

A medicalização da infância na educação

The children medicalization in education

Beatriz Corrêa da Silva Gomes, Fernanda Canavez de Magalhães

Resumo

O presente artigo aborda o fenômeno da medicalização da infância na educação. A medicalização é baseada em uma lógica simplista que reduz um conjunto de práticas multifacetadas a uma leitura médico-biológica, tendo como resultado a patologização de condutas consideradas desviantes. Esta pesquisa, realizada a partir de levantamento bibliográfico, objetiva investigar como foi construída a noção de uma infância medicalizada e refletir sobre a convocação que a escola faz à psicologia. A lógica da medicalização tem sido utilizada como resposta para queixas de indisciplina e de dificuldades de aprendizagem no contexto escolar, ocasionando aumento do número de diagnósticos envolvendo transtornos de aprendizagem e de consumo de medicamentos. A escola passou a ser vista como um ambiente propício para aplicação de intervenções médicas e psicológicas que possuem um olhar reducionista sobre o processo de escolarização.

Palavras-chave

Medicalização, infância, educação.

Abstract

This article deals with the phenomenon of children medicalization in education. The medicalization is based on a simplistic logic that reduces a multifaceted set of practices to a medical-biological reading, having as a result the pathologization of behaviors considered deviant. This research, based on a bibliographical survey, aims to investigate how was built the notion of a children medicalization and reflect about the convocation that the schools makes to psychology. The logic of medicalization has been used as a response to indiscipline complaints and learning difficulties in the school context, causing an increase in the number of diagnoses involving learning disabilities and use of medication. The school has coming to be seen as an environment conducive to the application of medical and psychological interventions that have a reductionist view on the schooling process.

Keywords

Medicalization, childhood, education.

Beatriz Corrêa da Silva Gomes

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Graduada em psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Especializanda em Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência no Instituto de Psiquiatria - IPUB/ UFRJ.

beatrizcorrea44@yahoo.com.br

Fernanda Canavez de Magalhães

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (DEPSI/UFRRJ) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (PPGPSI/UFRRJ).

fernandacanavez@gmail.com

Introdução

O presente artigo tem como objeto de estudo o fenômeno da medicalização da infância na educação, em que pese o contexto da sociedade contemporânea, que parece buscar a eficiência a todo custo. Não há consenso entre os teóricos a respeito da delimitação temporal da contemporaneidade, nem mesmo se esta época mereceria assim ser chamada. Muitos autores o consideram como um período pós-moderno, enquanto outros o consideram como contemporâneo (BIRMAN, 2000). Nesse contexto, adotaremos um recorte histórico que considera a atualidade como contemporaneidade. A contemporaneidade será aqui entendida como o período que sucedeu a modernidade. A modernidade foi o período ocorrido entre o Renascimento e o século XVII em que houve mudanças consideráveis nas sociedades tradicionais, como a Revolução Francesa, Revolução Industrial, liberalismo econômico, antropocentrismo, individualismo, surgimento da noção de família nuclear e o início da preocupação com a infância.

A passagem da modernidade para a contemporaneidade ocorreu após o período de Guerra Fria e se estende até os dias atuais. Esse período foi marcado pelo enfraquecimento dos Estados ocasionado pela circulação do Capital e consequente globalização e pelo surgimento de novas tecnologias, que geram como consequência novas formas de se relacionar com o outro e, em última instância, novos modos de subjetivação (CANAVÊZ, 2015).

Na pesquisa bibliográfica realizada, foi constatada uma variação em torno do conceito de medicalização, podendo se referir a momentos históricos diversos e a diferentes sentidos (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA-JÚNIOR, 2014). Neste artigo, a medicalização será vista como uma consequência da ampliação do saber médico para diversas esferas da vida cotidiana. Isso significa que o que antes poderia ser considerado como causado por um fator social, cultural, psicológico, ou decorrente de múltiplos fatores, passa a ser considerado um fator médico em que apenas o organismo e o biológico são considerados. Este fenômeno tem sido utilizado como resposta para queixas de indisciplina e dificuldade de aprendizagem, ocasionando grande aumento do número de diagnósticos envolvendo transtornos de aprendizagem – principalmente Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, dislexia e Transtorno Desafiador Opositivo – além de aumento no consumo de medicamentos (KAMERS, 2013; FIORE, 2005; DECOTELLI; BOHREE; BICALHO, 2013).

Apesar da utilização de psicofármacos ser um aspecto marcante na medicalização, este fenômeno é muito mais complexo, não se restringindo àquele. De acordo com Lemos (2014), a medicalização é baseada em uma lógica simplista que reduz um conjunto de práticas sociais, culturais, históricas, econômicas, subjetivas e políticas a uma relação de causa e efeito que envolve apenas o médico-biológico e que tem como resultado a patologização de condutas consideradas desviantes. Essa patologização ocorre a partir do estabelecimento de um determinado modelo de aluno, um aluno disciplinado e que se comporta de acordo com certa expectativa social. Quando um aluno não age conforme o esperado, seu comportamento é considerado inapropriado e desviante.

A patologização de condutas consideradas desviantes pode ter como consequência a culpabilização do indivíduo pelo fracasso escolar e a retirada da responsabilidade do contexto sociocultural. De acordo com Patto (1998), a base para muitas pesquisas que buscam investigar a repetência e a evasão na escola pública é a ideia de que crianças pobres possuem menor capacidade de aprender e por isso elas fracassariam na escola. Há a crença de que alunos provenientes das classes sociais mais desfavorecidas possuem prejuízo das habilidades cognitivas, intelectuais, cognitivas e

motoras. A dificuldade da escola em ensinar é então justificada ao dizer que ela é inadequada para crianças carentes, pois seus métodos e conteúdos são voltados para ensinar crianças de classes favorecidas.

