficácia das tecnologias educacionais e pedagógicas e reforça o processo de medicalização da educação, visto que essas

queixas nunca são resolvidas e sempre retornam com novas roupagens à instituição escolar e/ou médica. Por consequência, há uma limitação em se pensar e produzir alternativas educacionais e pedagógicas e, assim, permanecem na superficialidade dos problemas institucionais e na produção de uma queixa escolar inexistente, na maioria das vezes (Leal & Souza, 2014).

Conforme constatado em nossos dados, a maioria das crianças e adolescentes encaminhados ao dispositivo de saúde (88%) estão na faixa etária entre seis a 10 anos de idade, considerado em período de alfabetização. De acordo com Brzozowski (2009), os comportamentos de agitação e falta de atenção passam a incomodar mais no período escolar, pois geralmente em âmbito familiar aqueles aspectos ficam despercebidos até o ingresso na escola quando passam a ser considerados desagradáveis ao professor e a instituição educacional que claramente foi originada em moldes disciplinares.

Em pesquisas realizadas por Luengo (2010) há um retrato dos processos de medicalização de crianças ainda na educação infantil e ensino fundamental, o que chama a atenção o fato de que cada vez mais cedo são direcionados olhares patologizantes às crianças, mesmo em momentos iniciais do processo educacional.

Observa-se que poucas são as crianças em atendimento a partir dos 11 anos de idade, apenas 8%. Dados que podem representar que, ao entrar no período de adolescência, ou aquela criança já se apresenta disciplinada ou o comportamento, antes considerado problema, já não incomodaria tanto em âmbitos educacionais. Nessa configuração, considera-se importante destacar o aspecto relativo à desistência de investimentos da instituição escolar em relação ao aluno adolescente. No período da infância, acredita-se que é possível prevenir e moldar condutas “desviantes”, porém ao chegar à adolescência com determinadas atitudes, se produz a noção de predestinação ao fracasso ou à criminalidade, como se não coubesse à escola qualquer intervenção (Patto, 1997).

Outro analisador importante das questões relacionadas ao baixo número de adolescentes encaminhados e em atendimento no serviço de saúde mental pode estar relacionado ao abandono escolar. Após inúmeras opressões sofridas pelos alunos por parte da instituição escolar, através do estigma, da determinação de rótulos e da desvalorização sobre a mudança de seu comportamento, ocorre o abandono escolar. A escola, em determinados momentos, favorece essa fuga por se posicionar como um espaço que se demonstra desfavorável a indivíduos que não se ajustam. Diante disso, a instituição escolar produz no indivíduo expectativas relacionadas ao seu próprio desempenho e pode, assim, veicular a percepção de incompetência e incapacidade (Swartz, 1997). Os alunos então se sentem “[...] incompatíveis com a sociedade da qual eles são produtos” e são atingidos pela exclusão desta configuração

institucional que marginaliza os que não se encaixam (Coimbra, 2001, p. 146).

Das crianças em atendimento no serviço de saúde pesquisado, 90% são do sexo masculino. Dados que mostram que as crianças do gênero masculino estão mais sujeitas a receber diagnóstico e prescrição de medicamentos psicofarmacológicos na infância. Para Santos e Leonardo (2014), esse fato ocorre em função dos meninos supostamente “criarem mais confusão” e incomodar mais as aulas, gerando alta solicitação da avaliação médica pelos professores. A propósito, o Manual de Diagnósticos Psiquiátricos DSM - IV (APA, 2002) e DSM - V (APA, 2014) apresentam que, dentre as principais características do TDAH, existiria uma maior predominância daqueles sintomas e diagnóstico no gênero masculino. A psiquiatria, conforme consta no DSM, considera que no sexo feminino o transtorno apresenta-se em menor abrangência, com sintomas referentes à desatenção e que haveria a predominância do tipo de TDAH sem hiperatividade, uma diferença considerada determinada por características essencialmente do corpo orgânico das meninas. Todavia, os dados da pesquisa, em concordância com a literatura especializada (Boarini & Borges, 1998; Collares & Moysés, 1996), mostram que as crianças do sexo feminino não importunam tanto a sala de aula com seus supostos sintomas quanto os alunos do gênero masculino.

