

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES

CURSO DE PEDAGOGIA

**MEDICALIZAÇÃO INFANTIL: UMA EPIDEMIA CONTEMPORÂNEA?**

Magali Leticia Dentee

Lajeado, novembro de 2015

Magali Leticia Dentee

## **MEDICALIZAÇÃO INFANTIL: UMA EPIDEMIA CONTEMPORÂNEA?**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Pedagogia, do Centro Universitário UNIVATES, como parte da exigência para a obtenção do título de Licenciada em Pedagogia.

Orientadora: Profa. Dra. Mariane I. Ohlweiler

Lajeado, novembro de 2015

Magali Leticia Dentee

## **MEDICALIZAÇÃO INFANTIL: UMA EPIDEMIA CONTEMPORÂNEA?**

A Banca examinadora abaixo aprova a Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, no curso de Pedagogia, do Centro Universitário UNIVATES, como parte da exigência para a obtenção do grau de Licenciada em Pedagogia.

Profa. Dra. Mariane I. Ohlweiler – orientadora  
Centro Universitário UNIVATES

Profa. Ma. Cláudia Inês Horn  
Centro Universitário UNIVATES

Lajeado, novembro de 2015

## **AGRADECIMENTO**

As lágrimas já começam a escorrer pelo meu rosto, mas não ofuscam o meu sorriso; sentimentos inexplicáveis que as palavras não conseguem traduzir; algo que me desarma. Os medos foram superados; as noites não foram perdidas, apenas me utilizei do seu silêncio para me debruçar sobre os livros, buscar compreender teorias e conceitos desconhecidos, pensar o já pensado, duvidar do correto.

E, por isso, eu só tenho a agradecer, primeiramente a Deus, por me possibilitar estes anos de estudo, de descobertas e de superações, por me fazer acreditar em mim e nos meus ideais, por me fortalecer a cada obstáculo, por me reerguer a cada queda.

Agradeço aos meus pais, que sempre se dispuseram a me ajudar, dando-me apoio e me encorajando a cada obstáculo. Agradeço por serem minha base, meu porto seguro, por estenderem as mãos sempre, absolutamente sempre, e por nunca, em momento algum, duvidarem de mim, e por me ensinarem valores.

Agradeço ao meu namorado, que me aquietou e me acomodou em seus braços quando a angústia chegava sem ser convidada; obrigada por fazer parte dos meus dias.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Mariane Ohlweiler, que não mediu esforços durante este ano. Agradeço-lhe a sua dedicação e compreensão e, acima de tudo, a sua espontaneidade a cada orientação para me mostrar o quão capaz eu era/sou. Só tenho a agradecer por sua espiritualidade e simplicidade. Para

mim, você é um exemplo, uma pessoa extremamente inteligente, que iluminou o meu caminho nesta jornada.

Agradeço à professora Cláudia, que aceitou ser minha avaliadora e dedicou seu precioso tempo ao meu trabalho. Obrigada pelos ensinamentos e pelos momentos que me proporcionou no decorrer do curso.

Agradeço, infinitamente, cada segundo de estudos; é um sonho se tornando realidade. As pernas já estão tremendo; um frio na barriga surge e as lágrimas insistem em correr pelo meu rosto.

Agradeço a Deus por esta oportunidade, por me presentear com estes momentos. Serei eternamente agradecida a todos que me acompanharam neste momento que julgo ser um dos mais importantes por mim vividos.

## RESUMO

Medicalizar crianças para que elas se comportem de forma disciplinada em espaços escolares se tornou algo comum. A busca por diagnósticos que possam “justificar” as dificuldades de aprendizagem, concentração, conduta e relacionamento parece sinalizar uma tentativa de desculpabilização das escolas em relação ao fracasso escolar de alguns alunos que não alcançam os resultados esperados. Neste trabalho, busca-se compreender os comportamentos que a sociedade julga como anormais e o movimento de patologização deles. O Brasil encontra-se, atualmente, em segundo lugar na venda de remédios psicoestimulantes, usados para controlar e atenuar os comportamentos considerados inadequados para o ambiente escolar. Diante de dados como esses, delimitou-se o problema desta pesquisa: existe necessidade de crianças fazerem uso de medicamentos para sanar comportamentos considerados inadequados? O objetivo central é analisar a influência desses medicamentos na vida das crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e investigar como elas se sentem diante dos outros. Este estudo constituiu-se de uma abordagem qualitativa realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com cinco crianças e um adulto (mãe de uma das crianças). A análise do material obtido permitiu constatar a busca pela homogeneização dos sujeitos que se encontram no espaço escolar, assim como controvérsias sobre a necessidade do uso do medicamento, bem como sobre a realização do diagnóstico, por parte de profissionais da área da saúde e da educação.

**Palavras-chave:** Medicalização infantil. Transtorno de Déficit de Atenção. Hiperatividade. Governamentalidade. Diagnóstico.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 MODO DE FAZER .....</b>	<b>10</b>
2.1 Minhas percepções .....	13
<b>3 TRANTORNOS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE OU GOVERNAMENTO DE INFÂNCIAS?.....</b>	<b>17</b>
<b>4 GOVERNAMENTALIDADE: A BUSCA PELA DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS.....</b>	<b>23</b>
<b>5 NORMAL OU ANORMAL: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>30</b>
<b>6 EDUCAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO .....</b>	<b>36</b>
6.1 “Eu arrumo tudinho... mas a minha gata” .....	43
6.2 indisciplina ou carência de atenção? .....	44
6.3 Incompreensão materna: criança medicalizada .....	46
6.4 Idealização comportamental: super proteção maternal.....	50
<b>7 QUESTIONANDO O DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>55</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>
ANEXO A – Termo de consentimento informado para o diretor da escola.....	68
ANEXO B – Termo de consentimento informado para os responsáveis pelas crianças.....	69
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>
APÊNDICE A – Entrevista para a criança medicalizada.....	71
APÊNDICE B – Entrevista para criança não medicalizada .....	72
APÊNDICE C – Entrevista para mãe de uma criança medicalizada .....	73

## 1 INTRODUÇÃO

Entre cenas e práticas, a minha infância se constituiu. Uma menina pequena, magra e com poucos fios de cabelo. A vida foi passando, os afazeres começaram a surgir: organizar a casa, lavar as roupas, ir ao mercado da esquina, deixando lembranças de uma infância.

Sonhos: uma boneca diferente ou uma roupa da “moda” para uma menina que reconhecia o sacrifício de um pai assalariado e de uma mãe dona de casa que vivia em função de seus filhos. Qualquer coisa que ganhasse era de agradecer. Mas essa menina foi crescendo, aprendendo valores e reconhecendo alguns esforços necessários. A menina virou mulher, com garra e sonhos quase irrealizáveis, trazendo consigo escudos e armas, com os quais procura lutar, mas sempre com um sorriso no rosto, com responsabilidade e dedicação.

Entre vários sonhos, um em especial foi se intensificando: carregar livros nos braços e aprender com o outro a cada dia, tornando-se uma pessoa melhor. Mas como contar para a família o desejo de estudar Pedagogia, uma área desprestigiada nas últimas décadas?

Os irmãos eram contra; instigaram-na a fazer Administração. O tempo passou e essa garota prestou vestibular para Administração. Após três aulas no curso, desistiu; percebeu nitidamente que aquele mundo não lhe pertencia. Tomou coragem e trocou de curso, no ano de 2010, quando iniciou a realização de um sonho: tornar-se professora. E, hoje, essa sou Eu.

Anos de estudos, compartilhamento de experiências, inúmeros questionamentos, perguntas sem respostas, teorias, reflexões e práticas pedagógicas. A cada disciplina, novas aprendizagens, novas inquietações e problematizações.

Durante esses anos de graduação, discutimos que as crianças apresentam singularidades e necessitam de tempos diferentes uns dos outros para aprender. Mas por que a criança um pouco mais lenta tende a ser considerada um aluno com dificuldade de aprendizagem?

Pensar e acreditar que medicamentos psicoestimulantes<sup>1</sup>, como a *Ritalina* e o *concerta*, considerados a “droga da obediência”, podem suprir as dificuldades apresentadas pela criança se tornou comum na contemporaneidade. Mas o que mais me inquieta é que os próprios professores têm uma parcela considerável de culpa. Quando eles se deparam com crianças mais agitadas, algumas com falta de limites, que não se enquadram na lista dos ditos “normais”, não procuram compreender a criança, procuram evadir-se desse “problema” e, para isso, as encaminham para tratamentos especializados, com profissionais da saúde, em grande parte, da área psiquiátrica.

A escola procura padronizar o comportamento dos alunos, realizando uma homogeneização, de modo a acomodá-los em sua estrutura. Ou seja, as crianças devem se encaixar nos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade e, caso não correspondam a essas expectativas, tendem a ser consideradas “anormais”, com hiperatividade e déficit de atenção, ou outros tipos de transtorno.

Diante de situações como essa, questiono: como a criança se comporta com uso de medicamentos? E que significados ela atribui aos remédios? Essas e demais questões me levaram ao problema da presente pesquisa: existe a necessidade de crianças fazerem uso de medicamentos para sanar comportamentos julgados inadequados?

---

<sup>1</sup> Psicoestimulantes são fármacos capazes de estimular a atividade, a vigília e a atenção. No Brasil, um dos psicoestimulantes disponíveis e utilizado em larga escala é o metilfenidato, conhecido como *Ritalina*. (Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/42307/psicoestiulantes>>. Acesso em 14 mai. 2015.

A escolha deste assunto surgiu de inquietações pessoais, uma vez que me intriga vivenciar situações em que estamos expondo nossos alunos de modo a rotulá-los e a apontá-los como crianças com déficit de atenção, de concentração e de outras tantas dificuldades de aprendizagem.

Questiono-me: de que modo a medicalização influencia a vida de uma criança em idade escolar? Nesse sentido, procurei investigar como a criança que faz uso de medicamentos se sente diante dos outros.

O presente trabalho está organizado do seguinte modo: no primeiro capítulo, descrevo a metodologia utilizada por mim ao decorrer do trabalho, assim como a coleta dos dados para a análise, no segundo capítulo faço uma breve contextualização, exemplificando alguns conceitos sobre a medicalização infantil; no terceiro capítulo, intitulado “Transtornos: uma questão de saúde ou governamento”, procuro discutir a busca de governamento dos corpos, partindo do conceito de infância para compreender a invenção da escola e seus objetivos disciplinadores; no quarto capítulo, parto dos conceitos de normal e anormal de Michel Foucault para problematizar a construção social destes conceitos; no quinto e último capítulo, composto por outros subtítulos, parto da análise das entrevistas, discuto o uso do medicamento metilfenidato por parte de crianças em período escolar e busco questionar alguns aspectos relacionados à medicalização infantil. A análise das entrevistas encontra-se no decorrer dos capítulos, encadeada na definição de alguns conceitos e de forma dialogada com o referencial teórico no qual a pesquisa está embasada, não apresentando um capítulo específico para apresentação e explanação da análise do material empírico.

Ressalto ainda que meu objetivo neste trabalho não é o de buscar um posicionamento contrário ou favorável à medicalização infantil, mas sim o de problematizar e discutir alguns aspectos que atravessam o âmbito educacional e as práticas nele desenvolvidas. Nesse sentido, busco um olhar mais sensível sobre os processos de encaminhamento, diagnóstico e medicalização.

## 2 MODO DE FAZER

Desenvolvi o presente trabalho com o intuito de encontrar hipóteses para inquietações pessoais e profissionais quanto ao uso de medicamentos na infância para conter comportamentos que a sociedade julga “anormais”. Situo como objetivo central analisar a influência de medicamentos psicoestimulantes na vida das crianças diagnosticadas com TDAH e investigar como elas se sentem diante dos outros. Para tanto, realizei uma pesquisa de abordagem qualitativa, com uso de entrevistas com crianças e pais.

A escolha dessa metodologia deu-se a partir de suas características de coleta de informações. Conforme Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa apresenta cinco fortes características, dentre as quais destaco a importância dada pelo investigador ao contexto, acreditando ter maior compreensão quando o contexto é observado pelo próprio pesquisador; e, quanto ao recolhimento dos dados, estes tendem a ser em forma de palavras e imagens. “Os dados incluem transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorandos e outros registros oficiais” (*Ibidem*, 1994, p. 48).

Compreender o todo, não valorizando somente o resultado final, seria a terceira característica da metodologia qualitativa. Buscar entender e compreender os meios utilizados para se chegar ao resultado, o porquê de a criança ser rotulada, caracterizada diferente das demais, por exemplo. A quarta característica, segundo

os investigadores, é a tendência em “analisar os seus dados de forma indutiva” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 50).

Para que eu tivesse respostas para as inquietações já mencionadas anteriormente, fazendo uso da metodologia de pesquisa qualitativa, utilizei como base a entrevista, a qual permite analisar as maneiras de pensar de cada criança, e sua forma de ver o contexto social e conviver com ele. Bogdan e Biklen (1994) ressaltam que:

[...] a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 134).

Contudo, quando se faz uso da metodologia de pesquisa qualitativa, é recomendado que não se estruture os instrumentos de forma que venham a limitar o trabalho, ou seja, que não se tenha uma entrevista fechada, mas que possibilite um diálogo entre pesquisador e pesquisado. Por este motivo, fiz uso da entrevista semiestruturada, conhecida também como semidiretiva ou semiaberta. Procura-se, portanto, partir de uma conversa informal, proporcionando ao entrevistado um diálogo, através do qual possa relembrar acontecimentos, fatos positivos ou negativos que marcaram e marcam sua vida escolar, familiar e social. Este tipo de entrevista, segundo Boni e Quaresma (2005), é uma das estruturas que melhor possibilita a aceitação do entrevistado, que, no decorrer da conversa, se permite relatar fatos, pois:

[...] permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista, maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes (BONI; QUARESMA, 2005, p. 74).

Ao dialogar com as crianças de maneira informal, partindo de uma conversa banal, como “um tópico em comum, uma oportunidade para se começar a construir uma relação” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 135), foi possível encontrar em suas falas respostas para minhas inquietações, uma vez que, ao interagir, problematizar e questionar sobre comportamentos, os entrevistados trouxeram à tona fatos e acontecimentos que costumam passar despercebidos pelos adultos.

Conforme Boni e Quaresma (2005, p. 74):

[...] estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa.

Para este tipo de entrevista, utilizei um roteiro composto de perguntas a serem dirigidas aos entrevistados, anexo no final do trabalho, mas que poderia ser ampliado no decorrer da entrevista. O roteiro nas palavras de Manzini “serviria para, então, além de coletar as informações básicas, o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante” (MANZINI, 2004, texto digital).