A partir do momento em que se considera que a causa da não-aprendizagem (ou demais comportamentos considerados desviantes) está no aluno, já que este seria portador de uma “patologia”, a escola e os professores estarão eximidos de qualquer responsabilidade. Esta desresponsabilização da escola está relacionada em parte com o que se pode caracterizar de leitura medicalizante do fracasso escolar, em que os problemas são considerados individuais e não coletivos, ou seja, o problema está no aluno e não na escola e em seus métodos de ensino ou até mesmo nas demais forças que compõem uma determinada cultura.

Nesse contexto, o profissional de psicologia tem sido muitas vezes solicitado para responder a questionamentos da escola acerca de dificuldades na aprendizagem, realizar práticas voltadas ao diagnóstico e à medicalização de condutas desviantes. Portanto, a presente pesquisa, com base em levantamento bibliográfico, busca refletir sobre como foi construída a noção de uma infância medicalizada através de uma breve contextualização acerca da ampliação do saber médico para diversas esferas da vida, principalmente para o contexto educacional. Em adição, busca refletir sobre a convocação que é feita à psicologia, para a qual é encaminhada uma grande quantidade de alunos com queixas escolares, com o objetivo de realizar diagnósticos e tratá-los como se fossem portadores dos chamados transtornos de aprendizagem.

A construção da infância medicalizada

De acordo com Birman (2007), foi por intermédio da biopolítica que ocorreu a medicalização do espaço social. Através desta medicalização os processos biológicos começaram a ser analisados com o objetivo de controlar a espécie por meio de um poder disciplinador sobre a saúde da população. O biológico passou a ter, então, um papel central na política. Temos, assim, que o biopoder é uma forma de biopolítica voltada para o controle da vida de toda população. Foucault (2008, p. 03), em *Segurança, Território, População*, define biopoder como “o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder”.

No processo de medicalização ocorrido ao longo do século XIX, a medicina buscava, através do discurso sobre a higiene, o controle e a prevenção de doenças. Para alcançar esse objetivo, a medicina expandiu seu campo de atuação e passou a esquadrihar meticulosamente o espaço social criando categorias do que seria normal ou patológico. Segundo Birman (2007), essa regulação biopolítica teve como consequência a produção de novas formas de subjetivação.

Para pensarmos sobre a medicalização da infância na atualidade é preciso revisitar as mudanças ocorridas na sociedade moderna como, por exemplo, a criação da noção de infância e a busca pelo desenvolvimento das crianças com o objetivo delas se tornarem adultos ideais. Luengo (2010) afirma que até o século XVI não existia a noção de infância tal como a conhecemos hoje, de modo que a criança era vista como adulto em miniatura. Foi apenas a partir dos séculos XVII e XVIII, durante o chamado período das luzes, que houve uma mudança na visão que se tinha da criança e a criação da noção de infância. Foi a partir desse momento histórico que os adultos passaram a dar maior importância para o desenvolvimento das crianças e perceberam a necessidade de criar um local que separasse o

mundo infantil do mundo adulto e que também alfabetizasse as crianças, tendo surgido a necessidade da existência de escola.

Segundo Luengo (2010), as ações preventivas e educativas dirigidas às crianças tinham como objetivo a criação de um adulto melhor e mais saudável. Nesse momento a criança passa a ser:

objeto de manipulação da ciência e o seu corpo torna-se alvo de mais um mecanismo de poder. A escola passou a ser vista como o meio e a criança como o fim dos alvos das ações de prevenção e saneamento, e educação e saúde se uniram para normalizá-la (LUENGO, 2010, p. 39).

No que se refere especificamente ao contexto brasileiro, Monteiro (2006) afirma que foi na primeira metade do século XX que os discursos e as práticas médicas adquiriram maior influência na regulação da vida. O contexto histórico de aumento da produção industrial vivido pelo país influenciou o processo de disseminação do saber médico na medida em que, ao necessitar de mão de obra especializada e consequente aumento da escolarização, a medicina passou a ver a escola como um ambiente apropriado para aplicar ações preventivas. Chega-se, assim, à união entre saúde e educação na Primeira República. Nessa conjuntura, a figura do professor passou a ser associada não apenas como transmissor de conhecimento, mas também como “identificador de anormalidades” (MONTEIRO, 2006, p. 14).

Saúde e educação se uniram em uma “caçada aos anormais” (MONTEIRO, 2006, p.14) com o objetivo de combater o mal que supostamente impedia a ordem e o progresso da nação. “Este mal, em uma de suas faces, apresentava-se como a criança anormal, que tinha em seu corpo (biológico) a inscrição do defeito, da anomalia” (MONTEIRO, 2006, p.14). Segundo a autora, existiam alguns dispositivos normalizadores usados nesse processo: a inspeção médica; a ficha sanitária do aluno e a figura do professor como defensor da ampliação do saber médico para o contexto educacional a ponto de haver alteração curricular para que esses profissionais tivessem disciplinas de conteúdo biomédico em sua formação.