Tem-se ainda como hipótese que esses dados evidenciam a concepção e exigência cultural que a sociedade possui em relação às idealizações de gênero, em especial o masculino, ao demandar que se constituam como homens fortes, agressivos e/ou violentos, o que poderá levar a constituição de maiores confusões e problemas nos espaços escolares e, conseqüentemente, poderá interferir no processo de ensino-aprendizagem dos meninos (Boarini & Borges, 1998). Assim, compreende-se que a psiquiatria utiliza determinados argumentos, fundamentados em estruturas cerebrais e desequilíbrios neuroquímicos relacionados ao gênero, como estratégia de justificar a determinação do diagnóstico, principalmente entre meninos.

É necessário ressaltar que o adolescente/criança do gênero masculino, especialmente de classes populares, representa à sociedade risco e insegurança, e prendê-lo na rede medicalizante torna-se uma possibilidade de intervenção nas condutas sociais futuras. Dessa forma, pode-se considerar a existência de uma relação entre gênero, raça e classe social que influenciam na determinação diagnóstica, uma alternativa de promoção de suposta segurança ao categorizar condutas como sintomas (Cunha, 2014).

Nesse sentido, compreende-se o quanto as heranças higienistas se mantêm ativas no cenário atual com a finalidade de reprimir condutas que fogem ao controle, principalmente das classes populares que inferem a concepção de marginalidade. Assim, os dispositivos de

patologização e medicalização possuem embutidos em suas concepções biológicas a necessidade de investir na prevenção do perigo e da marginalidade, baseando-se em punições morais que asfixiam condutas e modos de ser (Medeiros & Lemos, 2011).

Nessa conjuntura, a escola desempenha a função de “aparelho ideológico” e o processo psicopatologizante é propositadamente realizado com a desculpa de proteção ao estudante, mas acaba “amarrando irremediavelmente o indivíduo a uma posição desfavorável” (Soares, 1997, p. 54). Esses aspectos revelam que a adoção da perspectiva medicalizante é um artifício para camuflar e encobrir “[...] as arbitrariedades, os estereótipos e preconceitos de que as crianças das classes populares são vítimas no processo educacional social” (Souza, 1997, p. 31). Ou seja, a sociedade busca alternativas de encobrir o cenário preconceituoso e desigual que há no âmbito social e o processo de medicalização é um dos dispositivos nos quais a escola mais se ampara atualmente para cumprir este papel.

Deve-se destacar também que determinadas escolas, entre as que mais realizam encaminhamentos, situam-se em bairros considerados pobres e localizados em regiões de periferia do município. A escola X localiza-se no centro, porém devido à proximidade à Rodovia e ao Terminal Rodoviário está localizada em um espaço desfavorecido, em especial no período da noite, onde a região é marcada pela presença de prostituição, tráfico de drogas e a permanência de moradores de rua. As demais escolas (Y e Z) estão localizadas na periferia do município, em lugares de exclusão e pobreza, nos quais não são percebidos investimentos relacionados à infraestrutura social e cultural, como a construção de espaços de lazer, de creches ou de serviços de saúde e assistência social.

Entretanto, as dificuldades escolares e comportamentais apresentadas por crianças de classes populares baixas não são percebidas como problemas de ordem social, política e econômica, mas são traduzidas exclusivamente como aspectos da ordem individual. Um processo que transforma “desigualdades produzidas socialmente em problemas individuais e familiares” e as dificuldades escolares passam a ser concebidas como complicações intelectuais da ordem biológica que as impedem de acompanhar as exigências da escola que, na realidade, são reflexos da sociedade como um todo (Leonardo, Leal & Franco, 2014, p. 7). Dessa forma, os saberes pedagógicos, psicopedagógicos e médicos ao criarem queixas, sintomas e rótulos diagnósticos à infância também podem disseminar discursos e práticas que reproduzem a discriminação e o preconceito, conforme aponta Collares e Moysés:

Crianças não aprendem porque são pobres, porque são negras, porque são nordestinas, ou provenientes de zona rural; são

imaturas, são preguiçosas; não aprendem porque seus pais são analfabetos, são alcoólatras, as mães trabalham fora, não ensinam os filhos [...] (1996, p. 26).

