



Universidades Lusíada

Badermann, Kelly Cristina

Nunes, Maíra Meira

A medicalização do fracasso escolar : o TDAH e o processo de individualização dos problemas de aprendizagem

<http://hdl.handle.net/11067/6405>

Metadata

Issue Date 2020

Abstract Em muitos contextos escolares percebe-se que a escola apresenta expectativas, criando regras que tendem a adequar as crianças em um padrão socialmente aceito, desconhecendo, muitas vezes, que existem diversos fatores sociais, externos à biologia da criança, que interferem de forma direta no seu desenvolvimento, associando seus fracassos a patologias biológicas tratadas a partir da medicalização. Sendo assim, este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo analisar o processo de individual...

In many school contexts it is perceived that these institutions have expectations, creating rules that tend to adapt children to a socially accepted standard, often ignoring the fact that there are several social factors, external to the child's biology, that directly interfere in their development, associating its failures with biological pathologies treated through medicalization. Therefore, this master's degree work aimed to analyze the individualization process of learning problems through s...

Keywords Crianças com distúrbio de déficit de atenção - Tratamento, Crianças com distúrbio de déficit de atenção - Educação

Type article

Peer Reviewed yes

Collections [ULL-IPCE] RPCA, v. 11, n. 1 (2020)

This page was automatically generated in 2022-07-22T03:00:48Z with information provided by the Repository

**A MEDICALIZAÇÃO DO FRACASSO ESCOLAR:
O TDAH E O PROCESSO DE INDIVIDUALIZAÇÃO DOS PROBLEMAS
DE APRENDIZAGEM**

**THE MEDICATION OF SCHOOL FAILURE:
ADHD AND THE PROCESS OF INDIVIDUALIZATION OF LEARNING
PROBLEMS**

Kelly Cristina Badermann

Graduanda de Psicologia do Centro Universitário UNIRB

Maíra Meira Nunes

Psicóloga, Especialista em Teoria e Psicoterapia Analítica Junguiana

DOI:

Recebido: 00.00.0000

Aprovado: 00.00.0000

Resumo: Em muitos contextos escolares percebe-se que a escola apresenta expectativas, criando regras que tendem a adequar as crianças em um padrão socialmente aceito, desconhecendo, muitas vezes, que existem diversos fatores sociais, externos à biologia da criança, que interferem de forma direta no seu desenvolvimento, associando seus fracassos a patologias biológicas tratadas a partir da medicalização. Sendo assim, este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo analisar o processo de individualização dos problemas de aprendizagem através da medicalização escolar e dos diagnósticos de TDAH. Com o objetivo alcançado, este apresenta então, através de uma revisão bibliográfica, as controvérsias do TDAH e como esse processo de medicalização individualiza os processos de fracasso escolar ao aluno, transformando crianças saudáveis em “doentes” com pseudo distúrbios de aprendizagem.

Palavras-chave: Medicalização escolar; Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Fracasso escolar.

Abstract: In many school contexts it is perceived that these institutions have expectations, creating rules that tend to adapt children to a socially accepted standard, often ignoring the fact that there are several social factors, external to the child’s biology, that directly interfere in their development, associating its failures with biological pathologies treated through medicalization. Therefore, this master’s degree work aimed to analyze the individualization process of learning problems through school medicalization and ADHD diagnoses. With the objective achieved, it then presents through a bibliographic review, the controversies of ADHD and how this process of medicalization individualizes the processes of school failure, making healthy children “sick” with pseudo-learning disorders.

Keywords: School medicalization, Attention deficit hyperactivity disorder, School failure.

Introdução

O presente artigo apresenta como tema a medicalização do fracasso escolar e o processo de individualização dos problemas de aprendizagem a partir do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Para isso, leva em consideração a problemática do aumento de diagnósticos no cenário educacional como forma de individualizar os problemas de aprendizagem, deixando de lado aspectos

sociais e educacionais, tendo como hipótese norteadora a de que a medicalização indiscriminada da infância surge para atender as queixas da família e da escola, identificando essas crianças através de um diagnóstico, generalizando o que é singular e subjetivo, culpabilizando o apenas o aluno por suas dificuldades.