Decotelli, Bohre e Bicalho (2013) afirmam que o saber médico adentrou no espaço escolar no final do século XVIII com o objetivo de identificar os ditos anormais. Como consequência, surgiram explicações biológicas para dificuldades na aprendizagem. A medicina passa a exercer seu poder social através do que estes autores chamam de “rede de vigilância” (DECOTELLI; BOHRE; BICALHO, 2013, p. 453), que tem como finalidade proteger a saúde e identificar e eliminar as patologias. Conforme antecipado, no mundo medicalizado e gerido pelo biopoder, há um modelo de homem ideal e tudo que foge a esse modelo parece ser considerado anormal e patológico. Nesse sentido, Decotelli, Bohre e Bicalho (2013, p. 455) afirmam que “O que se faz é, cada vez mais, afirmar uma noção de mundo onde outros mundos não caibam, onde a diferença não cabe e onde a diversidade é medicalizada”. Assim, a medicalização seria uma tentativa de padronização e eliminação das diferenças individuais.

Para avançar na discussão sobre a medicalização, é possível seguir os autores Conrad e Barker (2011), os quais se baseiam na abordagem construcionista social para olhar a doença e dividem seus achados em três temáticas: o significado cultural da doença, a experiência da doença como socialmente construída e o saber médico como socialmente construído. O construcionismo social pode ser definido como uma abordagem que tem um olhar voltado para a influência cultural e social sobre fenômenos até então unicamente considerados como “naturais”. Os autores afirmam que uma abordagem construcionista social da doença se baseia na distinção conceitual entre enfermidade, que seria a condição biológica/orgânica, e a doença como significado social dessa enfermidade.

O construcionismo social da doença se contrapõe ao modelo biomédico ao dizer que, para além das questões orgânicas, deve-se considerar também que o significado e a forma com que o sujeito experimenta a doença sofre variação de acordo com questões sociais e históricas. Em contrapartida, o modelo médico tradicional defende a ideia de que as enfermidades são universais e desconsideram qualquer influência do contexto social e cultural ao qual o indivíduo pertence. Conrad e Barker (2011) criticam essa visão positivista de doença como apenas aquisição de uma enfermidade.

Na perspectiva construcionista social da doença, o impacto de um diagnóstico sobre o indivíduo pode estar relacionado à conotação que a sociedade dá para a doença. Em alguns casos, o estigma associado à doença pode gerar mais desconforto do que a própria enfermidade. Conrad e Barker (2011) asseveram que uma enfermidade biológica é vista como tal através de uma interpretação social. Sendo assim – e quase como uma consequência imediata – os autores afirmam que em alguns momentos o conhecimento médico age de forma a manter a desigualdade social e reforça interesses da classe dominante.

A construção social da doença é uma ferramenta possível para entender como fatos cotidianos se tornaram casos médicos através do processo de medicalização ao não considerar esse processo como algo “natural”, mas produzido socialmente. Ao definir a dificuldade no aprendizado ou um comportamento desviante como doença, o fenômeno passa a ser alvo da intervenção médica que deve diagnosticar, descobrir sua suposta etiologia orgânica e definir uma forma de tratamento para que a criança passe a se enquadrar no modelo considerado ideal de comportamento. À margem da perspectiva medicalizante estão fatores sociais, culturais, históricos, psicológicos, econômicos e tantos outros que podem estar influenciando o comportamento dos alunos.

O movimento da psiquiatria biológica em definir características como agitação, falta de atenção e impulsividade (características estas que poderiam ser comuns a muitas crianças) como sintomas de um transtorno causado por uma suposta alteração biológica transporta uma criança comum a uma categoria, aquela de doente. Quando um determinado padrão de comportamento pretensamente ideal não é atendido, a medicina surge com uma explicação biológica para justificar o desvio. Dessa forma, a medicina de explicação de base biológica busca responder à uma questão social através de uma resposta orgânica. A medicina exerce seu poder, no geral, por ser aceita e legitimada socialmente, já que o conhecimento médico parece adquirir estatuto de verdade ao ser considerado como detentor de saber.

Foucault (1979) sugere que o poder não seja pensado apenas como forma de coerção e repressão, mas sim como uma rede produtiva. Para o autor,

o que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso (FOUCAULT, 1979, p.08).

Dessa forma, podemos considerar que o poder exercido pela medicina não é alcançado através de violência ou repressão, mas pela produção, por exemplo, de supostos benefícios gerados por suas intervenções. Fato que gera como consequência a criação de novas formas de subjetivação, novos modos de existir. Nesse contexto, Monteiro (2006) afirma que a medicalização adquire o sentido de força de invenção e fabricação de subjetividades medicalizadas.

De acordo com Marcílio (1998), o século XX é marcado pela preocupação com a infância e a criação de políticas públicas direcionadas a essa faixa etária. A primeira grande mudança surgiu com a Declaração dos Direitos das Crianças. Apesar dos avanços trazidos por essa Declaração, segundo Marcílio (1998), a verdadeira revolução ocorreu com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA garante proteção integral à criança e ao adolescente, que passam a ser vistos como cidadãos de Direito. Entre os direitos trazidos pelo ECA está o direito à saúde. Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013) afirmam que o ECA pode funcionar como um dispositivo de funcionamento da biopolítica. Para os autores, a infância torna-se alvo do poder da medicina através do discurso de proteção e redução de riscos.