Além disso, ao conceber os problemas escolares como uma dificuldade individual de crianças e adolescentes se mascaram a percepção das desigualdades sociais, ou seja, se constrói um artifício como “[...] forma de amenizar as desvantagens que se prendem à origem social” (Soares, 1997, p. 58). Tais concepções relacionam-se ainda a resquícios do caráter higienista que se manifestam ao buscar excluir e adequar por meio de novas estratégias, como a medicalização, àqueles que são considerados fora dos padrões normativos (Foucault, 1979).

É relevante ressaltar que a maior parte das escolas, 75%, que realizaram os encaminhamentos são da Rede Municipal de Ensino e possuem a figura do psicopedagogo em cada unidade, enquanto que nas escolas da Rede Estadual não há psicopedagogos e os encaminhamentos são realizados pela coordenação da instituição. O psicopedagogo, no cenário apresentado, é quem realiza o prévio diagnóstico, inicialmente transforma problemas e demandas em sintomas e conseqüentemente em diagnóstico que o levará a determinar o encaminhamento ao médico. Ao deparar-se com a atuação do psicopedagogo, no qual realiza uma junção entre a Pedagogia e a Psicologia, compreende-se a visão reducionista em relação à Psicologia a que este profissional se embasa, uma vez que utiliza deste saber tão somente como estratégia de determinar classificações diagnósticas e não proporciona espaço para refletir sobre possibilidades de enfrentamentos para as inúmeras problemáticas educacionais possivelmente existentes naquelas instituições (Leal & Souza, 2014).

Dessa forma, há uma concepção da Psicologia voltada à educação enquanto uma preocupação apenas com as diferenças individuais e com o enquadramento e disciplinamento daquelas crianças e adolescentes a uma norma pré-estabelecida (Swartz, 1997, p. 54). Percebe-se, assim, o quanto a figura do psicopedagogo naquele município tem desempenhado um papel participante no processo de medicalização do âmbito educacional.

Os dados mostram ainda que a maioria em atendimento no período analisado, 80% das crianças e adolescentes, receberam o diagnóstico de TDAH. Índices que podem chegar a totalidade (100%) se considerarmos os 20% de casos de crianças que, a despeito da inexistência da anotação diagnóstica no prontuário, foram submetidas à prescrição de psicoestimulantes e outros psicofármacos comumente utilizados para o tratamento dos transtornos de aprendizagem. O altíssimo número de crianças diagnosticadas com TDAH naquele serviço de saúde é corroborado por pesquisas nacionais e

internacionais que destacam a proliferação daquele diagnóstico nos espaços escolares (Bianchi & Faraone, 2015; Brasil, 2014; Brzozowski & Caponi, 2012).

Deve ser evidenciado que o diagnóstico de TDAH “é eminentemente clínico e, na maioria das vezes, feito com pouco rigor científico e de maneira muito rápida, geralmente com base em critérios formatados, tendo como parâmetro o DSM-IV.” (Santos & Leonardo, 2014, p. 139). Nessa lógica, muitas crianças são rotuladas por classificações diagnósticas de forma abusiva sem comprometimento ou preocupação alguma com os aspectos prejudiciais que vêm abarcados com a determinação diagnóstica.