Em relação às entrevistas com crianças, cabe destacar que o pesquisador deve ter em mente que esta criança que está sendo questionada possui, além de singularidades, diferentes modos de vida. Por este e outros motivos, o pesquisador deve proceder:

[...] de modo a não emitir juízos de valor a respeito de opiniões e ações dos pesquisadores, sem que os avalie a partir dos referenciais que adota, tendo em vista a sua particular inserção social (FRANCISCHINI; CAMPOS, 2008, p. 107).

A importância de entrevistar crianças se dá pelo fato de muitos estudos já terem realizado pesquisas com pais e professores de crianças, pois os próprios artigos neste trabalho referenciados trazem olhares de adultos sobre o mundo infantil, deixando de lado a atenção que deveria considerar as percepções por parte das crianças. Concordo com Leite (2008) quando diz que:

[...] somente quando se levar a sério a criança e sua voz vai-se poder perceber mais claramente as relações de poder implícitas e explícitas nas relações professor-aluno ou entre os pares de crianças (LEITE, 2008, p. 122).

Ainda que uma criança tenha a oportunidade de ser ouvida, no entanto “não tem sido levada em conta, uma vez que meninos e meninas são excluídos dos meios e processos, sendo, então, comumente considerados a menos, em falta” (LEITE, 2008, p. 123). Por esse motivo, é preciso olhar atentamente para essas crianças medicalizadas e a forma como elas têm percebido o entorno.

Para iniciar o diálogo com as crianças e proporcionar um ambiente agradável para nossa entrevista, utilizei a história infantil intitulada “O Menino Maluquinho”, de

autoridade de Ziraldo Alves Pinto, pois, segundo Francischini e Campos (2008, p. 108), a história possui “um poder de sedução e de centralização da atenção da criança, incomparável a outras estratégias”.

Entrevistei também duas crianças que não fazem uso de nenhum medicamento para transtorno e/ou hiperatividade. A entrevista com essas crianças tinha por objetivo refletir acerca do modo de ver e de pensar delas frente a um colega diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), procurando observar se o colega já está rotulado pela turma como o “aluno problema”. Outra entrevista que me possibilitou discussões acerca dos meus questionamentos foi a realizada com a mãe de um menino medicalizado, o que me proporcionou momentos de reflexão sobre o modo de viver desta criança fora do contexto escolar. Neste caso, pude perceber a maneira como essa criança interage em contextos distintos, uma vez que a escola exige comportamentos diferentes dos espaços privados.

A escolha das crianças que foram entrevistadas se deu a partir da disponibilidade de participação das crianças e da autorização dos respectivos pais, tendo como condição única estar sendo medicalizada com *ritalina*. Medicamentos como este tem como condição amenizar o comportamento dessas crianças, muitas vezes rotuladas como “agitadas”.

Todas as entrevistadas aqui analisadas foram realizadas por mim, como pesquisadora, com crianças de uma mesma escola. As entrevistas ocorreram individualmente, na sala de informática da escola, sendo este espaço o único disponível na instituição. Todas as entrevistas ocorreram no horário de aula, deste modo as crianças saíam do espaço de sala de aula. As três crianças medicalizadas e entrevistadas aceitaram fazer parte da pesquisa sabendo do assunto, até mesmo Isabeli que caracteriza o medicamento como balinha. Já as outras duas crianças colegas das crianças que fazem uso do medicamento, aceitaram o convite de conversar sobre a turma no geral, pois evitei direcionar a fala da criança, caracterizando o colega específico.

A participação das crianças foi autorizada pelos responsáveis, conforme termos que se encontram anexos no final do trabalho. A fim de preservar a identidade dos entrevistados, são utilizados nomes fictícios no decorrer da análise.

## 2.1 Minhas percepções

O processo de coleta de dados iniciou-se a partir da visita à instituição de ensino que me possibilitaria momentos de descoberta junto às crianças medicalizadas. Uma Escola Municipal de Ensino Fundamental, localizada em um bairro de periferia da cidade de Roca Sales, no Vale do Taquari/RS.

Na primeira visita, que ocorreu em uma quarta-feira, procurei, através de uma conversa, expor de forma breve o tema e o objetivo central do trabalho, ressaltando a realização de entrevistas. A diretora se dispôs a me auxiliar em qualquer que fosse a necessidade. Deixou-me à disposição o contato com alunos da instituição e um espaço para que eu pudesse realizar as entrevistas. Em outro momento, quando entreguei as autorizações, ela se dispôs a entregá-las para as crianças que estavam fazendo uso do medicamento metilfenidato. Essa escolha foi realizada por nós duas, e a definição das crianças que seriam entrevistadas e que não fazem uso de remédios para melhorar o comportamento foi uma indicação da própria diretora, uma vez que ela conhece as crianças e seu respectivo histórico escolar.

Ao me deparar com as crianças que são medicalizadas, e por este motivo tendem a apresentar um comportamento que julgamos ser “adequado”, percebi claramente os efeitos diferenciados que este medicamento causa nelas. Entrevistei três crianças, todas que tomavam *Ritalina* diariamente, antes do horário escolar.

Chegou o dia da primeira entrevista. A euforia e a curiosidade eram sentimentos que me inquietavam, me desacomodavam. Além disso, a ansiedade pela espera do momento mais desejado do estudo: poder ouvir e buscar compreender os sentimentos daquelas crianças. As entrevistas foram realizadas em horário de aula, o que deixa claro que neste horário as crianças estavam sobre o efeito do medicamento.

Todavia, destas três crianças, consegui perceber comodidade e paciência no decorrer da conversa em apenas um menino, o outro deixou claro em sua fala que percebia nitidamente que o remédio o deixava ansioso. Penso e me questiono: mas a *Ritalina* não é para acalmar? e, se esse remédio o deixa mais agitado, por que

continuar com o medicamento se a sua indicação principal é para “acalmar” e possibilitar momentos de concentração ao paciente?

Outra criança entrevistada – uma menina de seis anos – me impressionou, pois, mesmo dizendo ter tomado o remédio antes de vir à escola, não conseguiu permanecer atenta à conversa. A todo o momento se distraía e mudava de assunto. E o mais intrigante durante seus relatos: Isabeli demonstrava não saber o verdadeiro motivo de estar tomando remédios. Durante a entrevista, percebi a dificuldade de manter um diálogo com ela, mesmo que informal, pois, inúmeras vezes, mudava de assunto, perguntando-me se poderia jogar nos computadores da sala. Uma menina que parece viver à sombra de um pai ausente e que busca encobrir essa saudade paterna em uma gata chamada Pipoca. Questiono-me se esta menina não está medicalizando a sua gata, pois, durante a conversa, ela insinuou diversas vezes que a gata também toma a “balinha”. Ressalto também que a menina já apresenta um rótulo de “maluquinha” pela direção escolar.

Quero deixar claro que em nenhum outro momento tive contato com quaisquer que sejam as crianças medicalizadas entrevistadas. Por esse motivo, trago aqui reflexões e questionamentos meus diante do momento da entrevista.

A segunda entrevista, realizada com Cauê, com 8 anos de idade e estudante do 3º ano, usuário contínuo da *Ritalina*, me surpreendeu, me desarmou. Era uma criança aparentemente tranquila, com relatos de uma vida tranquila, de pais presentes e de bons momentos vividos com eles, mas que trouxe em sua fala a importância do remédio.

A terceira criança medicalizada e entrevistada por mim, Bruno, de 11 anos, traz lembranças de uma infância violenta, com um pai agressivo e uma mãe amedrontada. Hoje vive com a mãe e um padrasto, o que parece ser melhor para ele.

Além das entrevistas citadas acima, tive a oportunidade de entrevistar colegas de sala de aula de duas crianças cujos comportamentos são considerados inadequados. Meu enfoque no decorrer da entrevista era poder analisar o modo de ver destas crianças, mais especificamente o olhar e a percepção deles sobre os colegas diagnosticados com TDAH.

Com este mesmo objetivo de poder compreender e analisar o olhar do outro, tive uma tarde de diálogo com a mãe de uma dessas crianças medicalizadas. Paula, mãe de Cauê, me recebeu em sua casa, me disponibilizou o seu sofá e uma tarde de conversa nebulosa, que me deixou pensativa em relação a algumas falas que pareciam ser contraditórias em alguns momentos. Dona de casa e mãe de dois meninos, Paula é uma mulher jovem, mas que parece ter angústias persistentes. É uma mãe extremamente protetora e muito preocupada com o filho.

Todas essas entrevistas acarretaram, em mim, angústias árduas. Dúvidas foram surgindo a cada fala. E, o mais intrigante, todas essas três crianças medicalizadas são resultados de diagnósticos derivados de discursos de pais e professores.



### 3 TRANSTORNOS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE OU GOVERNAMENTO DE INFÂNCIAS?

Estamos vivendo uma época em que o ser humano consome a si próprio e ao outro, chamada por Bauman (2001) de “sociedade líquida”. Estamos presenciando e compondo um mundo capitalista, em que o desejo é imediato, e a busca por saciar os desejos tornou o homem um ser dependente de bens materiais e outros fatores.

[...] uma sociedade que busca a eficiência a todo o custo – sociedade das urgências, essencialmente hiperativa e que se utiliza de rótulos com sofisticados métodos de controle da subjetividade (FIORE, 2005, p. 366).

No entanto, a modernidade trouxe também uma transformação na maneira de viver e de lidar com frustrações, medos, angústias, tristezas e dificuldades; sintomas como esses, hoje, em determinados contextos, são considerados pela psiquiatria como transtornos mentais. Conforme site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, geralmente diagnosticado no período escolar, caracterizado pelos sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade<sup>2</sup>. Conforme Ribeiro (2008, p. 29), o transtorno pode ser subdividido em três diferentes tipos:

---

<sup>2</sup>Informações obtidas no site: <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>>. Acesso em: 06 fev. 2015

- TDAH com predomínio de desatenção, no qual podem existir alguns poucos sintomas de hiperatividade, mas o predomínio é do quadro de desatenção.
- TDAH com predomínio de hiperatividade, no qual, ao contrário, podem existir alguns poucos sintomas de desatenção, mas o predomínio do quadro é de hiperatividade e impulsividade.
- TDAH combinado de desatenção e hiperatividade.

Contudo, é inquietante o número crescente de laudos médicos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Alguns médicos psiquiátricos e neuropediatras estão diagnosticando este transtorno nas crianças apenas com narrativas de pais, que se deixam abater pelo número de reclamações de professores ou até mesmo pela impaciência em lidar com um(a) filho(a) que “não para quieto(a)”, como muitas vezes costuma ser verbalizado pelos adultos.

Podemos trazer para reflexão a fala de Bruno, que faz uso de medicamentos a fim de melhorar seu comportamento em sala de aula. Ao ser entrevistada, a criança descreveu que apenas com relatos o médico, no caso um psiquiatra, diagnosticou-o com o transtorno. “*Ele mandou eu fala umas coisas e deu um remédio*”, disse Bruno. Esses relatos trouxeram à tona uma vida com lembranças entristecedoras, de um pai agressivo e uma mãe calada, o que demonstra a impotência de uma criança com medo dos problemas presenciados na família.

Em entrevista publicada no site *El Pais*<sup>3</sup>, Allen Frances, um dos responsáveis pela organização do Manual Diagnóstico e Estatístico – IV Edição – da Associação Americana de Psiquiatria (DSM), no qual são descritos os novos transtornos apresentados pela sociedade no decorrer dos anos, faz uma crítica ao elevado número de novos transtornos mentais citados pelos seus colegas para compor este manual. Além disso, declara que problemas cotidianos e corriqueiros estão sendo transformados em transtornos mentais, que necessitam, além de terapias, de medicamentos. Para este psicólogo, a indústria farmacêutica está enganando o homem, fazendo com que ele acredite que, através do uso de comprimidos, seus problemas serão resolvidos.

Para o teórico Vygotsky (1998), o ser humano aprende através do meio social em que está inserido. Desta forma, não podemos pensar a criança apenas no

---

<sup>3</sup>Informações obtidas no site:  
<[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295\\_336861.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html)>Acessado em: 03 fev. 2015.

âmbito escolar, é preciso conhecer e compreender o contexto em que vive. Rodrigues (2013, p. 9) expõe que “[...] o aluno sinaliza os conflitos pessoais e familiares através das mudanças de comportamento e do baixo rendimento nos conteúdos curriculares”. Diante disso, não é possível que a grande maioria das crianças que apresentam qualquer dificuldade diante de atividades ou um comportamento tido como “anormal” seja considerada, e muitas vezes diagnosticada, com Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade.

[...] o comportamento socialmente desviante pode mudar, de acordo com a época e o meio em que se vive. Parece que estamos em um momento em que a falta de atenção, as dificuldades de aprendizagem e a agitação não são muito toleradas socialmente, e a forma com que estamos lidando com isso é transformar esses desvios em transtornos mentais (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 215).

Cabe destacar que, a partir do século XX, médicos higienistas ganharam espaço nas instituições de ensino e abriu-se espaço para que a escola pudesse encaminhar crianças que apresentassem mau comportamento, ou fossem mais agitadas do que os demais colegas, a uma análise médica. Desse modo, a medicalização entra em cena, a partir da década de 70, mais precisamente no ano de 1970. No entanto, ganhou espaço considerável a partir do início do século XXI (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

No campo educacional, os médicos higienistas entraram acreditando que este espaço seria apropriado, pois são lugares “coletivos que contribuía para gêneses e disseminação de doenças que assolavam as cidades brasileiras” (ZUCOLOTO, 2007, p.142). Pela concepção da época, é ali, na escola, que os indivíduos serão moldados adequadamente para a sociedade, e “através da educação poderia ser produzido um homem e uma sociedade regeneradora” (ibidem, p. 139).

Desde então, a medicalização infantil vem aumentando de forma avassaladora, em busca da homogeneização dos alunos através da educação e da produção de corpos dóceis. Professores vêm encaminhando alunos para consultórios de psicólogos, psiquiatras ou neuropediatras em busca de um laudo médico que possa amenizar os problemas de sala de aula, justificando, desse modo, o fracasso escolar.

No âmbito escolar, o TDAH surge como justificativa para repetência e fracasso escolar. Crianças cujos comportamentos não correspondem ao esperado ou desejado pelos professores são vistas como portadores de tal transtorno. Os pais, influenciados pelas queixas dos educadores passam a procurar ajuda médica e psicológica, com o intuito de sanar tais comportamentos considerados anormais, o que acarreta na medicalização, que surge como principal meio de “solucionar” o problema (LUENGO; CONSTANTINO, 2009, p. 122).