Para abordar o tema proposto, analisa-se o processo de individualização dos problemas de aprendizagem através da medicalização escolar e dos diagnósticos de TDAH. Para isso foi abordado o processo histórico da medicalização no cenário educacional, a definição de TDAH, bem como as controvérsias em seu diagnóstico e a atribuição do fracasso escolar ao aluno.

Observa-se que atualmente o aumento de diagnósticos nos cenários educacionais, bem como a biologização das questões sociais e educacionais acabam por deslocar discussões que perpassariam pelo eixo político-pedagógico para causas e intervenções predominantemente médicas.

Conforme abordado por Souza e Cunha (2010):

Com a medicalização dos processos escolares as soluções são transferidas para o campo da saúde e isenta-se o contexto escolar da responsabilidade por essa condição, “[...] criando ou ampliando um novo mercado de trabalho para avaliar, diagnosticar e tratar doenças no processo ensinoaprendizagem” (Souza; Cunha, 2010, p. 225).

Verifica-se esse aumento também através da pesquisa realizada pelo Seminário da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, ocorrido em 2011, o Brasil vive hoje uma epidemia dentre os quais destaca-se o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Nesses dados, revela-se que entre 5% a 17% de crianças nos serviços de especialidades médicas recebem medicações que incluem efeitos colaterais significativos, como o Metilfenidato e a Ritalina. (Faculdade de Ciências Médicas, 2011).

Em muitos contextos escolares o que se percebe é que a escola apresenta expectativas, criando regras que tendem a adequar as crianças em um padrão socialmente aceito, desconhecendo, muitas vezes, que existem diversos fatores sociais, externos à biologia da criança, que interferem de forma direta no seu desenvolvimento.

Conforme abordado por Marilene Proença Souza (2011):

A criança brinca, faz birra, chora e tenta impor sua vontade. Mas hoje em dia, quando ela corre um pouco mais é dita como hiperativa, se fala muito, é rotulada de desatenta e se troca letras no processo de alfabetização - o que é esperado - dizem que ela tem dislexia (...) ao diagnosticar a criança com algum distúrbio, a sociedade está deixando de considerar todo o processo de escolarização que produz o não-aprender e o não-comportar-se em sala de aula. (Marilene Proença Souza, 2011).

Como apontado por Corrêa (2010), as dificuldades que existem no processo educacional não podem ser compreendidas de forma dissociada das práticas e processos escolares, que precisam ser contextualizadas à realidade social e cultural dos estudantes. Ou seja, práticas excludentes para alunos das camadas menos favorecidas economicamente da sociedade, que ao apresentarem dificuldades de adaptação são encaminhados para avaliações, transformando tais dificuldades em problemas individuais.

Método

Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo de revisão bibliográfica, que, segundo Martins (2001), possui o objetivo de explicar e discutir um tema com base em referenciais teóricos já publicados, analisando e conhecendo conteúdos publicados sobre o tema apresentado.

Este trabalho de conclusão de curso trata-se de uma de um artigo científico que foi submetido à publicação na Revista Psicologia da Criança e do Adolescente, seguindo assim suas regras para construção, conforme segue em no anexo A deste trabalho

Para o levantamento dos dados foram utilizadas fontes de livros e artigos publicados na internet, através de sites como Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e Google Acadêmico, levando em consideração as seguintes palavras-chaves e caracteres: medicalização, fracasso escolar, tdah, aprendizagem, déficit, atenção.

Foram encontrados cerca de 100 artigos a partir dos descritores informados, que passaram por uma seleção a partir de uma leitura criteriosa. Desses foram selecionados 30 artigos, com publicações no período de 2000 à 2019, no idioma português, para inclusão na escrita deste trabalho.

Depois de selecionados os referenciais mais relevantes dentro dos critérios mencionados, foi realizada a escrita do estudo, obedecendo as normas impostas pela APA (American Psychological Association).

Revisão de literatura

Histórico da medicalização escolar

Entre meados do século XIX e início do século XX, mediante reinterpretações de um novo ideal de vida centrada na preocupação com a saúde, chega ao Brasil o Movimento Higienista, ou Movimento Sanitarista, tendo como ideia principal a valorização da população como capital, como recurso da nação, preconizando normas de saúde coletiva e individual, levando em consideração que grande parte dos problemas da nação estavam nas questões sanitárias (Junior; Lovisolo, 2003).