Outra perspectiva de análise refere-se ao diagnóstico desempenhar uma função de “[...] justificativa para o não aprender e, dessa forma, também o seu fim” (Silveira, Ribeiro & Leonardo, 2014, p. 72), uma vez feito o diagnóstico, a verdadeira origem da queixa, do sofrimento ou do mal-estar deixa de ser investigada, pois a responsabilidade encontra-se centrada no próprio sujeito. Os diagnósticos acabam, assim, por acarretar na desistência da investigação e compreensão sobre a experiência da criança, visto que muitas vezes há uma espécie de conforto relacionado ao recebimento do diagnóstico (Rocha & Cavalcanti, 2014). Como se a partir do laudo diagnóstico fosse encontrada a origem dos problemas e a transferência da culpa em relação ao problema. Quando se adota o rótulo, geralmente, aqueles que estão ao redor da criança se esquecem dos aspectos pessoais que a envolvem e essa passa a não ser mais compreendida por suas características singulares. Dessa forma, “as atitudes das pessoas ao seu redor se modificam em função do diagnóstico e das características consideradas como devidas à doença. Essa mudança afeta a criança com TDAH, fazendo com que ela mesma se veja de uma forma diferente”. (Brzozowski, Brzozowski & Caponi, 2010, p. 901).

Ao realizar a determinação do diagnóstico de TDAH se desconsideram as influências e interferências que a classificação terá na forma de subjetivação daquela criança e adolescente, e se despreza como tal processo implicará na maneira como a criança interpreta e percebe a si mesmo. Conforme Banzato e Pereira:

[...] uma vez confirmado o diagnóstico pelo médico, o sujeito passa absorvê-lo como parte de sua própria identidade e o utiliza como ponto de referência para redescrever sua experiência subjetiva e história de vida prévia, assim como para pautar sua vida futura (2014, p. 49).

Nessa perspectiva, Ortega (2008) irá considerar como bioidentidades a maneira na qual esses diagnósticos são abraçados e buscados como alternativa de referência de identidade na contemporaneidade. Dessa

forma, indubitavelmente aqueles diagnósticos impostos na infância ocasionam reflexos no modo de subjetivação da criança que se encontra em período de construção identitária. Para Rocha e Cavalcanti (2014, p. 251): “[...] um processo de subjetivação pode ser capturado, aprisionado e modelado por descrições e narrativas psicopatológicas reducionistas que podem selar um destino precocemente”. Nesse caso, especificamente, deve-se considerar que os sujeitos são crianças e que estão carregando o diagnóstico como uma determinação ao longo da vida. Percebe-se que uma vez a criança inserida nesse diagnóstico, dificilmente conseguirá se desvencilhar do rótulo.

Além disso, ao impor a etiqueta de TDAH à criança, aquele rótulo passa a descrever seus conteúdos e, em consequência, esta responderá às expectativas atribuídas à descrição de sua patologia. Tal condição surge em decorrência ao processo de psicopatologização e seus efeitos, que estigmatizam e reduzem o sujeito a limites da descrição diagnóstica da doença.

Considera-se ainda que a infância vem se configurando por outros moldes, como um efeito da sociedade contemporânea e dos novos arranjos familiares. Nesse sentido, também, as influências do universo atual pautado nas tecnologias, informação e imediatismo produzem padrões subjetivos o qual a escola, uma instituição tradicional e disciplinar, não consegue abarcar em seu método conservador. Aquela instituição necessita reinventar seu método de trabalho, desviar-se do caráter disciplinar e das estratégias de biocontrole que acabam por cair na excessiva recorrência aos diagnósticos medicalizantes, por não compreender aquelas crianças como produto da configuração social atual, mas como “desvio da regra” (Rocha & Cavalcanti, 2014, p. 251). Essa nova infância e adolescência necessitam de espaço para constituir-se enquanto sujeito social, já que o meio disciplinar conduz a um tamponamento das singularidades ao basear-se em um constante produtivismo e consumismo, no qual aspectos superficiais e artificiais passam a representar o sujeito (Salles, 2005; Salles & Silva, 2008; Costa-Rosa, 2013).