Por este e outros motivos, é preciso problematizar e inquietar-se diante de tantos diagnósticos e do aumento exagerado no consumo de medicamentos, os quais têm sido utilizados para sanar os comportamentos nomeados como “desviantes”. Mas, se pudermos parar e pensar acerca destes comportamentos, será possível verificar que são normais no período da infância, como, por exemplo, ter dificuldade de esperar sua vez. Desconheço criança que consiga, sem muito insistir, esperar a sua vez de fazer algo. Todavia, este comportamento está entre os 18 itens apresentados no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)<sup>4</sup> como sintoma deste transtorno.

Diante disso, podemos dizer que estamos vivendo uma verdadeira epidemia de medicalização; mundialmente, a venda de remédios psicoestimulantes, como o metilfenidato, tem crescido exageradamente. Só nos Estados Unidos – o maior consumidor deste medicamento, - entre os anos de 2005 e 2007, foram consumidas em média 783 milhões de doses diárias, o que corresponde a 77% do consumo mundial (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

No Brasil, os dados também são assustadores. Conforme site da ANVISA, no ano de 2009 foram vendidas 156.623.848 miligramas (mg) do medicamento. Já em 2011, o mercado atingiu 413.383.916 mg do produto. Além disso, em 2011, 1.212.850 caixas foram vendidas pelas farmácias brasileiras, representando uma alta de 28,2 % em relação a 2009 (557.588 caixas de metilfenidato). Esses dados nos possibilitam refletir acerca do aumento acelerado de medicalização<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Consulta ao site disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Manual\\_Diagn%C3%B3stico\\_e\\_Estat%C3%ADstico\\_de\\_Transtornos\\_Menta](https://pt.wikipedia.org/wiki/Manual_Diagn%C3%B3stico_e_Estat%C3%ADstico_de_Transtornos_Menta) Acesso em jun. 2015.

<sup>5</sup> Informações obtidas no site: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta++tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>>. Acesso em. 24 jan. 2015.

No entanto, na França, um número inferior a 0,5% das crianças são medicadas por este transtorno. O porquê disso? Os psiquiatras franceses não trabalham baseados no DSM, ou seja, acreditam nas causas psicossociais, avaliando os problemas não apenas no contexto escolar, mas no seu todo, no âmbito familiar e social, procurando encontrar as verdadeiras causas, optando em tratar a criança com psicoterapia e reuniões familiares, deixando o medicamento como última alternativa<sup>6</sup>.

Através deste breve levantamento de dados, é perceptível a influência cultural no mundo infantil; modos de ver e de pensar a criança e o seu comportamento podem modificar toda uma infância. A título de exemplo, podemos trazer aqui o caso de duas das três crianças entrevistadas que sinalizaram a ausência do pai. Questiono-me quais os efeitos que essa ausência acarreta na vida escolar e social delas, uma vez que sabemos a influência de um acompanhamento familiar na infância.

Outro dado importante a ser considerado em relação à medicalização, segundo a Revista Trip<sup>7</sup>, é que especialistas afirmam que as crianças que estão fazendo uso da *Ritalina* estão em experimento, pois até então esse medicamento apenas estabiliza comportamentos, e não se sabe os seus efeitos quando usado durante longo prazo. Por este motivo, questiono: qual o objetivo de professores, pais e médicos ao medicalizar crianças, que atuam nada mais como verdadeiras crianças, que sentem na pele o desejo de usufruir de momentos únicos que a infância vem proporcionando? Ao mesmo tempo em que buscamos seres humanos críticos, lapidamos seu corpo e sua mente de maneira a se sentirem vigiados.

Assim como a escola, toda a sociedade quer corpos controlados, disciplinados. Os próprios pais buscam moldar um comportamento julgado adequado para o filho. Nossa sociedade adultocêntrica não está sabendo lidar com essas crianças. Por outro lado, produzem-se novas e outras infâncias; os próprios aparatos e informações com as quais uma criança da contemporaneidade interage atualmente fazem dela uma criança diferente daquela que nossos pais foram.

---

<sup>6</sup> Informações obtidas no site: <<http://equilibrando.me/2013/05/16/por-que-as-criancas-francesas-nao-tem-deficit-de-atencao/>>. Acessado em: 03 fev. 2015.

<sup>7</sup> Informações obtidas no site: <<http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html>> acesso em: 05 fev. 2015.

Não podemos, entretanto, apontar como culpados somente a escola e os profissionais da área da saúde pela crescente demanda de diagnósticos. Proponho refletirmos acerca disso, assim como da inclusão e expansão escolar, que exige uma série de reformulações e adaptações para que possam atender a um público diversificado, que antes sequer chegava à escola.

## **4 GOVERNAMENTALIDADE: A BUSCA PELA DISCIPLINARIZAÇÃO DOS CORPOS**

Neste capítulo abordarei a questão da infância, analisando suas percepções históricas e conceitos. Para isso, inicio os estudos partindo do conceito de infância, discutido por Philippe Ariès (1981), que, ao investigar iconografias produzidas entre os séculos XV e XVI, identificou o surgimento de um “sentimento de infância”, isto é, um novo modo de perceber a infância. Emerge, nesse período, um modo mais apurado em relação ao ser infantil, muito lentamente e, inicialmente, entre as classes mais altas.

Em seu livro “História social da criança e da família”, Ariès (1981) expõe a infância em dois momentos: no primeiro, a criança é vista apenas como miniadulto, sua vestimentas são iguais a de seus pais, sua educação depende unicamente de seus familiares, “sem que existam instituições especiais para eles” (KOHAN, 2011, p. 64); no segundo, a partir do século XVII, a criança passa a ser o centro da atenção familiar, e até mesmo o Estado passa a observar este indivíduo de maneira a tentar manipular sua formação de caráter.

O estado mostra um interesse cada vez maior em formar o caráter das crianças. Surgem assim uma série de instituições com o objetivo de separar e isolar a criança do mundo adulto, entre elas, a escola. A criança adquire um novo espaço dentro e fora da instituição familiar (KOHAN, 2011, p. 66).

Surgem, assim, as escolas, tendo como objetivo formar sujeitos para poder viver e conviver em sociedade, ou seja, a escola é vista como um instrumento socializador, uma instituição “que ocupa o tempo e pretende imobilizar no espaço todas as crianças compreendidas entre seis e dezesseis anos” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 68).

Para Varela e Alvarez-Uria (1992), as escolas são consideradas como laboratórios e espaços de instrução da infância e têm entre os seus objetivos orientar as crianças e dirigi-las, o que nos faz pensar sobre o surgimento da ciência pedagógica.

[...] será nessa espécie de laboratório, onde emergirão e se aplicarão práticas concretas que contribuirão para tornar possível uma definição psicobiológica da infância e de onde, por sua vez, se extrairão saberes a respeito de como orientá-la e dirigi-la, tornando, assim, possível o aparecimento da “ciência pedagógica” (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 72).

Deste modo:

será nos colégios que se ensinarão formas concretas de transmissão de conhecimentos e de modelação de comportamento que, mediante ajustes, transformações e modificações ao longo de pelo menos dois séculos, suporão a aquisição de todo acúmulo de saberes codificados acerca de como pode resultar mais eficaz a ação educativa (VARELA; ALVAREZ-URIA, 1992, p. 79).

Mas ao pensar sobre o surgimento destas instituições modeladoras, que passam a existir para transformar a criança, devemos levar em conta que ela era voltada, principalmente, para os filhos de classe alta e que, pouco a pouco, o Estado passou a ver na escola uma possibilidade de controle da população mais pobre, ampliando o seu acesso. Além de socializar o sujeito, a escola deveria educar e, deste modo, “a educação era justificada, assim, como a operação capaz de levar as crianças e os jovens a incorporar as regras sociais pela via da inteligência e do conhecimento racional” (Ó, texto digital, p. 47).

Além disso, foi preciso projetar um espaço capaz de proporcionar e possibilitar esta modelagem pensada pela escola. Surge, assim, o que chamamos de internato: um espaço fechado, de isolamento, separado, que impedia o envolvimento de meninos e meninas; um espaço capaz de transformar o indivíduo em um bom cristão. Este espaço é, então:



Diante desse governo estabelecido pela escola, é perceptível a busca da homogeneização do ser humano, pois “governando os corpos o Estado governa tudo” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 954).

Para que possamos compreender o conceito de governamentalidade discutido por Foucault, precisamos entender antecipadamente os conceitos de governo e governo. Governo, conceito oriundo de discussões de Foucault, foi pensado e relacionado ao “pai que governava a casa e aos filhos, o educador que governava a conduta dos educandos” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p.952). No entanto, pelo fato do conceito de governo estar relacionado ao Estado, ou seja, pensado como ação política, foi preciso repensá-lo, surgindo o governo, que tem como definição “todo o conjunto de ações de poder que objetivam conduzir (governar) deliberadamente a própria conduta ou a conduta dos outros” (*ibidem*, p. 952). Destaco ainda que meu objetivo não é trazer este conceito para análise, mas para provocar o pensamento sobre o modo como a escola exerce a governamentalidade dos sujeitos, buscando organização.

No ano de 1978, pensado pelo mesmo filósofo francês Michel Foucault, surge o conceito de governamentalidade, tendo como descrição um “conjunto de práticas de governo” (*ibidem*, p.953). Desse modo, podemos entender a governamentalidade no contexto da educação como todo um conjunto de regras utilizadas para “domesticar” a criança para que ela possa viver em sociedade.

Esse modo de pensar a sociedade e a sua maneira de comportamento idealizado diante do outro, e a própria hierarquia existente neste espaço, fazem do professor o grande observador desses comportamentos. Para melhor visualização dos corpos presentes no espaço escolar, pensou-se na “ordenação por fileiras, a qual, no século XVIII, começa a definir a grande forma de ordem escolar: filas de alunos na sala, nos corredores, nos pátios” (FOUCAULT, 2013, p. 141).

Aqueles que não se dispõem a viver deste modo disciplinador têm “contra” si toda uma sociedade que os julga e que lhes possibilita estratégias para se normatizar e inserir-se nesta roda de normais. Medicamentos como o metilfenidato, por exemplo, é a estratégia mais eficaz no momento, pois “o uso de drogas

psicoestimulantes resulta em uma imediata e frequentemente dramática melhora do comportamento” (ARGOLLO, 2003, p.20).

Entretanto, é preciso observar cada aluno de maneira individual. Mesmo sendo um espaço com objetivo único, cada criança que integra uma instituição apresenta singularidades e peculiaridades que devem ser observadas pelos professores, mas que acabam sendo esquecidas por eles. Esse modo de ver e de pensar o aluno, de forma generalizada, traz como resultado a não aprendizagem por parte do aluno “problema”, aquele que apresenta algo diferente do restante da turma.

A escola é para todos, mas nem todos podem aproveitar essa oportunidade em decorrência de problemas individuais. Essa é a essência da patologização e o ponto de partida para a consolidação do processo de medicalização (MEIRA, 2012, p. 141).

Diante disso, conforme já citado anteriormente, ressalto que, durante a realização de uma das entrevistas, eu me questionava a todo instante se o menino aparentemente calmo, que apresentava respostas claras e permaneceu sentado durante toda a conversa, necessitava realmente fazer uso de remédios para se manter “tranquilo”. Ao mesmo tempo me pergunto: como seria a sua reação em outro momento do dia em que não estivesse sob o efeito do medicamento? Teria um comportamento diferente deste?

Contudo, Ó (texto digital) expõe que o professor, em vez de tratar a população escolar de forma uniforme, deveria variar suas metodologias, a fim de suprir com as necessidades das crianças. Temos consciência da importância de metodologias diversificadas para a melhor compreensão do aluno, todavia é perceptível que os professores, em sua maioria, apresentam conteúdos curriculares de forma única, cabendo ao aluno, algumas vezes, a memorização.

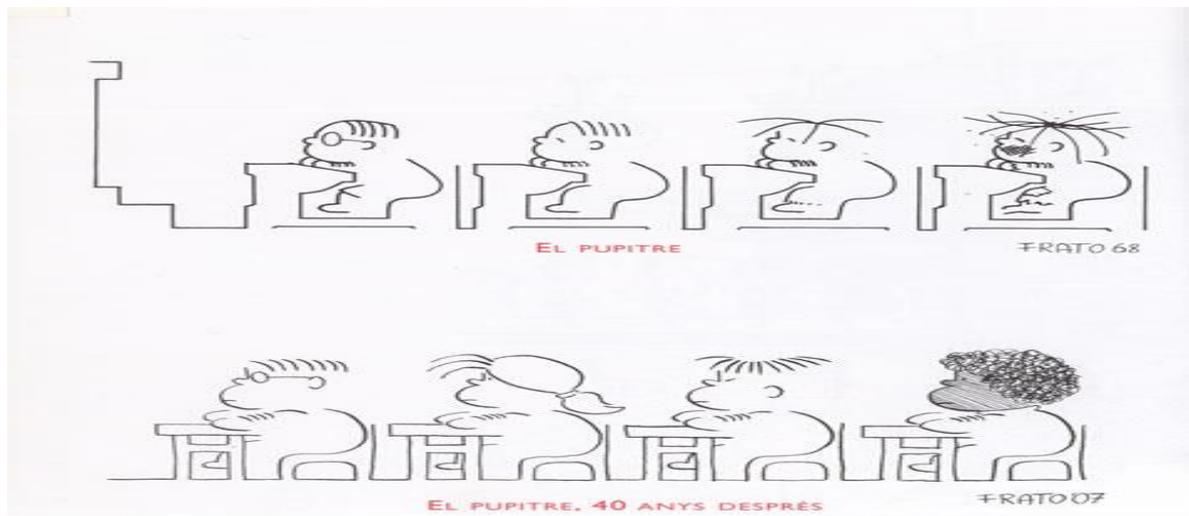
Argollo (2003, p. 199) expõe algumas estratégias que o professor pode utilizar para que o aluno com TDAH possa desenvolver maior significado e satisfação à sua aprendizagem: “explicações divididas para cada parte das atividades, intercaladas com atividades físicas; manutenção do aluno sempre na primeira fila, longe de janela e da porta”. Uma dessas estratégias foi utilizada pela professora de uma das crianças entrevistadas. Durante a conversa, a mãe relatou: “*tu não tem noção como*

*ela (professora) ajudou, ela colocou ele (menino) sentado na primeira classe*”. No olhar da mãe, colocá-lo nesta posição da fila impediria que ele se distraísse com os movimentos dos colegas.

Tendo em vista essas considerações, percebemos o quanto a escola continua sendo – ou busca ser – um espaço de concentração, de obrigatoriedade de disciplinamento, buscando, através de estratégias rigorosas, o governo individual, que possa disciplinar o aluno de maneira voluntária, ou seja, que o aluno alcance a autodisciplina. Conforme Ó (texto digital, p. 52) sinalizou através de sua pesquisa, é a instituição de ensino como um novo aparato disciplinador. Buscando

[...] criar as estruturas objetivas de comportamento, mas através de uma disposição à prática que atende, sobretudo, às situações involuntárias e às movimentações multidirecionais nos diversos locais em que decorre a ação.