A definição da criança como um sujeito de direitos e com amplas necessidades faz com que ela seja vista como “mais um ser consumidor de um vasto menu no mercado da saúde” (DECOTELLI, BOHRER E BICALHO, 2013, p. 454). Nesse contexto do mundo capitalista em que o sujeito deve sempre ser o mais produtivo e eficiente possível, a criança precisa dar conta de inúmeros estímulos ao mesmo tempo. Como afirma Fiore (2005, p. 368), as crianças “conversam [...] com vários amigos simultaneamente, fazem sua pesquisa escolar e jogam videogame no mesmo computador”. A criança é incentivada a ser performática e a cumprir o papel que a sociedade capitalista espera na medida correta. Quando isso não ocorre, o consumo de medicamentos para finalidades de melhora na performance – como melhora no desempenho físico ou cognitivo – é visto como uma solução imediata.

A medicalização da educação e os transtornos de aprendizagem

A escola tem sido palco da proliferação da lógica reducionista da medicalização, onde os fatores orgânico e individual têm sido valorizados a despeito de inúmeras forças outras, tais como os aspectos sociais, culturais, psicológicos que poderiam influenciar ou produzir a chamada dificuldade na aprendizagem. A medicina tem se utilizado principalmente de dois fatores para justificar o fracasso escolar: a desnutrição e disfunções neurológicas (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Collares (1992) problematiza a enunciação da desnutrição como causa do fracasso escolar e a medicalização seria o fator que reafirma essa lógica. Para a autora, o fracasso escolar é um problema social e politicamente produzido. Collares (1992) apresenta fatores extraescolares e intraescolares que estariam correlacionados ao fracasso escolar. Os fatores extraescolares se referem às condições de vida do aluno. Já os fatores intraescolares incluem currículo, os programas e trabalhos desenvolvidos por professores e especialistas e avaliações do desempenho.

A autora entrevistou alguns profissionais da educação e constatou que eles só correlacionaram o fracasso escolar a fatores extraescolares, como desnutrição, verminose e outras doenças. Para esses profissionais, as crianças fracassariam na escola por terem uma espécie de doença intelectual. Em contraposição a essa ideia, Collares (1992) afirma que os alunos que possuem desnutrição a possuem em um nível leve e este nível não gera impacto no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central. Dessa forma, este grau de doença não poderia ser considerado causa de a criança não aprender. Ao chegar a essa conclusão, a autora se questiona sobre o porquê desses profissionais terem apontado a desnutrição como causa do fracasso escolar. Para Collares (1992) a resposta a essa questão é que colocar a causa da dificuldade no aluno é uma forma de ocultar problemas da própria escola e, em última instância, do sistema educacional. A autora

sugere ainda que os chamados “problemas de aprendizagem” seriam, na verdade, “problemas de ensinagem” (COLLARES, 1992, p.28).

De acordo com Collares e Moysés (1994), o segundo fator utilizado por um discurso bastante presente na medicina para justificar o fracasso escolar é a suposta existência de disfunções neurológicas como: hiperatividade, disfunção cerebral mínima, distúrbios de aprendizagem, dislexia, entre outros. Apesar disso, as autoras afirmam que até hoje a existência dessas disfunções neurológicas não foram comprovadas e questionam a falta de clareza dos critérios diagnósticos e de precisão de seus conceitos. A falta de precisão e abrangência dos critérios diagnósticos têm gerado como consequência a rotulação de crianças que, na realidade, não possuem nenhum tipo de transtorno. Outra consequência é a insegurança dos professores que se sentem cada vez menos preparados para lidar com tantos “transtornos”.

O diagnóstico de um suposto transtorno pode fazer com que a criança incorpore o rótulo de doente e passe a agir como tal. Este fato pode ser explicado a partir do que Rosenthal e Jacobson (1968) chamaram de efeito pigmaleão/profecia autorrealizadora. Os autores realizaram um experimento em que no início do ano letivo falavam para os professores o desempenho positivo que eles poderiam esperar de alguns alunos com base em testes de inteligência que haviam realizado. Entretanto, os professores não sabiam que, na verdade, a escolha desses alunos havia sido feita aleatoriamente e não através do resultado do teste. Por meio desta pesquisa Rosenthal e Jacobson (1968) puderam chegar à conclusão de que a expectativa de professores produz mudança no desempenho do aluno, uma vez que os alunos que foram apontados como os que teriam maior progresso durante o ano foram os que apresentaram maior ganho intelectual se comparado ao restante da turma e QI maior do que possuíam antes do início da pesquisa. Assim, os alunos de quem os professores esperavam maior desempenho realmente o atingiram.

As crianças e adolescentes diagnosticadas com algum suposto transtorno de aprendizagem, segundo Viégas, Gomes e Oliveira (2013), deixam de ser consideradas como crianças e passam a ser vistos como pacientes ou doentes, estigmas que poderão acompanhá-los durante toda a trajetória escolar. O aluno “deixa de ser uma criança e passa a ser um hiperativo, ou desatento; ou disléxico” (VIÉGAS; GOMES; OLIVEIRA, 2013, p. 273-4). Os autores concluem que a percepção que esse aluno passa a ter de si é a de um portador de um transtorno, percepção marcada por esse “rótulo”.

Collares e Moysés (1994) chamam atenção para esse fato que pode trazer prejuízos na autoestima da criança, como também sobre sua aprendizagem. A busca por diagnósticos aparece não como uma tentativa de encontrar uma solução para o problema em seus mais variados determinantes, mas como uma justificativa para o não-aprender.