5 Considerações finais

A partir do cenário apresentado, compreende-se que a educação tem se amparado no uso de laudos e diagnósticos psiquiátricos como tentativa de enfrentar as diversidades subjetivas que compõem o interior da sala de aula e utiliza-se de argumentos medicalizantes como subsídios para compreensão e justificativa das problemáticas do atual processo educacional no país.

É necessário ressaltar que o elevado número de diagnósticos de TDAH revelados pela presente pesquisa pode estar relacionado às práticas e discursos de uma psiquiatria que percebe nas condutas da infância, principalmente da população pobre, indícios de perigo. E ao diagnosticá-las e medicá-las disseminam formas de gerenciamento e controle do risco, da violência, da criminalidade (Medeiros & Lemos, 2011; Caliman, 2002). Além disso, as relações que se estabelece entre o gênero masculino e a origem social podem ser consideradas força motriz para rotulações diagnósticas no caso do TDAH. Assim, para conseguir capturar e administrar a inconveniência da miséria e o risco da pobreza transforma-se gestos, atitudes e comportamentos em sintomas de uma doença supostamente originária da ordem biológica e orgânica e aceitável no âmbito médico psiquiátrico (Foucault, 2006).

Nesse sentido, os processos de psicopatologização e medicalização da infância compartilham heranças de uma medicina higienista de princípios do século XX e que se apresentam atualmente por meio de novas tecnologias disciplinares de controle biopolítico (Foucault, 1979) que disseminam rotulações diagnósticas, pautadas em discursos biológicos e neuroquímicos, que capturam infâncias com objetivos de neutralizar supostos perigos e produzir sujeitos padronizados e subjetividades moduladas.

Conclui-se que, atualmente, deve-se fomentar cada vez mais a participação de atores nos diferentes âmbitos da saúde e da educação que instiguem a problematização da expansão de diagnósticos de TDAH e do aumento da venda de medicações psicofarmacológicas na infância, o que poderá oportunizar espaços e estratégias para a criação de novas tecnologias pedagógicas de intervenção que não reduzam o sujeito a um simples rótulo diagnóstico.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, (DSM - V), (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, (DSM - IV) (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Banzato, C. E. M., & Pereira, M. E. C. (2014). O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In Zorzanelli, R., Bezerra Jr, B., & Costa, J. F. (Orgs.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. (pp. 35-53). Rio de Janeiro: Garamond.
- Bezerra Jr., B. (2014). A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr, & J. F. Costa (Orgs.), *A criação*

- de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 9-31). Rio de Janeiro: Garamond.
- Bianchi, E., & Faraone, S. (2015). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H). Tecnologías, actores sociales e industria farmacêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 75-98.
- Boarini, M. L., & Borges, R. F. (1998). Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 83-108.
- Brasil. Anvisa. (2014). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Boletim brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde (BRATS)*, Ano VIII, 23. Recuperado em 18 de abril de 2015, de <http://portal.anvisa.gov.br>
- Brzozowski, F., & Caponi, S. C. (2012). Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 941-96.
- Brzozowski, F. S., Brzozowski, J. A., & Caponi, S. (2010). Classificações interativas: o caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade infantil. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, São Paulo, 14(35), 891-904.
- Brzozowski, F. S. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: medicalização, classificação e controle dos desvios*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Caliman, L. V. (2002). *Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do Biopoder em Foucault*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Coimbra, C. M. B. (2001). Psicologia, direitos humanos e neoliberalismo. *Psicologia e Política*, São Paulo, 1(1), 139-148.
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (2014). Mais de um século de patologização da educação. *Fórum: diálogos em psicologia*, Ourinhos, SP, 1(1), 50-64.
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (1996). *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, Unicamp.
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (1994). *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico* (A Patologização da Educação). Série Ideias: FDE, São Paulo.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp.
- Cunha, A. C. M. (2014). *Da crise normal ao risco: produções da adolescência nos cenários da saúde mental no Brasil*.

- Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Informações Completas*. Recuperado em 20 de março de 2015, de <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=353470>
- Itaborahy, C., & Ortega F. (2013). O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(3), 803-816.
- Leal, Z. F. R. G., & Souza, M. P. R. (2014). O processo de escolarização e a produção da queixa escolar: uma relação antiga, um problema atual. In N. S. T. Leonardo, Z. F. R. G. Leal, & A. F. Franco (Orgs.), *O processo de escolarização e a produção da queixa escolar* (pp. 19-40). Maringá: Eduem.
- Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: A postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Medeiros, L. G., & Lemos, F. C. S. (2011). A produção da circulação de crianças: entre capturas e normadismos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 11(3), 933-947.
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, 16(1), 135-142.
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Patto, M. H. S. (1997). O sistema escolar brasileiro: notas sobre a visão oficial. In M. H. S. Patto, (Org.), *Introdução à psicologia escolar*. (3a ed.) (pp.15-23). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia e Sociedade*, 17(3), 18-25.
- Rocha, A. M., & Cavalcanti, A. E. (2014). Riscos do uso diagnóstico na infância. In R. Zorzanelli, B. Bezerra Jr, & J. F. Costa (Orgs.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea* (pp. 9-31). Rio de Janeiro: Garamond.
- Salles, L. M. F., & Silva, J. M. A. P. (2008). Diferenças, preconceitos e violência no âmbito escolar: algumas reflexões. *Cadernos de Educação*, Pelotas, 30, 149-166.
- Salles, L. M. F. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 22 (1), 33-41.
- Santos, R. M. G. M., & Leonardo, N. S. T. (2014). O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na perspectiva de

- psicólogos que atuam no contexto escolar. In N. S. T. Leonardo, Z. F. R. G. Leal, & A. F. Franco (Orgs.), *O processo de escolarização e a produção da queixa escolar* (pp. 111-149). Maringá: Eduem.
- Silveira, J. M., Ribeiro, M. J. L., & Leonardo, N. S. T. (2014). Queixas escolares: analisando as práticas institucionais de encaminhamento. In N. S. T. Leonardo, Z. F. R. G. Leal, & A. F. Franco (Orgs.), *O processo de escolarização e a produção da queixa escolar* (pp. 61-78). Maringá: Eduem.
- Soares, M. B. (1997). A avaliação educacional e clientela escolar. In M. H. S. Patto (Org.), *Introdução à psicologia escolar*. (3a ed.) (pp. 51-59). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, M. P. R. (2013). *Com que régua medimos nossas crianças?* Blog do Educador: mídia autônoma e independente. Recuperado em 08 de julho de 2015, de <http://portaldoeducador.org/com-que-regua-medimos-nossas-criancas>
- Souza, M. P. R. (1997). A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In A. M. Machado, & M. P. R. Souza (Orgs.), *Psicologia escolar: em busca de novos rumos*. (pp.17-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Swartz, D. (1997). Pierre Bourdieu: a transmissão cultural da desigualdade social. In M. H. S. Patto (Org.), *Introdução à psicologia escolar*. (3a ed.) (pp. 34-49). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

Endereço para correspondência

Luana Paula Vizotto

Faculdades Integradas de Ourinhos

Rodovia BR-153, Km 338, s/n, Água do Cateto, CEP 19909-100, Ourinhos – SP, Brasil

Endereço eletrônico: luana_vizotto@hotmail.com

Daniele de Andrade Ferrazza

Universidade Estadual de Maringá

Av. Colombo, 5.790, Campus Universitário, CEP 87020-900, Maringá – PR, Brasil

Endereço eletrônico: danieleferrazza@yahoo.com.br

Recebido em: 07/01/2016

Aceito para publicação em: 18/09/2016

Notas

* Graduada em Letras - Universidade Estadual do Norte do Paraná/2010, graduada em Psicologia – Faculdades Integradas de Ourinhos/2015, bolsista de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP),

processo °15/03517-0, Especialização em Saúde Mental - Universidade Estadual de Londrina/2016-2017.

** Professora de Psicologia Social do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), doutora e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Letras, Unesp/Campus de Assis-SP.