Todavia, a sala de aula como espaço de ensinar foi pensada para alguns, e, conforme a charge a seguir nos mostra, passaram-se anos e o espaço da sala de aula continua intacto, sem nenhuma mudança significativa em seu espaço físico.



No entanto, muito mudou na maneira de ser aluno, enquanto o sistema escolar insiste em manter o seu padrão, desconsiderando toda a mudança sociocultural. Nossa sociedade adultocêntrica aparentemente está com os olhos vendados, não percebendo a necessidade de repensar e de se desacomodar diante deste espaço chamado de sala de aula. Um espaço geralmente com pouca ventilação, com janelas altas que impedem o aluno de visualizar o lado de fora, com uma única porta que, em boa parte do tempo de aula, encontra-se fechada, e, o

mais intrigante, classes enfileiradas, em que a criança de trás, quando sentada “corretamente”, enxerga imediatamente a cabeça do colega da frente.

E é na fala de Cauê, quando perguntado sobre o porquê de ir à escola, que se percebem algumas marcas impressas pelos sujeitos que frequentam a escola: *“para estudar e ter uma vida boa no futuro”*. É o pensamento de que a escola é algo para o além, para o depois, para o futuro.

No entanto, questiono se este realmente é o sonho de Cauê, se não estão embutidos nesta fala desejos do mundo adulto. Percebi, em outros momentos da entrevista com Cauê, que ele já sabe o que os adultos esperam das crianças referentes ao comportamento e a questões futuras. Poderíamos afirmar que, de certa forma, a fala de Cauê reflete o intuito de governamento desejado pela escola e pela sociedade como um todo.

## 5 NORMAL OU ANORMAL: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL

Para melhor compreensão dos conceitos utilizados no decorrer da escrita, farei uma breve contextualização dos termos, assim como do surgimento deles. Temos que levar em consideração que o conceito de normal e anormal foram construídos socialmente, a partir de determinada época em que se passou-se a rotular de anormal tudo o que não era igualável, era o diferente. Hoje “pensada como uma mancha no mundo” (VEIGA-NETO, 2001, p. 107), esta diferença vem provocando intolerância por uma fração de pessoas da sociedade.

Michel Foucault (2002), em seu livro “*Os anormais*”, descreve de forma detalhada a construção dos conceitos de normalidade e anormalidade, e quem é este ser diferente chamado de anormal. Ressalto aqui que o contexto analisado pelo autor é a França.

Pode-se dizer que tudo começou a partir do século XVIII, momento em que Foucault inicia a discussão sobre o conceito de anomalia. A partir de então, emergem as três principais figuras anormais descritas por Foucault (2002), sendo a primeira nomeada como “monstro humano”, que “constitui, em sua existência e em sua forma não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza” (FOUCAULT, 2002, p. 47). A segunda figura é caracterizada pela indisciplina; o “indivíduo a ser corrigido” desacomoda toda uma sociedade familiar e educacional, em busca da sua correção. A terceira figura conceituada por Foucault é o “masturbador”, sendo “a masturbação o segredo universal, o segredo

compartilhado por todo mundo, mas que ninguém comunica a ninguém” (FOUCAULT, 2002, p.50).

No século seguinte, no ano de 1838, foi sancionada uma lei que consagrou a psiquiatria como disciplina médica e como especialização no interior do campo da prática médica, passando a ser reconhecida pela sociedade. Até o momento da lei entrar em vigor, era responsabilidade do poder prefectoral analisar e diagnosticar se o ser humano estava ou não em condições de viver e conviver em sociedade, ou se necessitava ser afastado do âmbito social. Este afastamento acontecia em forma de internação, a chamada internação *ex officio*, que acontecia em um hospital psiquiátrico, com lugares apropriados, e indicada como devendo “ser feita num estabelecimento especializado, isto é, destinado primeiro a receber e depois a cura dos doentes” (FOUCAULT, 2002, p. 119–120).

Esta situação nos faz questionar o quanto o poder administrativo estava ligado ao controle e ao exame dos sujeitos. A partir do momento em que a lei entrou em vigor, o médico psiquiatra passou a ser o responsável por esse diagnóstico, capaz de analisar se o homem apresentava perigo à sociedade, se “era capaz de perturbar a ordem ou ameaçar a segurança pública” (FOUCAULT, 2002, p. 120). Devia-se observar não apenas o modo como o indivíduo pensa em agir, mas como ele age diante do outro, da sociedade, da família, ou seja, a sua maneira de conviver em sociedade.

A análise, a investigação, o controle psiquiátrico vão tender a se deslocar do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento (FOUCAULT, 2002, p. 121).

O anormal, o doente, passa a ser afastado por apresentar perigo não apenas à sociedade, mas também “a ele próprio” (FOUCAULT, 2002, p. 123). Com isso, o médico psiquiatra, ao receber uma internação *ex officio*, necessitava de um aval do prefeito municipal, assim como um atestado que comprovasse a necessidade daquela internação. A psiquiatria passou a se tornar não só uma “técnica de correção da família, mas também de restrição” (FOUCAULT, 2002, p. 125).

Conforme apresenta Foucault (2002), um ser humano que perturba o convívio familiar e que agride os pais era considerado um ser malvado, passando a pertencer ao domínio médico.

Outro ser que recebe atenção da psiquiatria é o indisciplinado, que não respeita e não cumpre as normas estabelecidas pela família, pela escola e pela vizinhança. A psiquiatria ganhou um espaço tão grande naquela sociedade que tudo que é negativo para o homem é enviado aos cuidados daqueles médicos, “tudo que é desordem, indisciplinada, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto etc, tudo isso pode ser psiquiatrizado agora” (FOUCAULT, 2002, p. 138).

Hoje o conceito de anormalidade ganhou importância na sociedade a ponto de causar estranhamento. Temos políticas de inclusão, no entanto alguns processos que visam inserir este anormal no grupo dos “ditos normais”; em outras instâncias, produzem a exclusão.

[...] as marcas da anormalidade vêm sendo procuradas, ao longo da modernidade, a cada corpo se atribuíam um lugar nas intrincadas grades das classificações dos desvios, das patologias, das deficiências, das qualidades, das virtudes, dos vícios (VEIGA-NETO, 2001, p. 107).

Neste sentido, interessa-me discutir do que resultou essa diferenciação entre um ser normal e um ser anormal, considerado, por Coutinho (2008), como crianças:

[...] atrasadas, turbulentas, desrespeitosas, abúlicas, indóceis, distraídas, desatentas, atordoadas, inquietas, inadaptadas, instáveis, débeis e deficientes (COUTINHO, 2008, p. 67).

A escola, por exemplo, um espaço de disciplinamento, onde deve ocorrer a obediência, com sua obrigatoriedade, fez com que o número de anormais se multiplicasse. Com o tempo, todo e qualquer indivíduo que não se dispunha a obedecer esse sistema governamental é apontado como deficiente. As escolas “se converteram em laboratórios de investigação das causas de anormalidade” (COUTINHO, 2008, p. 67). Neste mesmo espaço, “ao educador foi atribuída a tarefa de distinção entre o anormal que não pode permanecer na escola e o escolar indisciplinado” (COUTINHO, 2008, p. 63).

Ou seja, “a escola tem se tornado o dispositivo regulador da inclusão/exclusão da criança no domínio do saber médico-psiquiátrico” (KAMERS,

2013, p. 154). Desse modo, os docentes buscam auxílio de outros profissionais – que neste caso são os psicólogos, os neuropediatras e os psiquiatras – para que analisem e diagnostiquem problemas que possam ser tratados, melhorando, assim, o convívio escolar.

Assim, toda e qualquer criança que se desvia do padrão considerado “normal” acaba sendo vista como problemática e uma nova necessidade passa a ser produzida, fazendo com que os educadores venham a solicitar “cuidados” dos profissionais da área médica, com o intuito de detectar distúrbios e, posteriormente, corrigi-los (LUENGO; CONSTANTINO, 2009, p. 124).

A fim de amenizar este indisciplinamento por parte do aluno, recorre-se à patologização destes “anormais”. Para tratar esses comportamentos que a escola diz não se encaixarem no seu sistema, a criança problema é medicalizada com remédios psicoestimulantes como, por exemplo, o metilfenidato, encontrado nos remédios *Ritalina* e *Concerta*, entendidos “como dispositivo médico-disciplinar” (KAMERS, 2013, p. 154).

A medicalização no campo educacional existe desde a década de 70, e ganhou espaço neste campo em um momento em que era preciso educar a sociedade devido a fatores negativos que estavam acontecendo neste mesmo período, como a mortalidade infantil. Médicos higienistas e governos se juntaram com o intuito de diminuir os índices de morte e, como a escola era um lugar frequentado por crianças, entraram neste campo. Crianças, professores e pais foram orientados sobre higienização, e os profissionais da área da saúde permanecem até os dias de hoje, ganhando cada vez mais espaço, uma vez que a educação está sendo medicalizada, pois professores estão encaminhando alunos a análises psiquiátricas, procurando encontrar soluções, ou poderíamos dizer desculpas para o fracasso escolar atual (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

No ambiente escolar, o termo medicalização foi utilizado a partir da década de 70 do século XX, a fim de tratar problemas de aprendizagem das crianças (GUARITO; VOLTOLINI, 2009). Para Collares e Moysés (1994, p. 25), medicalizar significa “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.”

Se ao docente foi imposta a função de encaminhar seu aluno com mau comportamento e/ou dificuldade de aprendizagem ao médico para que essa criança faça uso de remédios para sanar dificuldades, a medicalização vem ao encontro de uma desculpabilização da instituição de ensino pelo seu mau desempenho escolar. Não é mais somente a escola que é questionada, mas também o saber médico envolvido nos diagnósticos e tratamentos.

[...] a medicalização dos processos de aprendizagem pode representar uma ajuda em sala de aula, pois resulta em crianças mais calmas e concentradas. Se há suspeita de algum transtorno mental, a criança é encaminhada a um profissional da saúde e, se a suspeita for confirmada, a responsabilidade por aquela criança passa a não pertencer somente à escola, mas também aos profissionais da saúde que passarão a atendê-la (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 214).

Contudo, no decorrer das leituras, me deparo com questionamentos sobre a necessidade de fazer uso destes medicamentos, uma vez que existe uma dicotomia entre opiniões médicas e docentes. Já para o campo da saúde, “a medicalização é o processo de cuidado e de controle que opera na delegação de saberes e soluções” (RODRIGUES, 2013, p. 13).

Esses mesmos profissionais afirmam que “os encaminhamentos são oriundos das escolas na busca por diagnósticos de possíveis transtornos que isentem o sistema educacional de falhas na aprendizagem” (*ibidem*, 2013, p. 22). Uma das causas pela busca por um diagnóstico pode ser o fato de que “educadores levam para a sala de aula uma concepção de criança que deve atender a um modelo pré-determinado socialmente” (LUENGO; CONSTANTINO, 2009, p. 124).

Conforme Brzozowisk e Caponi (2013, p. 211), a medicina assumiu “o papel de agente de normalização dos desvios, ficando responsável pelo comportamento que até então era de esferas de outras instituições”, que neste caso seria a escola. E a escola, buscando amenizar a culpabilidade do fracasso escolar, tendo uma visão padronizada e visando a homogeneização, procura na área da saúde assistência, para que juntas possam camuflar o fracasso da educação. A área da saúde, por sua vez, junta-se à indústria farmacêutica, formando o trio “o saber, a intervenção médica e a farmacológica, dispositivos sociais disciplinadores, tais como a escola, as unidades de saúde e as clínicas privadas” (KAMERS, 2013, p. 154).

Tendo em vista essas considerações, é perturbador observar e manter-se neutro diante dos fatos. A criança fica presa a um rótulo originado pela sociedade e, com isso, é apontada pelo outro que se diz normal, como um ser a ser corrigido e que necessita da “pílula da obediência” (PIRES, 2011, p. 2) para amenizar seu comportamento. Para Fiore (2005, p. 372), “o discurso médico é responsável pela distinção de certos tipos de crianças, pois, através de rótulos, se define o que é atenção, que habilidades devemos ou não ter, e como vai ser nossa inteligência”.

Mas, afinal, quem são, em sua maioria, os responsáveis por esse aumento no uso de medicamentos psicoestimulantes, que parecem “controlar nosso padrão de atenção, nossos impulsos, nossas ansiedades, nossos medos”? ( FIORE, 2005, p. 369).

Kamers (2013) ressalta que a escola, através de narrativas, expõe aos pais dos alunos o mau comportamento de seus filhos em sala de aula que acarreta na sua não aprendizagem. Com essas narrativas, os pais se sentem constrangidos e acabam por levar seus filhos ao atendimento médico, tentando, assim, diminuir o mau comportamento da criança.

Contemporaneamente, observa-se que a práxis médico psiquiátrico na infância prescinde completamente da escuta da narrativa de pais sobre seus filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja falha é atribuída a uma falha no real do corpo [...] (KAMERS, 2013, p. 155)

## 6 EDUCAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO

A escola, conhecida pelo seu governo, tem como objetivo principal disciplinar corpos, fazendo uma separação entre o homem e a natureza, retirando o indivíduo da selvageria e o transformando para conviver em sociedade (BUJES, 2001). Essa mesma escola tem também como objetivo proporcionar aos alunos momentos de aprendizagem que lhe possibilitem intervir no momento da escolha do assunto a ser trabalhado. Todavia, algumas de nossas instituições estão fazendo do espaço de sala de aula um lugar onde o professor apenas transmite seus conhecimentos prévios. Conforme destacam Luego e Constantino (2009):

[...] a escola tem uma função de produção e reprodução, que mantém a desigualdade social, legitimando o conhecimento dominante, sem levar em consideração as necessidades dos alunos, fazendo da sala de aula apenas um lugar de transmissão de conhecimento (LUENGO; CONSTANTINO, 2009, p.124).

Para além desses mecanismos, temos a divisão por idade, que vem ao encontro das formas de disciplinamentos existentes na escola. Para cada faixa etária, estabeleceu-se um determinado comportamento, “o que acarretou uma caracterização do que se espera como comportamento normal em determinada idade” (COUTINHO, 2008, p. 54). Por exemplo:

[...] se uma criança não aprende a ler com uma determinada idade, ou então se tem dificuldade em prestar atenção na sala de aula, isso pode ser considerado um desvio, e a criança pode atualmente ser

encaminhada a um profissional da saúde para averiguar seu quadro (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 211).

A partir de então, unem-se às instituições de ensino os profissionais da área da saúde, para que, entrelaçados, possam encontrar soluções para esses problemas de aprendizagem e mau comportamento.