Segundo Kamers (2013), a dificuldade de aprendizagem ou o comportamento indisciplinado do aluno faz com que a escola recorra à família para solucionar o problema. Entretanto, muitas vezes a escola não se satisfaz com a intervenção familiar e, por isso, encaminha a criança ao psicólogo, ao neuropediatra ou psiquiatra infantil – esses dois últimos na tentativa de receitarem alguma medicação – e em alguns casos aciona o Conselho Tutelar por considerar a família como negligente.

Diante desse panorama, Kamers (2013) considera a escola como um dispositivo capaz de incluir e excluir a criança no âmbito médico. Na busca pela solução da chamada dificuldade na aprendizagem, a intervenção médica e farmacológica tem sido legitimada e até mesmo solicitada pela escola. A medicação tem aparecido como a principal forma de tratamento indicada pelos médicos. Para a autora, a medicação tem sido utilizada não

apenas como a principal forma de “tratamento da criança” (KAMERS, 2013, p. 158), mas também como dispositivo de vigilância e controle das instâncias assistenciais e tutelares sobre a criança e sua família. Essas instâncias assistenciais e tutelares demandariam e legitimariam a intervenção médico-psiquiátrica sobre a criança na tentativa de vigiar e controlar qualquer comportamento considerado inadequado.

De acordo com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (2015), o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de Ritalina, uma droga geralmente prescrita para crianças diagnosticadas com algum distúrbio no aprendizado escolar. Ainda de acordo com o CONANDA (2015), só no ano de 2010 foram consumidas cerca de dois milhões de caixas do medicamento. Dados apontam também que o consumo do metilfenidato (comercializado como Ritalina ou Concerta) aumentou 775% entre 2003 e 2012. Esses dados são alarmantes, na medida em que podem demonstrar que problemas apresentados por indivíduos são focalizados apenas através de uma leitura biológica-patologizante, deixando de lado suas causas multifacetadas.

Nesse contexto, percebe-se a necessidade de pesquisa e de reflexão acerca da medicalização e a forma como ela tem impactado a sociedade e a escola através do aumento no número de diagnósticos envolvendo transtornos de aprendizagem, aumento dos encaminhamentos de alunos para especialistas em saúde e de prescrições de medicamentos. Além disso, faz-se necessário refletir sobre o papel do professor e sua atuação diante dos chamados problemas de aprendizagem.

Collares e Moysés (1994) veem o professor como um profissional capaz de resolver problemas educacionais, mas, apesar disso, ele se transformou em um mediador que parece se limitar a encaminhar alunos para especialistas em saúde. Esses encaminhamentos parecem trazer certo conforto aos professores, pois além de transferirem a responsabilidade para profissionais de saúde, também tiram de foco o contexto escolar, já que o problema do não-aprender está supostamente sobre o aluno. Isso dificulta a realização de discussões mais ampliadas que a escola poderia fazer sobre seu processo pedagógico.

No contexto escolar, Viégas, Gomes e Oliveira (2013) asseveram que a medicalização ocorre através de “invenções” de doenças que, apesar de estarem no vocabulário de professores e da população em geral, não possuem embasamento científico que comprove a sua existência. Estas supostas doenças reduzem o indivíduo a um corpo biológico e disfuncional. Os comportamentos indisciplinados dos alunos e as supostas dificuldades de aprendizagem são vistas, através de uma visão medicalizante, como doenças neurológicas de origem genética que, mesmo não possuindo comprovação científica, tornam-se “doenças da moda” (VIÉGAS; GOMES; OLIVEIRA, 2013, p. 272). Estas supostas doenças retiram o foco de toda a complexidade do processo de desenvolvimento e de aprendizagem e como estes se relacionam com a escolarização.

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é definido como um transtorno neurobiológico de causas genéticas pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Porém, Viégas, Gomes e Oliveira (2013) afirmam que os próprios autores que defendem essa definição reconhecem que ele não é comprovado. Além disso, os autores trazem informações contidas na bula da Ritalina que reconhece que a etiologia do transtorno é desconhecida, não possui teste diagnóstico específico e nem sinais neurológicos localizáveis.

Ribeiro e Viégas (2016) consideram a classificação do TDAH trazida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) como reducionista, pois foca principalmente em seu caráter biológico. Caliman (2010) chama atenção para o fato de que, ao longo da história, as

características de hiperatividade, impulsividade e desatenção (três sintomas centrais do TDAH) possuíram diferentes níveis de importância para a classificação do transtorno. Houve um momento que a característica mais marcante do TDAH era a hiperatividade, mas logo depois passaram a considerar a desatenção como aspecto principal. Em seguida, a desatenção foi considerada um aspecto menor das funções executivas e, por isso, perdeu sua posição de característica central.

De acordo com Caliman e Domitrovic (2013), desde que o TDAH foi constituído, em 1970, é possível observar uma crescente expansão da categoria. Transtorno que antes era considerado uma desordem que se limitava à infância, hoje é descrito como um transtorno que pode acompanhar o indivíduo por toda a vida, configurando “um quadro incurável” (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013, p. 884).

Na descrição dos critérios diagnósticos do TDAH é considerada a relação da criança com a escola, já que se acredita que seus três aspectos centrais (desatenção, hiperatividade e impulsividade) são observados principalmente no ambiente escolar. Segundo Caliman e Domitrovic (2013, p. 884), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade “passou a ser uma explicação biológica ‘plausível’ para as dificuldades da vida”, sendo utilizado como uma justificativa para o baixo desempenho escolar.