Este movimento passa a acompanhar o desenvolvimento urbano da sociedade, oferecendo através da medicina intervenções na instituição familiar a fim de melhorar a qualidade de vida de todos. Os médicos higienistas da época, afirmavam que o problema do país estava na falta de educação, criando intervenções no âmbito educacio-

nal para o avanço da nação (Junior; Lovisolo, 2003).

Assim, o movimento higienista passa a agir sobre o cenário educacional brasileiro a partir dos anos de 1870, tomando conta de todas as correntes teóricas e ideológicas, principalmente nas áreas de pesquisas e ensino, tornando o ensino de higiene obrigatório no ano de 1878. Ao final da primeira república, nos anos de 1920, o cenário de ensino no Brasil passa a ter um papel fundamental na transformação do indivíduo, partindo do pressuposto de que a ordem e o progresso seriam possíveis a partir de uma mudança moral e comportamental, adequando à população ao papel de trabalhador na sociedade.

Para Luengo (2010):

A educação higiênica veio disposta a refinar e a racionalizar a primitiva sociedade colonial, gerando um processo de hierarquização social da inteligência e das boas maneiras. Instalouse a ideia de que o ser culto era superior ao ser inculto. Estabeleceu-se a razão como princípio fundamental para orientar a vida das pessoas, a fim de que se pudesse alcançar o progresso. Aos poucos, houve uma evolução higiênica da família, aumentando a disciplina, a vigilância e a repressão, que se estenderam também ao âmbito da educação. (Luengo, 2010, p 31).

Assim, os higienistas acreditavam que se o controle fosse exercido desde a infância, na fase adulta o indivíduo já estaria enquadrado nos ideais definidos como aceitos pela sociedade.

Dessa forma, começa a surgir no cenário higienista da educação os temas pejorativos para crianças que possuíam alguma dificuldade de aprendizagem ou de comportamento, como por exemplo, “criança anormal”, designações ligadas à patologização proveniente das áreas médicas, para questões de cunho social (Wanderbroock; Boarini, 2000).

A preocupação de teor excludente com o desenvolvimento nacional dá lugar ao movimento Escola Nova, entre 1932 e 1969, onde os indivíduos considerados “anormais” passavam por triagens e exames psicológicos, diagnosticando a anormalidade e excluindo esses alunos que seriam considerados elementos negativos e impeditivos ao crescimento nacional. O Manifesto dos pioneiros da Educação Nova, criado a partir do movimento descrito, abordava a questão “o direito de ser educado irá até onde o permitam suas aptidões naturais”, dessa forma, propunha-se fornecer a todos os cenários sociais as mesmas oportunidades, porém, dependeria das capacidades individuais esse aluno avançar com qualidade de aprendizagem (Wanderbroock; Boarini, 2000).

Assim, pode-se perceber a individualização das dificuldades de aprendizagem, onde de um lado estariam os alunos “normais”, que se desenvolveriam com qualidade, e de outro os “anormais”, que não se enquadrariam nos padrões intelectuais definidos, sendo utilizados apenas como mão de obra capital, ou segregados e discriminados pela sociedade (Wanderbroock; Boarini, 2000).

Sobre esse assunto Veiga (2004) aponta que:

Não é difícil constatar que a prática de testes que visava à organização homogênea das classes escolares, mesmo que o argumento fosse o de atender dificuldades e potencializar a permanência de crianças pobres na escola, contribui, e muito, para a estigmatização de grande parte da população, marcando gerações e gerações de pessoas pelo fato de pertencer a uma classe escolar C ou D. A classificação e hierarquização dos alunos viria a corroborar a tese do direito biológico e seleção por aptidões (Veiga, 2004, p. 77).

Essa prática excludente existente no cenário da escolanovista acabou por segregar um grande número de crianças a um ensino de baixa qualidade, onde essas eram diagnosticadas e, muitas vezes “rotuladas”, produzindo em consequência a deficiência mental pelo “atestado de incapacidade” e os estigmas sociais. Além de buscar normatizar a sociedade adequando as pessoas a um padrão rígido e único, as ações médicas entram no cenário educacional principalmente a partir do século XX, com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, buscando compreender a educação como um processo de desenvolvimento do psiquismo, adaptando-o as circunstâncias ambientais (Wanderbroock, 2009).