Historicamente, há registros de que:

a infância, a cultura familiar e as formas de escolarização foram os alvos mais visados pela ação médico-higienista, tanto na Europa quanto no Brasil; foi no contexto da escola e da família que as práticas higienistas tiveram maior êxito, foi neste viés, ou seja, o da educação, que a junção entre a medicina e o Estado esteve presente – numa medicalização das práticas escolares e das relações familiares (GUARITO; VOLTOLINI, 2009, p. 245).

Para encobrir comportamentos que na contemporaneidade julgamos como não convenientes em espaços escolares, resultando na não aprendizagem do aluno, a medicalização é encontrada como alternativa rápida e eficaz na amenização de uma série de “problemas”, independentemente da sua origem.

[...] constata-se uma preferência em recorrer ao uso indiscriminado de medicamentos, como se fossem uma “poção mágica”. O uso excessivo de remédios utilizados na relação criança-aprendizagens-social-escola é um exemplo disso. Medicalizar o fracasso escolar é interpretar o desempenho escolar do aluno quando contraria aquilo que a instituição espera dele, em termos de comportamento ou do rendimento, visto como sintoma de uma doença localizada nele, cujas causas devem ser diagnosticadas (RODRIGUES, 2013, p. 12).

Durante a pesquisa de campo, pude presenciar algo parecido com o supracitado, quando Cauê, de 8 anos de idade (que faz uso da *Ritalina*), relatou que o remédio é “*pra não ficar desconcentrado*”. Espontaneamente, questionei: “*pra não ficar desconcentrado? Mas o que é ficar desconcentrado?*” E o menino, calmamente, me respondeu: “*é não olhar pra trás, não levantar*”. Diante dessa fala, percebo o quanto algumas escola está moldando o sujeito tal qual deseja; uma instituição que, em certa medida, poda qualquer imaginação que vá além do já programado e estabelecido. Isso me inquieta e me intriga. Como podemos, como docentes, mudar essa situação que habita nossas instituições, sendo o disciplinamento um dos objetivos mais almejados

da instituição de ensino e, ao mesmo tempo, um objetivo doloroso para algumas crianças?

Atualmente, a mídia expõe para nós, sociedade, inúmeras informações sobre transtornos e doenças construídas socialmente. Conforme Allen Frances, a contemporaneidade fez surgir transtornos e distúrbios mentais de maneira temível, encontrados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, um documento que aborda e descreve minuciosamente os transtornos mentais, tais como a depressão – doença do mundo adulto – e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – diagnosticado em período escolar<sup>8</sup>.

Conforme reportagem da *Revista Nova Escola*, intitulada “A escola esqueceu que é melhor prevenir do que remediar”, a professora, ao perceber uma possível particularidade na criança, é aconselhada pelo sistema de ensino a responder a um questionário sobre o comportamento da criança. Esse questionário encontra-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV Edição – da Associação Americana de Psiquiatria, composto por 18 perguntas sobre o indivíduo. Caso o aluno se enquadre em muitas questões como “demais” ou “bastante”, é apontado como uma criança com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (REVISTA NOVA ESCOLA, 2013, p. 18-20).

Para autores como Meira (2012), este transtorno é característica de difusões ou transtornos neurológicos, resultando na falta de atenção e em outros problemas que podem trazer a não aprendizagem.

[...] se considera que crianças apresentam dificuldades escolares por causa de disfunções ou transtornos neurológicos (congenitas ou provocadas por lesões ou agentes químicos), as quais interferem em campos considerados pré-requisitos para a aprendizagem, tais como: percepção e processamento de informações; utilização de estratégias cognitivas; habilidade motora; atenção; linguagem; raciocínio matemático; habilidades sociais etc (MEIRA, 2012, p. 136-137).

Outros autores como Rodrigues (2013) trazem esse transtorno como resultado do convívio social, sendo a criança prejudicada com conflitos

---

<sup>8</sup>Informações obtidas no site:

<[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295\\_336861.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html)>Acessado em: 03 fev. 2015

familiares ou sociais, o que resulta na necessidade de ser observada como um todo e não apenas no âmbito da escola.

[...] é importante que se entenda que para além das questões que dizem respeito ao fracasso escolar, e os desdobramentos que deles se fazem sentir, a criança não vive apenas as questões que envolvem conteúdos curriculares. Ela precisa ser vista como um todo, sujeito que pensa, sente e age e, portanto, suscetível às influências do sistema educacional vigente (RODRIGUES, 2013, p. 20).

Diante desses discursos, é possível problematizar o uso de medicamentos como o metilfenidato, comercializado no Brasil com o nome de *Ritalina* e *Concerta*, que fazem parte do grupo das anfetaminas, “atuando como estimulantes do sistema nervoso central, potencializando a ação de duas substâncias cerebrais: a noradrenalina e a dopamina” (MEIRA, 2012, p. 138).

O metilfenidato, classificado no grupo das anfetaminas, e que tem como nome comercial *Ritalina*, inicia seu efeito no organismo a partir de 15 a 30 minutos após a ingestão. É um medicamento que age no sistema nervoso simpático, ativando a liberação de dopamina, serotonina e noradrenalina (BARROS; BARROS, 2010).

Em décadas passadas, a *Ritalina* era “indicada para tratar a fadiga presente em vários quadros psiquiátricos, como também para tratar o cansaço em idosos” (ORTEGA, 2010, p. 501). Hoje é vista como milagrosa, uma pílula capaz de capturar infâncias e robotizar crianças desde a mais tenra idade.

Antes considerado uma desordem transitória e infantil, que raramente alcançava a adolescência, o TDAH é agora descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável. Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida (ORTEGA, 2010, p.501).

A neurologista, consultada por Paula, mãe de Cauê, descreve a *Ritalina* como “*um remédio para se concentrar e que faz efeito só quatro horas e mais nada. E é para ser usado no momento em que ele estiver lá no colégio, para se concentrar, e nada mais, porque senão ele não vai comer e tu vai viciá-lo*”.

Chama a atenção que o TDAH aparece no DSM-5 como pertencente à classificação dos transtornos do desenvolvimento neurológico

(*Neurodevelopmental Disorders*), diferente do DSM-IV que o classificava como pertencente aos “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência” (DSM-IV, p. 112), capítulo que foi eliminado no DSM-5 (RIBEIRO, 2008, p.54).

O aumento exagerado no consumo deste medicamento se dá a partir da dicotomia existente entre seres humanos, entre normais e anormais. Os citados como anormais e caracterizados com transtornos mentais, no Capítulo 4, necessitam de tratamento medicamentoso.

[...] há uma ampliação da categoria com inclusão de novos sinais e sintomas, o que faz com que novas pessoas se reconheçam e se identifiquem com os comportamentos que caracterizam o transtorno. Isso produz o aumento da demanda por tratamento e, conseqüentemente, aumento do consumo da *Ritalina* [...] (ORTEGA, 2010, p. 507).

Este medicamento é descrito como amenizador dos problemas de não aprendizagem dos alunos, assim como professores e médicos acreditam que este tratamento é o responsável pela variação nos comportamentos da criança.

É comum também que agentes das equipes escolares insistam em perguntar aos pais, quando se encontram diante de alguma manifestação não conhecida (ou não desejada) de uma criança que está em tratamento, se ela foi medicada corretamente naquele dia (GUARITO; VOLTOLINI, 2009, p. 240).

Mas o que mudaria a criança ser ou não medicada naquele dia? Seria o motivo do comportamento inadequado da criança? Seria um conforto para o professor saber que poderia trabalhar e atingir suas propostas de atividades do dia? Assim como a escola, os próprios pais reconhecem que a falta do medicamento pode interferir no momento da aula, conforme a fala de Yasmim, colega de Cauê, ao falar sobre o uso do medicamento por parte do colega: “*esses dias a mãe dele veio dá um remédio pra ele ficar calmo [...] é por que ela tinha esquecido*”. Da mesma forma, Bruno disse: “*quando eu esqueço de tomar, a minha mãe me traz e eu tomo aqui (escola)*”. Percebe-se a preocupação da mãe para com o filho, pois é possível que ela acredite que sem o medicamento o filho não terá um “bom” desempenho escolar.

Conforme estudos, a *Ritalina* possibilita à criança maior concentração, facilitando o aprendizado. A escola também se tranquiliza com os diagnósticos,

pois não se vê mais como a culpada pela não aprendizagem do aluno; o diagnóstico, por vezes, funciona como a explicação para todos os problemas que envolvam a criança laudada.

Pensada como uma pílula que imobiliza a criança, lhe igualando a um robô, em primeira instância o uso de medicamentos pode ser visto pela família e pela escola como uma alternativa eficaz, impossibilitando o aluno de manter comportamentos considerados “anormais”.

Todavia, este mesmo medicamento traz consigo consequências, algumas rápidas outras mais tardias, mas cruciais na vida adulta da criança medicalizada, como, por exemplo, falta de apetite, insônia, aceleração nos batimentos cardíacos, depressão e dependência. Esses e outros efeitos do uso deste medicamento são encontrados na própria bula do remédio *Ritalina*.

Ao realizar a leitura da bula, é perceptível que este medicamento tenha sido “criado” para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, isto porque a própria bula traz definições para este transtorno, assim como fornece inúmeras outras informações. Diante dessa leitura, questiono as reais necessidades de se fazer uso deste medicamento, haja vista que um dos únicos benefícios por ele trazido é manter a criança calma e concentrada.

Além dos efeitos colaterais citados acima, o medicamento pode provocar reações diferenciadas em cada paciente: para alguns, pode significar um remédio “salvador”; para outros, uma bomba.

Cabe ressaltar que entrei em contato com um grupo restrito de crianças, não tendo, portanto, uma ampla amostragem. Mas considero importante o fato de que estas crianças me possibilitaram ver com outro olhar a relação entre os colegas. A criança com diagnóstico não foi mencionada em momento algum, pelos colegas entrevistados, como anormal ou qualquer outra nomenclatura pejorativa.

Será que o aluno problema não é somente “um problema” para os adultos, já que questões de convívio problemático não vieram à tona nas falas

dos colegas? Pelo contrário, Yasmin, colega de turma de Cauê, o descreveu como uma criança igual aos outros: *“ele brinca, fala um pouco na sala, mas copia normal e faz o trabalho normal”*.

Esta mesma criança já tem conhecimento do uso do medicamento por parte do colega. A título de exemplo, trago uma de suas falas: *“É que ele é meio assim, mas é por isso que ele tá se acalmado, porque a mãe dele dá o remédio pra ele se acalmá. Eu acho que é por isso que ele se acalma”*.

Da mesma maneira, Bianca não mencionou nenhuma atitude ou comportamento diferenciado em relação à colega Isabeli. As falas de Bianca denotam o quanto Isabeli é vista por ela como “mais uma colega”. Em nenhum momento ela citou a colega como a que “incomoda”; não é algo tão estereotipado quanto o olhar de um adulto. Bianca descreve uma colega um pouco atrapalhada, que faz desenhos pelo caderno, mas sem alguma ênfase de diferenciação em relação aos outros. Afirma ainda que, às vezes, ela passeia pela sala, *“mas daí a profe xinga e ela senta”*.

No transcorrer da conversa, questionei-me sobre este modo de Bianca ver a colega. O que para alguns adultos é apontado como algo errado, a ser “corrigido” e tratado, para ela, uma criança, é algo normal. Então questiono: por que nós, adultos, enclausuramos o entorno em tantas normas? Penso que somos manuseados por uma sociedade ainda extremamente binarista, que divide o certo do errado, o normal do anormal.

É comum entre professores falas como: *“ele nunca termina o trabalho antes do recreio”* (LOPES; FABRIS, 2005, p.1) e *“ele sempre precisa levar os cadernos dos colegas para terminar a tarefa em casa”* (LOPES; FABRIS, 2005, p.1). Estas são formas de direcionar o nosso olhar sobre determinado aluno, apontando-o como a criança problema.

Os dados coletados foram de grande potência para problematizar e analisar o modo como a criança laudada e medicalizada se caracteriza para o outro, assim como o olhar dos colegas em relação à criança. Por esse motivo,

trarei alguns relatos na íntegra e não me deterei tanto em conceitos durante a análise do próximo capítulo.

### 6.1 “Eu arrumo tudinho...mas a minha gata”

Isabeli é uma menina que se descreve como organizada – “*eu arrumo tudinho*” –, gosta de assistir filme e de ficar quietinha. Mas, quando questionada sobre o uso da medicação, primeiramente responde: “*pra eu não ficar doente*”. Alguns minutos depois, em meio a outras perguntas, ao questioná-la novamente respondeu-me: “*pra eu brincar com a minha gata, pra eu conseguir correr, subir na árvore que nem macaco [...] pra eu brincar de pega-pega, de esconde-esconde, brincar de pular corda*”.

A menina relatou, por inúmeras vezes, que, além dela, sua gata Pipoca também toma a “balinha”: “*eu sempre como as balinhas e dô pra minha gata, a Pipoca, ela sempre toma, ela sempre morde*”. Isabeli apresenta uma forte relação com a sua gata, seu animal de estimação, a ponto de transferir para a gata toda bagunça do quarto e os estragos dos brinquedos: “*só que a minha gata, a Pipoca, essa bagunça todo o meu quarto [...] por isso que ela estraga os meus brinquedos*”. Ao mesmo tempo em que se compara à gata, Isabeli deposita nela as suas vontades, seus desejos, como os de subir em árvore e correr rápido. Então, me pergunto: Será que Isabeli realmente não medicaliza a gata?

Se Isabeli acredita que toma a *Ritalina* para não ficar doente, para conseguir correr e subir em árvore, como relatado acima, e a sua gata Pipoca consegue fazer todas essas manobras, então me questiono: Isabeli não poderia estar fazendo essa relação entre a “balinha” e o comportamento da gata?

Penso também o quanto Isabeli já sabe o que um adulto espera do comportamento infantil: “*eu sempre fui calminha, assistia filminho*”. Desde muito cedo, as crianças incorporam as regras do mundo adulto e da escola. Em meio à conversa, Isabeli relatava ser “tranquila”. Penso que tentava se

descrever com comportamentos apontados como normais, os quais a sociedade adultocêntrica busca encontrar na criança.

Como pesquisadora, ao entrevistar Isabeli (diagnosticada com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), senti o desafio de manter um diálogo e o mínimo de concentração, lembrando que eu estava sozinha com ela, em um espaço isolado e silencioso e em nenhum momento o meu objetivo era de controle. Imagino, então, em um ambiente como a sala de aula, por exemplo, onde o professor necessita atender a ela e a mais cerca de 20 crianças, com objetivos, tal como a aprendizagem dos alunos. Lembro, também, que para além da sala de aula existe todo um sistema que coordena a professora e exige dela indicadores de aprendizagem. Nesse sentido, para seguir pensando sobre os processos de disciplinarização escolar, questiono: existe aprendizagem sem controle de corpos em um grande grupo?