A convocação medicalizante que a escola faz à psicologia

Estudos realizados pela neuropsicologia afirmam que existe uma série de características cognitivas e comportamentais presentes nos indivíduos com algum transtorno, conforme exemplificam Capovilla, Assef e Cozza (2007). Essas declarações podem reafirmar a lógica medicalizante na medida em que fornecem uma causa biológica para o sofrimento psíquico, contribuindo para um processo de biologização da existência humana. Essas explicações biológicas fornecidas pelas neurociências têm como consequência a redução de questões subjetivas a apenas alterações nos “estados cerebrais” (SERPA JUNIOR, 2004, p. 115).

Segundo Guarido e Voltolini (2009), muitos educadores, ao se depararem com comportamentos desviantes de crianças na escola, logo começam a definir diagnósticos de transtornos, especialmente o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), para esses alunos. Para a constatação desses supostos transtornos, a escola os encaminha para profissionais da saúde, entre eles o psicólogo, para que realizem uma avaliação e, em muitos casos, o próprio tratamento psicoterápico. Nesse contexto, os autores revelam um excesso de encaminhamentos realizados pela escola e a marcante presença do discurso especialista no cotidiano escolar.

Segundo Guarido (2007), a escola tem sido local de proliferação de discursos especialistas. A presença de outros profissionais na escola, para além daqueles formalmente considerados do campo da educação, como o psicólogo, pode fazer com que os educadores percam a possibilidade de atuarem e resolverem os conflitos internos de forma autônoma. Apesar disso, muitos profissionais da educação validam os discursos médico-psicológicos, o que corrobora a permanência do discurso especialista no ambiente escolar. Estes especialistas podem atuar de forma a culpabilizar a criança e sua família pela dificuldade na aprendizagem e, ao justificar o fracasso escolar como algo externo à escola, retiram qualquer implicação ou possibilidade de soluções que a escola poderia construir para este processo.

Viégas, Harayama e Souza (2015) problematizam pesquisas realizadas na escola pela psicologia e outras ciências humanas que tem contribuído

para colocar no aluno a causa do fracasso escolar. Apesar dessas pesquisas cumprirem com todas as etapas esperadas e possuírem aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devem ser questionadas devido ao seu caráter ideológico. Estas pesquisas podem contribuir para a manutenção de desigualdades sociais através de um olhar individualista sobre o fracasso escolar, considerando este como resultado natural de diferenças individuais.

Para os autores, a divisão entre pesquisa das ciências humanas e ciências biomédicas pode gerar duas falsas ideias: a primeira é a de que pesquisas realizadas pelas ciências humanas são suaves e soltas, a segunda ideia é a de que colocam os participantes em menos riscos. A escola pública brasileira tem sido vista como local propício para pesquisas educacionais realizadas pela psicologia e ciências sociais na tentativa de investigar o processo de escolarização dos alunos. Estas pesquisas devem ser analisadas com muita cautela, pois podem servir como base para criação de políticas públicas educacionais. Fato que se torna mais agravante pelo histórico da psicologia escolar em contribuir para manter relações de dominação, legitimando, por exemplo, a hierarquia presente na escola, na construção e consolidação de políticas públicas que culpabilizam alunos, famílias e professores pelo fracasso escolar. Ao realizar este tipo de pesquisa, a psicologia corre o risco de utilizar os resultados como forma de reafirmar desigualdades e incentivar a meritocracia. Outro risco é desconsiderar a importância da escola para formação da subjetividade e não apenas um local de escolarização e socialização (VIÉGAS; HARAYAMA; SOUZA, 2015).

Patto (1998) também reflete sobre pesquisas feitas nas escolas e critica a presença do preconceito e dos estereótipos nos discursos científicos. Ela afirma que durante a passagem do século as pesquisas de psicologia eram realizadas por médicos que buscavam explicar problemas sociais através da medicina. Esta influência da medicina sobre a psicologia ainda pode ser vista atualmente através de discursos psicopatologizantes e biologicistas. Neste mesmo sentido, Collares e Moysés (1994) falam do psicólogo como um profissional que muitas vezes atua como um aliado do médico no processo de medicalização e patologização. Viégas, Harayama e Souza (2015, p. 2686) fazem um importante alerta:

“Chamamos a atenção para o fato de que o pressuposto de que as pesquisas que não intervêm no corpo biológico são menos perigosas corrobora com a tradição de pesquisas realizadas no contexto escolar que mostra como a constituição social de uma classe específica de desajustados sociais é historicamente construída e politicamente determinada. E principalmente, que essas produções e controle de corpos desajustados se dão por meio de artifícios softs. De fato, muitos pesquisadores das ciências humanas que estudam a escola o fazem por meio de questionários e entrevistas aparentemente inofensivos, mas muitas vezes aplicados em contextos verticais e nem sempre com os devidos questionamentos e reflexões”.

Neste contexto, os autores ressaltam a importância de refletir sobre os estigmas e preconceitos que tanto as ciências biomédicas quanto as humanas podem produzir. Fato que não contribui para melhorias no ambiente escolar, apenas reforçando dificuldades.

Souza (2005, p. 83), ao se deparar com os frequentes “erros diagnósticos” que os psicólogos cometem diante de alunos encaminhados pela escola, decidiu investigar a formação em psicologia no que se refere à queixa escolar. Para atingir tal objetivo, a autora analisou os prontuários de atendimento à queixa escolar em clínicas-escola de quatro cursos de psicologia na cidade de São Paulo. A autora observou que os principais motivos para a escola encaminhar crianças e adolescentes para algum dispositivo de tratamento psicológico são: atitudes agressivas, apatia e dificuldades na leitura e na escrita.

Através da leitura dos prontuários a autora constatou que a maioria das entrevistas com os pais se concentrava na história de vida da criança perguntando, por exemplo, sobre o parto, o nascimento e possíveis acontecimentos traumáticos. Para Souza (2005) esses dados fornecidos só permitem acessar fragmentos da história de vida da criança. Outro aspecto relatado pela autora é a presença de termos escolares como “não sabe nada”, “tem problema de aprendizagem” nos prontuários de atendimento. Além disso, verificou-se a presença de estereótipos sobre o cliente como: “está bem cuidada, limpa, roupa adequada, cabelos penteados”, “o pai é negro, a mãe é branca e Marina é bem mestiça” (SOUZA, 2005, p. 84). A autora questiona o uso desses termos e estereótipos que não ajudam a esclarecer as dificuldades na escola, apenas indicam um juízo de valor sobre a parcela mais pobre da população que é atendida nas clínicas-escola.

Souza (2005) percebeu que a história do processo de escolarização da criança e do adolescente não é considerada no atendimento psicológico, criando, assim, uma visão simplista das causas dos problemas de aprendizagem. A criança tem sido vista de forma fragmentada, em que só se coloca em análise seu mundo interno e família. Para autora, essa visão simplista do processo de escolarização desconsidera pelo menos dois fatores: o primeiro é que a relação professor-aluno pode gerar mudanças na visão que a criança tem de si e da escola. O segundo fator é desconsiderar a escola como historicamente construída, já que pertence a uma determinada sociedade, com um determinado posicionamento político, econômico, social e marcada pelo preconceito pelas famílias pobres.

O local onde a criança mora, a escola que frequenta, o fato de ser considerada como alguém incapaz de aprender devido sua condição de vida, de acordo com Souza (2005), influenciam mais o fracasso desta criança na escola do que as dificuldades que ela possa enfrentar durante o processo de escolarização. A autora afirma que não se deve desconsiderar a existência de problemas emocionais, mas questionar os diagnósticos individualizantes e mostrar a importância da escola na estruturação do psiquismo e na produção de relações mais saudáveis.

A análise realizada por Souza (2005, p. 100) constatou o desconhecimento por parte dos psicólogos a respeito da importância das relações institucionais na produção do chamado “problema de aprendizagem”. Na presença de uma queixa escolar, o psicólogo centra sua atuação nos aspectos emocionais “acreditando-se que, ao modificar sua relação com a mãe ou conseguir ‘lidar melhor’ com seus conflitos internos, a criança melhorará sua ‘performance’ escolar” (SOUZA, 2005, p.100). Fato que possivelmente reflete uma defasagem na formação do psicólogo que não dá a devida importância ao processo de escolarização e os fatores que este envolve.

A autora reflete também sobre o “poder do psicólogo” (SOUZA, 2005, p. 103) ao utilizar um instrumento de avaliação, sobre o impacto de um laudo psicológico e sobre o que significa dar um parecer psicológico para uma criança ou adolescente. Por isso, é importante estar atento para atuação do psicólogo não contribuir para exclusão, estigmatização, desigualdade social e a manutenção de uma escola excludente. Quando o psicólogo não questiona a origem do encaminhamento e nem a considera durante o atendimento, também é uma forma de participar do processo de exclusão escolar desse aluno.

Em relação à atuação do psicólogo escolar, Souza (2009) afirma que é necessário analisar os encaminhamentos da escola, tentar compreender a queixa escolar não como resultado de problemas emocionais próprios do indivíduo, mas como resultado das relações escolares. Ainda de acordo com Souza (2009), o psicólogo deve rever o processo diagnóstico e seus instrumentos de avaliação pensando sempre nas consequências geradas pela sua atuação, articular suas ações com as de outros profissionais da área

da saúde, ampliando a compreensão do processo de escolarização e de sua importância na constituição dos indivíduos. A autora afirma também que o conhecimento psicológico no campo da educação não deve ser visto como algo acabado e pronto, mas como um conhecimento que está em constante construção, e que, por isso, precisa ser revisado e criticado permanentemente.

Considerações finais

Vivemos em um contexto de sociedade capitalista que busca a eficiência a todo custo. Uma sociedade que parece pautada pelo nível performático que o indivíduo deve atingir. Com a ampliação do saber médico, e consequente união entre saúde e educação, deu-se início à uma caçada aos “anormais”, ou seja, todos aqueles que resistem em se enquadrar ao “modelo ideal” de indivíduo podem ser considerados portadores de uma patologia.

No contexto escolar, a medicalização tem sido utilizada como resposta para queixas de indisciplina e de dificuldade de aprendizagem, ocasionando grande aumento do número de diagnósticos envolvendo transtornos de aprendizagem, além de aumento no consumo de medicamentos. A escola passou a ser, então, um ambiente propício para aplicação de intervenções médicas e psicológicas que possuem um olhar reducionista sobre o processo de escolarização. A medicalização pode funcionar como um “conforto” para a escola a partir do momento em que deposita somente sobre o aluno e sua família a causa pelo fracasso escolar.

No que se refere ao aumento no número de diagnósticos, criticamos a forma como estes são realizados e sua banalização. Através do levantamento bibliográfico realizado foi possível constatar que, diante de um encaminhamento de queixa escolar para atendimento psicológico, a história do processo de escolarização do aluno não é considerada como relevante, criando, assim, uma visão simplista das causas dos problemas de aprendizagem. Nesse sentido, a banalização do diagnóstico tem gerado como consequência a rotulação de crianças que, na realidade, não possuem nenhum tipo de transtorno.