Percebo que Isabeli não tem conhecimento sobre o “verdadeiro” motivo pelo qual toma *Ritalina*. Então me questiono: a criança, mesmo sendo uma criança de apenas seis anos de idade, não deveria saber o motivo pelo qual faz uso desse medicamento?

Contudo, é importante relativizar as respostas obtidas nessa conversa, considerando a impaciência da criança que estava ansiosa para usar os computadores da sala onde foi realizada a entrevista e que demonstrou sua impaciência ao mudar frequentemente de assunto.

Já nesta primeira experiência como pesquisadora, inquietações sobre a metodologia apareceram, e repensei o modo de coletar as informações e as próprias estratégias que possibilitam maior diálogo por parte da criança, quando esta não está disposta a responder aos questionamentos.

## **6.2 Indisciplina ou carência de atenção?**

Bruno, um garoto de 11 anos de idade, também laudado com TDAH há cerca de dois anos, faz uso diário da *Ritalina* desde aquela época e considera

um remédio “*pra não ficar tudo em branco na hora da prova*”. Este é o motivo principal alegado por ele para o seu uso.

No decorrer da conversa, Bruno relatou que o padrasto é contra o uso do medicamento, porque “*no começo eu ficava nervoso de uma hora pra outra*”. Esses sintomas, conforme relato de Bruno, acarretaram dúvidas em seu padrasto sobre os efeitos do medicamento em seu organismo. Já a mãe parece acreditar na eficiência do remédio: “*eu ficava nervoso, aí eu brigo, falo que tudo é chato, aí meu padrasto manda eu pará de toma, mas a mãe falou pra mim tomá*”.

Bruno é filho de pais separados, mas destaca que a mãe “*sempre dá um jeito de conseguir dinheirinho pra comprar as coisas*”. Essa atitude talvez seja para amenizar a falta de atenção, ou até mesmo como recompensa por ter tido atitudes julgadas boas. São dúvidas que me inquietaram no decorrer da conversa, pois, mesmo sendo uma criança, Bruno descreveu responsabilidades atribuídas pelos adultos, como a de cuidar da casa: “*a mãe mandou eu ficar em casa [...] é que tem uns homens construindo e eles são ladrão*”. Ao conversarmos sobre família, Bruno descreveu um padrasto legal, que brinca com ele e não briga com a mãe, diferente de seu pai: “*quando eles tavam em crise, eles brigavam muito*”.

Isso me leva a questionar: Será que os problemas de concentração são sempre da criança? Ou seja, o que pode provocar a falta de concentração? Como é possível uma criança manter a concentração em conteúdos que algumas vezes não lhe agradam, passando por circunstâncias como estas de brigas e separação de pais? Nem mesmo nós, adultos, conseguimos nos desprender de conflitos de maneira rápida e nos concentrar. Como poderemos exigir isso de crianças que presenciam conflitos de pais, sendo eles sua referência? As pessoas são, para eles, exemplos a seguir?

Algumas vezes é preciso refletir e tentar entender que, “por trás dessas crianças que se portam mal pode haver situações de disputa, violência doméstica, mudanças e divórcios” (EIDT; TULESKI, 2010, p. 122-123).

O transtorno de Bruno, conforme ele, foi diagnosticado a partir de narrativas da mãe e alguns relatos seus. A iniciativa de levar Bruno ao psiquiatra surgiu com a indicação do psicopedagogo da instituição de ensino em que estuda, tendo como motivo a falta de concentração, por não se lembrar do que havia estudado no momento de realizar as provas curriculares.

Percebi em Bruno um menino que acata as regras da mãe e sabe de sua importância: “*eu ganhei um computador novo*”. Penso que ter ganhado o computador despertou em Bruno algo positivo, pois percebe a importância de um bom comportamento, tendo como resultado algo satisfatório para si. Poderia esse presente ser uma recompensa por ter atendido ao pedido de cuidar da casa? Ao mesmo tempo, essa recompensa, no caso o computador, também tem regras quanto ao seu uso, como desligá-lo no horário estabelecido: “*as oito eu já tenho que desligar*”. Ribeiro (2008) expõe que:

recompensar a criança pelo comportamento apropriado é uma estratégia que a ajuda a criar uma motivação interna para resistir ao impulso e permanecer, por exemplo, em uma tarefa, dando-lhe motivação externa adicional (RIBEIRO, 2008, p.128).

Já na escola, as normas, algumas talvez desnecessárias, mas exigidas pelo espaço, são desrespeitadas por Bruno, como caminhar pela sala e ir à classe do colega. Essas atitudes apontadas como negativas resultaram, nos professores de Bruno, a desconfiança, uma vez que o menino descreve as professoras como as que xingam e não acreditam nele.

Mas, acima de tudo, Bruno se descreve como uma criança com sonhos, que vai à escola com intuito de apreender e passar de ano para depois fazer cursos e mais tarde ter uma vida boa.

### **6.3 Incompreensão materna: criança medicalizada**

[...] não é que ele tenha uma doença, mas só que até ele se adaptar, ele demora mais, mesmo sendo uma criança normal, ele demora mais pra começar a se concentrar [...] ele só é mais lento (relato do médico neurologista).

Um menino extremamente organizado, que adora ir à escola para aprender a ler e a escrever, mas cujas atitudes julgadas negativas o transformaram em uma criança laudada com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. No decorrer da conversa com Cauê, ele descreveu um pai presente em sua rotina diária: “*ele brinca comigo, a gente joga play*”, e a mãe “*às vezes, ela precisa cuidar da casa*”.

Uma criança com uma rotina tranquila. Ao acordar, faz os temas da escola, os quais ele afirmou que, mesmo não gostando, fazia, e, em seguida, procura jogar play ou escutar música. Essa rotina é confirmada pela mãe: “*ele acorda, ouve música, e os temas é preciso mandar*”. Ribeiro (2008) ressalta que os deveres de casa são momentos turbulentos, pois exigem da criança concentração e recebimento de normas:

[...] o dever de casa é uma tarefa que traz grandes desafios para as crianças com TDAH e seus pais. A carga de atividades escolares, somada às inquietações e à oscilação da atenção da criança tornam o cumprimento dessa obrigação um sacrifício para a criança e um tormento para a família. [...] em geral, elas precisam de supervisão contínua para sua execução, sobrecarregando também os pais (RIBEIRO, 2008, p.81).

Cauê é uma criança bastante perfeccionista e organizada, gosta das coisas em seus lugares e tem sempre tudo muito limpo. Um menino que reconhece a medicalização e os motivos pelos quais faz uso, sendo para ele o principal motivo a falta de concentração na sala de aula. Todavia, em uma fala quase sem importância para ele, pude perceber o quanto é questionável o diagnóstico desta criança. Perguntei como eram as aulas de matemática, por exemplo, antes de ele tomar a *Ritalina*, se conseguia acompanhar, resolver as contas. Sem hesitar, ele disse: “*conseguia, demorava, mas eu conseguia*”. A partir dessa resposta, questionei: “*Mas tu gosta de tudo? E matemática? Tu faz as continhas? Antes também tu fazia?*” e ele: “*Eu demorava mas eu conseguia*”.

Percebo, então, o tempo como um inimigo das crianças. Conforme Lopes e Fabris (2005), o tempo caracteriza o aluno com dificuldades, pois os que não conseguem acompanhar de maneira produtiva esse tempo estipulado

pelo espaço da sala de aula são apontados e reconhecidos como atrasados, os que não aprendem, ou indisciplinados.

O tempo escolar é que vai determinar o tempo do sujeito, enunciando para ele *como, o que e em qual* fase do desenvolvimento determinadas aprendizagens devem acontecer. Aos limites espaço-escola e tempo-desenvolvimento, “todos” devem ser submetidos, para que seja estabelecida uma média em torno da qual se situa um espaço de normalidade. O tempo escolar é único e o que pode acontecer na escola é que cada aluno, dentro de um período de um ano letivo, aprenda mais rapidamente, mais lentamente ou não aprenda o que é “ensinado” (LOPES; FABRIS, 2005, p.1)

A escola exige corpos comportados, que permaneçam sentados, fazendo as atividades ordenadas pelo docente; um espaço que necessita de concentração. É preciso, segundo Cauê: *“ficar sentado, não sair da cadeira muitas vezes, copiar tudo, fazer o tema, arrumar o caderno, ter tudo direitinho no colégio”*. Nessa fala, é possível perceber que a criança já tem incutidas as maneiras de se comportar desejadas pelos adultos. Essas atitudes apontadas por Cauê, quando não cumpridas, caracterizam a criança com “anomalia”, um ser que necessita de correção. Além disso, essas características, como levantar da cadeira ou mexer as mãos e os pés, são apontadas por Argollo (2003) como características da hiperatividade:

[...] a criança a agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira, abandonar sua cadeira em sala de aula ou em outras situações na qual se espera que permaneça sentado (ARGOLLO, 2003, p.198 – 199).

Muitas vezes as crianças que apresentam qualquer dificuldade ou que, por distração, não realizam as tarefas exigidas pela professora, têm como castigo a retirada do momento do brincar. Conforme a fala de Cauê, quando *“se atrasava quando era pra escrever, aí eu voltava pra sala e não podia ir pro pátio”*.

Em relação a isso, questiono: qual o direito de retirar da criança o momento de brincar, uma vez que “o brincar é uma maneira não ameaçadora de manejarmos novas aprendizagens, mantendo, ao mesmo, tempo, nossa autoestima e autoimagem?” (MOYLES, 2008, p. 16). Como queremos formar seres humanos autônomos e críticos se não disponibilizamos a eles momentos

de prazer? São reflexões minhas, mas que compartilho com pais e professores, com o intuito de problematizarmos juntos e repensarmos nossas práticas.

Para Cauê, estar desconcentrado não é sinônimo de estar doente, pois *“doente é quando se tem febre, dor de garganta, dor de cabeça”*, sintoma este que não faz parte do seu diagnóstico. Mas, então, por que tomar remédio se não está doente? E, o mais inquietante, Cauê sabe que o remédio é para melhorar o rendimento escolar, para melhorar sua concentração, pois em finais de semana não há necessidade de tomar a *Ritalina*, conforme palavras dele: *“em sábado e domingo eu não tomo por que eu não venho pro colégio, [...] eu não preciso se concentrar”*.

O benefício desse medicamento é apresentado por Cauê em alguns momentos da fala, pois, mesmo conseguindo fazer as atividades sem o seu uso, agora, tomando todos os dias antes de ir ao colégio, não precisa mais permanecer na sala de aula no momento do intervalo: *“agora é melhor, porque não precisa voltar pra sala pra copiar”*. Penso e me alegro em saber que, apesar de estar sob o efeito do remédio, Cauê ainda sente o prazer do brincar, de ter momentos de descontração.

No decorrer da conversa, Cauê mostrou uma aproximação muito forte com o pai, descrevendo-o como alguém que brinca, mesmo precisando trabalhar – entre uma corrida e outra (pai trabalha de taxista), tira um tempo para o filho. Quando questionado sobre a mãe, Cauê descreve apenas que ela precisa trabalhar. Neste momento, arrisco-me a pensar que o pai, mesmo trabalhando fora, está mais presente para a criança em sua rotina do que a mãe, que é dona de casa e algumas vezes por semana produz salgados para vender.

Contudo, intriga-me e me leva a pensar que o fato de a mãe ser extremamente protetora acabe sufocando, uma vez que ela afirma que não deixa a criança sair para brincar com as crianças da rua. Outro ponto que pode ser discutido a partir da fala do menino referente à mãe é sobre o uso do medicamento. Cauê diz que a mãe gosta de que ele tome o remédio, pois não fica atrasado, e deste modo não precisa voltar para a sala de aula para copiar,

no momento do intervalo. Descreve também que, após o uso do medicamento metilfenidato, a professora também não o xinga mais, pois agora sabe que precisa ficar sentado e não olhar mais para trás.

#### **6.4 Idealização comportamental: super proteção maternal**

Além das crianças citadas acima, tive a oportunidade de entrevistar a mãe de Cauê, uma mãe preocupada com o filho e, principalmente, com o comportamento dele. Ao expor meu interesse em conversar com ela sobre o filho, Paula aceitou no exato momento, pois ressaltou que sente necessidade de compreender o comportamento do filho, e que talvez eu pudesse ajudar.

Paula é dona de casa, mãe de dois filhos, sendo Cauê o mais novo. Estes são filhos de pais diferentes, no entanto, para Cauê, não existe nenhuma diferença quanto a isso, até porque em nenhum momento de nossa conversa mencionou o fato. Como pesquisadora, eu só tive conhecimento dessa informação em entrevista com a mãe. Paula relatou ter tido medo de engravidar por medo de Maicon, seu marido e pai de Cauê, rejeitar o seu primeiro filho, coisa que não aconteceu. Neste mesmo momento da conversa, Paula relatou um relacionamento bastante amigável com o marido, e que dificilmente ocorre discussão entre ambos, transparecendo, assim, que as discussões existentes em casa são oriundas de conflitos seus com o filho Cauê.

Nesse sentido, vale considerar que:

[...] os sentimentos e os comportamentos negativos dos pais em relação às crianças provoca nos filhos reações emocionais e comportamentais disfuncionais que, por vezes, acirram o conflito, em um processo de retroalimentação e crescente agravamento dos sintomas do TDAH da criança (RIBEIRO, 2008, p. 99).

Esse ponto da conversa me desacomodou, uma vez que já havia percebido na fala de Cauê um incômodo em relação às discussões com a mãe, que parece querer moldar o seu comportamento a todo instante. Então me questiono: será que os sintomas que a mãe descreveu que Cauê possuía não são resultados das discussões com a mãe? Percebo que Paula elogia o filho

para os outros, mas não menciona as qualidades dele para ele mesmo. Assim, a criança pode pensar que sua mãe não encontra nela pontos positivos.

Paula descreveu que teve uma gravidez de risco, que lhe exigiu meses de repouso: *“eu levantava apenas para ir ao banheiro”*. Por esse motivo, questiona-se: este pode ser o motivo por Cauê ser assim, um menino agitado e com comportamentos indesejados? A mãe fala: *“eu não sei se isso passou pra ele, mas eu tive uma gravidez bem agitada”*.

Controvérsias nortearam a nossa conversa. Ao mesmo tempo em que a mãe descreveu um filho inteligente, também o apontou como agressivo, e que sempre o levou à psicóloga, pois é *“uma criança terrível”*. Vi à minha frente uma mãe que idealizou um filho com comportamentos invejáveis e que se impossibilita de aceitar a sua conduta. Outra situação que também me causa estranhamento é a maneira como esta mãe lida com o comportamento do filho, o incômodo que lhe causa é preocupante: *“todo mundo fica impressionado quando eu falo que o Cauê toma Ritalina”*. Será pelo fato dos outros não terem idealizado um comportamento para ele? Ou será que esta criança apresenta estes comportamentos somente na presença da mãe, uma vez que a própria escola questiona a necessidade do tratamento medicamentoso?

Conforme a própria mãe, tanto a coordenadora pedagógica quanto a diretora da instituição de ensino que Cauê frequenta questionam: *“mãe, o Cauê precisa mesmo?”* A mãe diz que precisa sim [...] e que só quem convive com ele sabe como ele é. Mas, se pensarmos mais detalhadamente sobre o aumento exagerado de laudos, poderemos perceber que geralmente é a escola que busca domesticar o corpo, e não tanto a família. Se a escola não considera de extrema necessidade o uso do medicamento, por que a mãe insiste em medicalizar o filho? Contudo, mesmo não aceitando o rigor do tratamento, a escola, por pedido da mãe, organizou estratégias que possam auxiliar no melhor desempenho escolar por parte da criança.

Paula apresenta Maicon como um pai carinhoso e dedicado, no entanto exageradamente manipulado por Cauê, *“se o Cauê ligar e falar eu quero um xis*

*agora, ele ia e buscava independente da onde ele tava*". A mãe afirmou que algumas vezes negava algo para Cauê; entretanto, ao telefonar para o pai, seus pedidos eram realizados. Essas atitudes só foram barradas pela psicóloga, que entrevistou na relação de pai e filho. A partir de então, antes de atender a qualquer pedido do filho, o pai deve consultar a mãe, para que juntos decidam. Conforme a mãe, a criança chegava a agredir o pai, *"ele avançava, agora ele parou, [...] uma vez ele avançou no pai, que eu tive que pular nele pra tirar ele de cima"*.

Ao relatar esta situação de agressão, assim como em outros momentos da conversa, percebo o quanto esta mãe idealiza a *Ritalina* como um medicamento capaz de "resolver" os problemas de seu filho, pois relata que antes, quando o filho não era medicalizado, situações como de agredir o pai e não conseguir auxiliar a criança nas tarefas de casa eram frequentes. O filho não conseguia copiar todo o tema, e nem mesmo se lembrava das explicações dadas pela professora. Hoje, com o uso do remédio, conforme a mãe afirmou, o menino consegue fazer os deveres de casa, *"só é preciso mandar que ele faz"*, e tem uma relação muito forte com o pai.

Percebo esta mãe cansada de momentos turbulentos vividos em casa, *"às vezes eu tenho vontade de subir naquele morro e ficar bem quietinha"*, mas parece ser esta mesma mãe que inicia alguns momentos de conflitos, uma vez que diz brigar com o filho para que ele tenha um melhor comportamento, sendo que estas brigas trazem como desculpa o motivo do irmão mais velho não ter sido uma criança agitada, e não ter tido a diversidade de brinquedos e roupas que ele tem.

Todavia, essas discussões, conforme a mãe, nada adiantam. Após segundos, Cauê volta a se comportar inadequadamente. Tendo em vista essas considerações, vemos a necessidade de um verdadeiro diálogo que possa resultar positivamente para ambos os lados, para a criança e para a mãe. Ribeiro (2008) expõe que é preciso diálogo e não apenas a escuta por parte da criança, é preciso que os pais abram espaço para que a criança possa se defender.

Dialogar com a criança em vez de ter conversas que comportam apenas a fala dos pais, dar-lhe oportunidade de formular e expressar sua opinião e seus sentimentos, ajudá-la a planejar suas atividades e a prever as consequências de seus atos [...] (RIBEIRO, 2008, p.127).

Ao conversarmos sobre a “descoberta” do transtorno, a mãe relatou uma longa trajetória em consultórios psicológicos à procura do diagnóstico já há alguns anos, por acreditar que o filho teria algum problema. Ele não permanecia quieto. *“Tu vai olhar os brinquedos que ele tem, mas ele não é capaz de pegar e sentar para brincar”*, disse a mãe. Após conversas com Cauê, Paula e Maicon, a psicóloga falou que ele não era uma criança hiperativa. *“Mas meu Deus, como não é uma criança hiperativa, se ele não pára. Sabe o que é acordar e ir até à noite? Ele não sabe o que é ficar sentado, ele não sabe. Ele não pega um brinquedo e brinca”*, destacou a mãe. *“Após algum tempo, fiz uma tomografia, mas só que não mostrou nada, mas ele (médico) falou que o Cauê é uma criança hiperativa. Mas como? Se o exame não mostrou absolutamente nada?”* (Paula).

Mesmo assim, o primeiro psiquiatra que tratava Cauê afirmou que ele era hiperativo e receitou a Ritalina. Mas a mãe, por influências e inquietações pessoais, como a falta de apetite do filho, decidiu procurar uma segunda opinião. A terceira e atual médica consultada por Paula é que questiona o diagnóstico e o uso da *Ritalina* por parte da criança, aconselhando Paula a medicalizar o filho somente antes de ele ir ao colégio. Conforme Paula, a neurologista disse: *“mãe, continua a dar só na hora de ir pro colégio e quando estiver terminando tu volta aqui, [...] que eu vou tirar a Ritalina dele”*.

Mas por que medicalizar se há controvérsias entre Cauê ser ou não uma criança laudada com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade? Para a mãe, além de acalmar o filho, o fato de ter duas caixas de *Ritalina* em casa é motivo de medicalizar, até porque é um medicamento caro, ou seja, a mãe acredita que o remédio não pode ficar “sobrando” em casa e deve ser utilizado pelo filho.

A neurologista então receitou um outro medicamento que deve ser dado à noite. Quanto à *Ritalina*, Paula afirmou: *“vou dar até acabar”*. Como

pesquisadora, questiono: como é possível ao mesmo tempo em que a mãe em algumas falas se posiciona contra a *Ritalina*, em outro momento, mesmo que a médica ache desnecessário o uso diário do metilfenidato, a mãe prefere medicalizar o filho pelo simples fato de ter o remédio em casa e não poder trocar na farmácia?

Vale questionar a tão desejada presença dos pais na vida das crianças, pois em alguns momentos da conversa, percebi uma mãe cansada da rotina, sufocada pelos deveres da casa e, principalmente, pelo comportamento do filho. Mesmo percebendo o amor incondicional de mãe e toda a sua proteção pelo filho, é perceptível o cansaço psicológico: “*a psicóloga me mandou ignorar, eu já ignorei, mas ele sobe em cima da tua cabeça*”. Ribeiro (2008, p.79) expõe que “pais desistem de educar seus filhos, alternando entre ignorar ou punir severamente os comportamentos dos filhos de acordo com seu estado de humor”.

## 7 QUESTIONANDO O DIAGNÓSTICO

Conforme já discutido anteriormente sobre o diagnóstico e suas controvérsias, tenho como propósito neste capítulo, esclarecer o modo como a criança costuma ser diagnosticada com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade por alguns profissionais da área da Saúde.

Para que a criança seja diagnosticada, sintomas como desatenção e hiperatividade devem aparecer em mais de um ambiente, ou seja, é preciso que apareça em pelo menos dois locais distintos e que estes sintomas se manifestem na criança por seis meses ininterruptos (ARGOLLO, 2003).

Trago na sequência alguns trechos dos relatos das crianças e da mãe que participaram desta pesquisa. Todos os diagnósticos destas três crianças foram realizados baseados em relatos de pais, professores e da própria criança.

Ao serem questionados sobre quem havia indicado o remédio, e o porquê, duas das três crianças entrevistadas mencionaram o seu mau comportamento em sala de aula. Bruno, por exemplo, disse: *“eu ficava conversando, olhando para trás e caminhando. Aí as professoras chamavam minha atenção, eu ficava de castigo, me xingavam, ou eu vinha aqui pra diretora”*.

Penso que um fator preocupante em relação ao diagnóstico é quando ele é resultante somente de relatos, ou seja, quando se trata de um diagnóstico formulado a partir de discursos. Cabe considerar que é possível que muitos pais, ao serem questionados sobre o comportamento dos filhos, sobre sua concentração, sua rotina de atividades etc, respondam num tom de queixa. Queixa esta que pode ser reflexo de um adulto cansado de repetir as mesmas ordens, ou pais que gostariam que seu filho fosse mais calmo, corresse menos, não falasse tão alto, se comportasse de forma mais semelhante a um adulto. Ou ainda as narrativas dos pais podem ser a reprodução das reclamações, muitas vezes oriundas de professores que buscam uma homogeneização de comportamentos em espaços escolares.

É possível então que estes relatos sejam desencadeados por sufocantes desabafos de pais sobrecarregados com o comportamento “indesejado” do filho. Pais que sonham em ter um filho “normal”, que comparam a criança “laudada” com os irmãos: “*o mano não tinha nem a metade do que tu tem, talvez tu tenha demais*” (Paula). Penso que esta comparação causa na criança revolta a sensação de ser inferior ao irmão.

Desse modo, não podemos aceitar imediatamente estes diagnósticos; devemos nos questionar, uma vez que este é um documento que poderá transformar toda a vida da criança. Conforme nos afirmam Brzozowski e Caponi (2009, p. 1172):

o diagnóstico de TDAH é uma classificação, uma vez que ele nomeia um indivíduo, uma criança, atribuindo-lhe certo número de características que até então não se tinha percebido que ela apresentava. Esse diagnóstico é feito por meio de um conjunto de sintomas que são lidos, traduzidos e interpretados pelo profissional médico. Dar um nome a uma criança, classificá-la, gera uma mudança em sua vida.

Assim como a escola que muda o tratamento com a criança laudada, a família também reorganiza o modo de ver e tratar esta criança. “Ao saber do diagnóstico, a família, principalmente a mãe, assim como os professores, modificam suas atitudes para com a criança [...]” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009, p.1172).

É possível concordar com estes autores, utilizando como comparação a fala da mãe entrevistada: *“sabe, tem horas que não precisa de criança melhor, mas tem domingos que eu me obrigo a dar Ritalina para ele”*. Nessa fala é possível perceber que a mãe acredita fortemente que a “agitação” do filho seja recorrente da falta do medicamento. Isso porque, aos finais de semana Cauê não é medicado pelo fato de não precisar se concentrar, como se deseja que seja na escola. Por este motivo, Paula, ao perceber o filho inquieto, agitado, mesmo não sendo recomendado pela neurologista, medica o filho a fim de acalmá-lo.

Deste modo, ao questionar Paula sobre o diagnóstico, ela destacou: *“ele (médico psiquiatra) me pediu uma ressonância e uma avaliação com a psicóloga, mas o exame não mostrou nada”*.

Ao interrogar Bruno sobre quem havia receitado o medicamento, ele imediatamente respondeu: *“a mãe me levou lá em Lajeado, num médico que o pedagogo falou que com este remédio não ia ficar tudo em branco na prova. Aí ele mandô eu falar umas coisas e me deu esses remédios”*. Então perguntei se a mãe também conversou com o médico, e ele disse que sim. Este pequeno recorte de uma das conversas já nos possibilita reflexões sobre os diagnósticos, uma vez que as falas comprovam o diagnóstico duvidoso dessas crianças.

Ao questionar a forma como é o diagnóstico, automaticamente questiono o uso de medicamentos para amenizar o TDAH, haja vista que todas as três crianças entrevistadas nesta pesquisa fazem uso do medicamento *Ritalina*.

Conforme laudo<sup>9</sup> apresentado por Paula, a psicopedagoga que “diagnosticou” o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, descreve Cauê como sendo um menino *“bastante agitado, que enfrenta os pais, faz birras, é facilmente irritável e demonstra medo de ficar sozinho. [...] Na escola, os professores relatam que o menino é impulsivo, não consegue permanecer quieto, levanta-se frequentemente da cadeira, distrai-se facilmente com*

---

<sup>9</sup> Laudo da psicopedagoga em relação a Cauê. Disponibilizado pela mãe e cujo conteúdo ela relatou durante a entrevista.

*estímulos externos, perde ou esquece os materiais escolares, além de irritar os colegas com suas brincadeiras”.*

Esta avaliação integra o diagnóstico, que é composto pelos seguintes procedimentos: entrevista de anamnese com a mãe; Escala Wechsler de Inteligência para crianças – WISC IV; Figuras complexas de Rey (cópia e memória); Tarefa de aprendizagem auditivo – verbal; Tarefa de fluência verbal (fonológica e semântica); Tarefa de fluência figurativa; Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH, preenchida pela professora; Questionário de Depressão infantil; Entrevista de Devolução dos resultados da avaliação neuropsicológica; Escala SNAP-IV (escala de pontuação para pais e professores), que tem por finalidade avaliar a presença de sintomas do critério A para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Além desses itens, a avaliação é composta também pela descrição dos pais, conforme consta no laudo: *“Os pais confirmaram a presença de oito entre os nove sintomas de desatenção, sete de nove sintomas de hiperatividade/impulsividade e seis dos oito sintomas para comportamento desafiador/opositor”.* Para a professora, *“presença de cinco dos nove sintomas de desatenção, três dos nove sintomas de hiperatividade e dois dos sintomas para comportamento desafiador/opositor”* (laudo).

Desse modo, *“ficou caracterizada a presença de grau significativo em todos os critérios avaliados no ambiente familiar e nenhum sintoma no ambiente escolar. Porém, é importante lembrar que Cauê já fazia uso de medicação antes de ir para a escola”.* A psicóloga ressalta, ainda, que *“os comportamentos hiperativos e impulsivos relatados pela escola e pais não foram observados em consultório”* (laudo). Por fim, frente aos resultados da avaliação *“encontramos sintomas que contemplam critérios para o quadro de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”* (laudo).

Contudo, mesmo não apresentando nenhum comportamento que a psicopedagoga julga pertinente durante os momentos no consultório, mas tendo como base os relatos dos pais e da professora, ficou diagnosticado que Cauê apresenta o transtorno.

Outro fator determinante no laudo desta criança – que acredito ser o mais acentuado – é o relato da mãe. Uma mãe presente na vida escolar e social do filho e extremamente protetora: “*eu não deixo ele ir, ele não atravessa a rua, [...] eu até deixo ele brincar, mas na rua só tem coisa ruim*” (Paula).