Constatamos também a presença marcante do discurso especialista dentro da escola e o aumento dos encaminhamentos de alunos para profissionais da área da saúde. A presença de especialistas, como o psicólogo, pode fazer com que os educadores percam a possibilidade de atuarem e resolverem os conflitos internos de forma autônoma. Estes especialistas podem intervir de forma a culpabilizar a criança e a sua família pela dificuldade na aprendizagem e, ao justificar o fracasso escolar como algo externo à escola, retiram qualquer implicação ou possibilidades que a escola poderia construir para este processo.

Vale enfatizar que nosso objetivo não é desconsiderar os benefícios trazidos pelas ciências médicas, mas refletir sobre as consequências de sua ampliação e criticar uma visão unicamente organicista e, como tal, individualista sobre a infância. É necessário refletir sobre a criação de supostos transtornos de aprendizado, que são considerados como verdades absolutas, embora não possuam o devido respaldo considerado científico. É importante considerar que a criação desses supostos transtornos envolve as dimensões política, social, cultural e ideológica. Em adição, convém ressaltar que a prescrição do medicamento como única forma de tratamento e seu uso indiscriminado e abusivo podem funcionar como uma forma de silenciamento das diferenças.

Tendo em vista os aspectos observados, é importante que a psicologia reveja permanente e criticamente a sua prática para não corroborar o

processo de medicalização ao atuar através de uma concepção reducionista que favorece a produção de estigmas, desigualdades sociais e incentiva a meritocracia e a exclusão da criança do ambiente escolar. Em contraposição a essa atuação, devemos nos posicionar contra a visão reducionista da vida, a banalização de diagnósticos e a invenção de doenças. A atuação da psicologia precisa estar voltada para o acolhimento e o respeito às diferenças, na contramão de seu silenciamento.

Sobre o artigo

Recebido: 10/03/2018

Aceito: 30/04/2018

Referências Bibliográficas

- BIRMAN, J. A psicanálise e a crítica da modernidade. In: BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, p. 33-58.
- BIRMAN, J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. **Jornal de psicanálise**, São Paulo, v. 40, n. 72, p. 47-62, 2007.
- CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 45-61, 2010.
- CALIMAN, L. V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2013.
- CANAVÊZ, F. A escola na contemporaneidade: uma análise crítica do bullying. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 271-278. 2015.
- CAPOVILLA, A. G. S., ASSEF, E. C. D. S., & COZZA, H. F. P. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 51-60, 2007.
- COLLARES, C. A. L. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. (Orgs.). **Preconceito no cotidiano escolar - ensino e medicalização**. São Paulo/Campinas: Cortez/Edunicamp, 1992, p. 24-28.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. **Série Idéias**, v. 23, p. 25-31, 1994.
- CONANDA. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização - Resolução Nº 177**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. – Brasília: 2015.
- CONRAD, P.; BARKER, K. K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. **Idéias**, v. 2, n. 2 (3), 2011.
- DECOTELLI, K. M.; BOHRE, L. C. T.; BICALHO, P. P. G. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder—notas sobre clínica e política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n.2, p. 446-459, 2013.
- FIORE, M. A. Medicalização do corpo na infância—Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, p. 365-380, 2005.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France** (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 1-14.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico. **Educação e pesquisa**, v.33, n.1, p.151-161, 2007.

GUARIDO, R; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educ. rev**, v. 25, n. 1, p. 239-263, 2009.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clínica**, v.18, n.1, p. 153-165, 2013.

LE MOS, F. C. S. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. **Psicol. esc.educ**, v. 18, n. 3, p. 485-492, 2014.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância [online]**. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2010.

MARCÍLIO, M. L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira. Século XX. **Revista USP**, n. 37, p. 46-57, 1998.

MONTEIRO, H. R. **A medicalização da vida escolar**. 2006, 103f. Dissertação (Mestrado em Educação) &-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Rio de Janeiro, 2006.

PATTO, M. H. S. O fracasso escolar como objeto de estudo: anotações sobre as características de um discurso. **Cadernos de pesquisa**, v. 65, p. 72-77, 1988.

RIBEIRO, M. I. S.; VIÉGAS, L. S. A abordagem histórico-cultural na contramão da medicalização: uma crítica ao suposto TDAH. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 8, n. 1, p. 157-166, 2016.

ROSENTHAL, R.; JACOBSON, L. Pygmalion in the classroom. **The Urban Review**, v. 3, n. 1, p. 16-20, 1968.

SERPA JUNIOR, O. D. Psiquiatria e neurociências: como “redescobrir” o cérebro sem eclipsar o sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, p. 110-124, 2004.

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

SOUZA, M. P. R. Prontuários revelando os bastidores: do atendimento psicológico à queixa escolar. **Estilos da Clínica**, v. 10, n. 18, p. 82-107, 2005.

VIÉGAS, L. S.; GOMES, J.; OLIVEIRA, A. R. F. Os Equívocos do Artigo "Os Equívocos e Acertos da Campanha "Não À Medicalização da Vida". **Psicologia em Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 266-276, 2013.

VIÉGAS, L. S.; HARAYAMA, R. M.; SOUZA, M. P. R. Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2683-2692, 2015.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA-JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.