Atualmente, a neurologista que está acompanhando Cauê faz o mesmo questionamento: *há necessidade do uso da Ritalina?* A doutora falou que não daria *Ritalina* pra ele, que daria outro remédio [...]. Ela disse: *Mãe, eu pararia com a Ritalina*”. Mesmo esta neurologista duvidando e questionando a mãe sobre o uso do remédio, pedindo-lhe para que a mãe não medicasse o filho antes das consultas “*Mãe, não dá o remédio pro Cauê quando tu trazer ele pra mim que eu quero ver a reação dele*”, em nenhum momento da conversa Paula deixou transparecer a ineficácia da *Ritalina* para o filho. Para ela, este remédio é de extrema necessidade para Cauê.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer das conversas realizadas com as crianças, por inúmeras vezes me questionava sobre a necessidade delas estarem fazendo uso de um medicamento, com o objetivo de amenizar comportamentos apontados como anormais ou indesejados.

Outro aspecto que me inquietou por diversas vezes no decorrer do trabalho é o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. A área da saúde defende que a causa do transtorno é neurobiológico; todavia, exames clínicos como a tomografia, não apresentam nenhuma deficiência. Mesmo assim, os profissionais da saúde se utilizam de narrativas de pais, professores e da própria criança para diagnosticar o transtorno. Questiono, então, se a relação entre o transtorno e as causas genéticas ainda pode ser mantida. Não seria o momento de repensar e analisar as verdadeiras causas desse transtorno, assim como o uso de medicamentos por parte dessas crianças?

Além disso, existe uma dicotomia entre opiniões de especialistas da área da saúde em relação a uma mesma criança. Para a psicóloga de uma das crianças entrevistada por mim, Cauê é portador do Transtorno de Déficit de Atenção, mas, para a neurologista, esse diagnóstico é questionável, tanto que a médica solicita à mãe da criança que não dê o remédio ao filho quando

tiver consulta marcada, e afirma que irá interromper o tratamento com *Ritalina* para a criança. Penso que essa situação seja um forte exemplo do quanto o diagnóstico é questionável e deve ser problematizado. E mais, o que nós, docentes, inseridos em um sistema engessado, podemos fazer para que nossas crianças possam viver de fato a sua infância?

Em relação às entrevistas, destaco alguns aspectos. Percebi, durante a entrevista com Paula, mãe de Cauê, o quanto esta relatou, despercebidamente, que o comportamento indesejado do filho está ligado com a sua presença. Isso é confirmado em momentos da conversa em que Paula expõe que tanto a escola quanto amigos da família dizem não acreditar no uso do medicamento pela criança.

Percebi também o quanto Paula acredita no diagnóstico do filho para que seja a “resposta” pelo comportamento dito “indesejado” dele. Conforme seu relato, consultou quatro médicos especialistas para descobrir o que o filho Cauê tem. Destes, dois o diagnosticaram com o TDAH, e os outros dois não. Todavia, para a mãe, é preferível acreditar que o filho seja uma criança hiperativa, pois seria esta a explicação para o seu comportamento, tendo como principal aliado contra este transtorno o medicamento *Ritalina*, o qual a criança, por pedido da neurologista, (que está analisando se há necessidade do uso do medicamento), usa somente de segunda a sexta-feira, ou seja, nos dias de ir ao colégio, livrando os finais de semana desse tratamento. Contudo, Paula, mãe de Cauê, relata que, às vezes, por inquietude do filho, medica a criança aos domingos, pois, conforme ela, Cauê não para quieto, e isso lhe incomoda.

Destaco uma semelhança entre o anormal do século XVII, apontado por Foucault, e o dito “anormal” da contemporaneidade, tendo como base o “indivíduo a ser corrigido” e os nossos indisciplinados de hoje. Naquele século, o “indivíduo a ser corrigido” era controlado através da internação, do afastamento de toda a sociedade, e “tratado” na busca da correção. Hoje, uma maneira contemporânea de lidar com o ser “incorrigível” é o uso de remédios como a *Ritalina* e o *Concerta*, medicamentos que acomodam a criança e os auxiliam na aprendizagem. É preciso deixar claro que é a própria sociedade

que caracteriza este sujeito, o qual é incorrigível em determinados contextos, criados por nós mesmos.

Nesta mesma linha de pensamento, destaco a classificação existente em nossa sociedade. Não é audacioso dizer que estamos vivendo em uma sociedade binária, que busca a todo momento encontrar e dividir o normal do anormal. Tanto nas escolas, como na sociedade, situações como estas ocorrem nas ruas de periferias e centros populacionais. É impossível apenas observar e manter-se neutro quando temos à nossa frente situações espinhosas como estas.

Com base nas análises das entrevistas, confirmo que o olhar diferenciado sobre a criança apontada como a “diferente” existe somente por parte do adulto. Os colegas entrevistados descrevem os seus colegas como crianças “normais”, que fazem tudo normal como os outros fazem.

Ao concluir esta pesquisa, reitero as lacunas existentes na realização do diagnóstico. Através do referencial teórico estudado e a análise dos dados obtidos na pesquisa de campo, percebi opiniões divergentes em relação à mesma criança por diferentes profissionais da área da saúde e da educação. Nesse sentido, pude constatar que nem sempre as crianças medicalizadas e diagnosticadas com TDAH possuem, de fato, esse transtorno. Cabe destacar a necessidade de revermos os encaminhamentos de crianças consideradas “anormais” para obtenção de diagnóstico, bem como a sua medicalização e forma de tratamento.

## REFERÊNCIAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2015. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menus+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta+tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>> Acesso em: 24 jan. 2015.

ARGOLLO, Nayara. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: aspectos neuropsicológicos. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 197-201, 2003.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

A ESCOLA ESQUECEU QUE É MELHOR PREVENIR DO QUE REMEDIAR. **Revista Nova Escola**. São Paulo, Fundação Victor Civita, Ano XXVIII. N. 263. p. 18-20, jun./jul. 2013.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BARROS, Elvino; BARROS, Helena M. T. **Medicamentos na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Moemi Cucurrullo de. Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 33 (1), p. 208-221, 2013.

\_\_\_\_\_. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. **Physis**, Rio de Janeiro, UERJ (Impresso), v. 19, p. 1165-1187, 2009.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Infância e maquinarias**. 2001. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2001.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Florianópolis-SC, vol. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan./jul.2005.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação). **Revista Ideias**. Campinas. Séries Iniciais n.23, p. 25 – 31, 1994.

COUTINHO, Karine Dias. **A emergência da psicopedagogia no Brasil**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2008.

EIDT, Nadia Mara; TULESKI, Silvana Calvo. Transtorno de déficit de atenção: hiperatividade e a psicologia histórico-cultural. **Cadernos de Pesquisa** (Fundação Carlos Chagas. Impresso), v. 40, p. 121-146, 2010.

FIORE, Mariana de Araújo. **Medicalização do corpo na infância**: considerações acerca do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Clio-Psyché-Programa de Estudos e Pesquisas em História Psicológica. Mnemosine (Rio de Janeiro), v. 1, p. 364-380, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FRANCES, Allen. **Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais**. El País: o jornal global, 27 set 2014. Disponível em <[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295\\_336861.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html)> Acesso em: 03 fev. 2015.

FRANCISCHINI, Rosângela; CAMPOS, Herculano R. Crianças e infâncias, sujeitos de investigação: bases teórico-metodológicas. In: Silvia Helena Vieira Cruz. (Org.). **A criança fala**: a escuta de crianças em pesquisa. São Paulo: Cortez Editora, 2008, p. 102-117.

GERAÇÃO Ritalina. **Revista Trip**. 21 set. 2011. Disponível em <<http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html>> acesso em: 05 fev. 2015.

GUARITO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em revista**. Belo Horizonte, v. 25, n. 01, p. 239-263, abr. 2009.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clínicos**. São Paulo, v. 18 n. 1, p. 153-165, jan./abr. 2013.

KOHAN, Walter O. **Infância**: entre educação e filosofia. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

LEITE, Maria Isabel. Espaços de Narrativa: onde o eu e o outro marcam encontro. In: CRUZ, Silvia Helena Vieira et.al (Org.). **A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas**. São Paulo: Editora Cortez, 2008. p. 118-140.

LOPES, Maura Corcini; FABRIS, Eli Henn. **Dificuldade de aprendizagem: uma invenção moderna**. In: Anais da XXVII Reunião Anual da Associação Nacional de Pesquisa em Educação/ANPED. Caxambu: 2005.

LUENGO, Fabíola Colombani; CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. **Revista de psicologia de Unesp**, v. 8(2), 2009.

MANZINI, Eduardo J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2004. Anais, v. 1, p. 1-10. Bauru: USC, 2004.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia escolar e Educacional**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, jan./jun. 2012.

MOYLES, Janet R. (Org). **A excelência do brincar: a importância da brincadeira na transição entre educação infantil e anos iniciais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Ó, Jorge Ramos do. **A arte de governo e a sequência reversível da psicopedagogia moderna: Poder – Saber – Querer (1879-1911)**. Disponível em: <<http://www.c-e-m.org/wp-content/uploads/ramos-do-o-a-arte-do-governo.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

O QUE É TDAH? **Associação Brasileira do Déficit de Atenção**, 2015. Disponível em <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>> Acesso em: 06 fev. 2015.

ORTEGA, Francisco et al. Ritalina in Brazil: production, discourse and practices. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set. 2010.

PSICOESTIMULANTES. **Portal Educação**, Campo Grande, 05 abr. 2013. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/42307/psicoestimulante>> Acesso em: 14 mai. 2015.

PEREIRA, Rita Marisa Ribes; SOUZA, Solange Jobim; SALGADO, Raquel Gonçalves. Pesquisador e criança: dialogismo e alteridade na produção da infância contemporânea. In: **Cadernos de Pesquisa** (Fundação Carlos Chagas. Impresso), v. 39, n 138, p. 1019-1036, 2009.

PIRES, Natália dos Santos. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na adolescência: uma pesquisa bibliográfica**. 2011. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização Em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Jacqueline Oliveira Silva.

RIBEIRO, Vânia Lúcia Morais. **A família e a criança/adolescente com TDAH: relacionamento social e intrafamiliar.** Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2008.

RODRIGUES, Marlete M. S. **Medicalização de crianças:** Revisando dissertações de mestrado no banco de tese da Capes (2007 – 2011).2013. Monografia (Especialização). Curso de Especialização em Psicologia. Ênfase em Infância e Família, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VARELA, Julia; ALVAREZ – URIA, Fernando. A máquina escolar. **Teoria & Educação.** São Paulo, n. 6, p.68-96, 1992.

VEIGA-NETO, Alfredo. Incluir para excluir. In: SKLIAR, Carlos; LARROSA, Jorge. (Org.). **Habitantes de Babel:** poéticas e políticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 105-118.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. **Inclusão e governamentalidade.** Educação e Sociedade, v. 28, p. 947-963, 2007.

VYGOTSKY, Lev Semenovitch; CIPOLLA NETO, José; BARRETO, Luis Silveira Menna. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ZUCOLOTO. Patrícia Carla Silva do Vale. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano,** v. 17(1) p. 136-145, 2007.

**ANEXOS**

## ANEXO A - Termo de consentimento informado para o diretor da escola

Eu, \_\_\_\_\_, na  
 condição de diretor (a) da instituição  
 \_\_\_\_\_, autorizo a  
 realização da investigação desenvolvida pela pesquisadora Magali Leticia Dentee,  
 aluna do Curso de Pedagogia no Centro Universitário - UNIVATES.

Esta pesquisa trata-se de um Trabalho de Conclusão, que tem por objetivo que tem por objetivo investigar e analisar de que modo a medicalização influencia a vida de uma criança na idade escolar? E como esta criança se sente diante dos outros.

Fui esclarecido (a) de que a pesquisa poderá se utilizar de observações, entrevistas semiestruturadas e gravações de áudio, tendo propósito único de pesquisa, respeitando-se as normas éticas quanto à identificação nominal dessa instituição, de seus profissionais, bem como das crianças da turma observada.

A participação desta instituição é feita por um ato voluntário, o que me deixa ciente de que a pesquisa não trará nenhum apoio financeiro, dano ou despesa para a escola.

A pesquisadora colocou-se à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que eu tiver em qualquer momento da pesquisa.

Estou ciente de que esse tipo de pesquisa exige uma apresentação de resultados, por isso autorizo a divulgação das observações, das imagens, e das entrevistas geradas na escola para fins exclusivos de publicação e divulgação científica e para atividades formativas de educadores.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do (a) diretor (a): \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## **ANEXO B - Termo de consentimento informado para os responsáveis pelas crianças**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito que meu/minha filho (a) participe da investigação desenvolvida pela pesquisadora Magali Leticia Dentee, aluna do Curso de Pedagogia no Centro Universitário –UNIVATES.

Fui esclarecido (a) de que a pesquisa poderá se utilizar de observações, entrevistas semiestruturadas com o uso de histórias e gravações de áudio.

Estou ciente de que a pesquisa me trará nenhum apoio financeiro, dano ou despesa, uma vez que a participação de meu/minha filho (a) é um ato voluntário. Houve a garantia de que esse tipo de pesquisa não compromete ou prejudica em nada o desenvolvimento do meu/minha filho (a).

A pesquisadora colocou-se à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que eu tiver em qualquer momento da pesquisa.

Essa pesquisa pode contribuir no campo educacional, por isso autorizo a divulgação das observações realizadas para fins exclusivos de publicação e divulgação científica e para atividades formativas de educadores.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Responsável legal pela criança: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Entrevista para a criança medicalizada**

Pra que serve a escola?

Por que você vem à escola?

O que tu faz aqui?

Do que você mais gosta na escola?

Como são as atividades que você gosta de fazer?

E na sua casa como é?

O que você faz desde a hora q você acorda? Narrar o dia inteiro

Tu faz alguma coisa com seus pais?

Você brinca com seus pais? De que?

Tem alguma coisa q você tnq fazer e não gosta?

Se viesse uma criança de outro planeta de onde não existe remédios e você teria q explicar pra ela o que é um remédio e pra que serve? Mas essa criança não sabe o que é ficar doente. Como podemos explicar

E você tomar remédios? Por que?

Quando você não tomava esses remédios o que era diferente?

Quando você toma esses remédios? Por quê?

Se não existisse remédios no mundo como seria?

E como é quando você não toma os remédios?

Imagens:

Você conhece alguma criança assim?

**APÊNDICE B – Entrevista para criança não medicalizada**

Como são as aulas?

A professora precisa pedir muitas vezes silêncio?

E os colegas como brincam?

Eles gostam de barulho?

Todos participam do mesmo jeito? Exemplos

**APÊNDICE C – Entrevista para mãe de uma criança medicalizada**

Como foi a gravidez?

Mamo no peito?

Tem irmão? Quantos? Relação entre eles?

Como é a rotina dele(a)?

Como é a relação dele com vocês pais?

Tem algo que ele tenha medo? Por que?

Como/ por que você levou seu filho a um atendimento especializado?

Quanto tempo ele fica com vocês, pai e mãe?