A partir disso, a normatização da aprendizagem ganha ainda mais força, com a definição de padrões para cada faixa etária, logo, a criança que não se adequa a esses e passa a ser considerada portadora de algum distúrbio biologizante, centralizando assim o problema, passando a educação e seus vieses para uma explicação reducionista, com foco apenas na aptidão natural de cada indivíduo (Meira, 2011). De modo complementar, Para Bock (2003), a psicologia passa a se tornar cúmplice da medicina e da educação, ao compreender o fenômeno humano sem levar em consideração nenhuma condição social, refletindo na individualização das dificuldades de aprendizagem, bem como na culpabilização do aluno sobre o fracasso escolar, minimizando as condições culturais e sociais tornando a educação como fenômeno neutro e isolado na vida deste.

Segundo a autora:

A principal consequência de qualquer situação de cumplicidade é defender os interesses daquele com o qual se é cúmplice. Aqui se dá a mesma situação: os interesses das camadas dominantes ficam garantidos. (...) A educação é divulgada como processo baseado e produtor de igualdade social.(...) As desigualdades sociais são compreendidas, então, como falta de empenho ou de dedicação à educação (Bock, 2003, p. 87-88).

Como consequência desse tipo de higienização escolar surge à medicalização da infância, onde educação e saúde se uniram para concretizar o que era normal e moral, visando manter a ordem e os bons hábitos sociais, passando a educação a ser alvo do poder médico biologizante, quando essa prática passa a ser utilizada para corroborar a discutida normatização e estigmatização das demandas de aprendizagem infantis (Luengo, 2010).

A partir do que foi analisado anteriormente, pode-se perceber que o surgimento da medicalização escolar está diretamente relacionado às políticas ligadas à saúde e a educação. Atualmente essa problemática vem assumindo um papel de destaque nas discussões do cenário educacional, principalmente com o aumento desenfreado dos diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) desde a última década, sendo considerado o mais frequente transtornos psiquiátricos em crianças, apontando a prevalência mundial de 4 a 10% entre esse grupo (Poeta; Rosa, 2004).

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e suas controvérsias

A primeira constatação médica do TDAH ocorreu em 1902, pelo médico George Still, que o definiu como um defeito do controle moral, onde analisava os defeitos considerados anormais, considerando-os como uma falha no desenvolvimento mental.

Nesse período o diagnóstico levava em consideração fatores como o “grau do defeito moral” apresentado pela criança, a ausência de correspondência entre a criança e o seu comportamento, a presença de comportamentos nocivos sem justificativas, a insuficiência da punição como correção e também o histórico familiar dessa criança, bem como o ambiente em que ela foi criada (Calimam, 2010).

O histórico do TDAH apresenta ainda sintomas diferentes dos avaliados hoje para o diagnóstico. Segundo George Still, ao analisar as crianças diagnosticadas, percebeu-se elevados graus de fúria emotiva, crueldade, inveja, por exemplo, considerados negativos perante leis, desonestidade, destrutividade, ausência de vergonha, imoralidade sexual e vício. Sendo assim, para o mesmo, este não se tratava de um transtorno de atenção e hiperatividade (Calimam, 2010).

Já na década de 30, surge na literatura médica o termo hipercinético, utilizado também no CID-10 para descrever o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Os médicos alemães Franz Kramer e Hans Pollnow descreviam sua principal característica como uma acentuada inquietação motora (Leite, 2002).

É a partir da década de 70, com o lançamento da 3ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) que surge a nomenclatura Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), podendo ou não vir acompanhado da hiperatividade, onde seria então acrescido o termo TDAH. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade é considerado uma doença crônica, que é vista através do transtorno do desenvolvimento do autocontrole, atenção e impulsividade, tendo como origem ordens ambientais ou genéticas. É caracterizado através da tríade de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, resultantes de um desenvolvimento inadequado do sistema nervoso (Leite, 2002).

De acordo com a sintomatologia do DSM-IV, publicação posterior do Manual, o diagnóstico do transtorno na infância é caracterizado por um mínimo de seis sintomas desatenção, dos nove que são listados e/ou seis sintomas de hiperatividade, também

em uma lista de nova. Alguns itens que se pode relacionar com problemas de comportamento em sala de aula, como por exemplo, “frequentemente deixa a cadeira em situações nas quais ficar parado é esperado” ou “frequentemente não segue instruções ou não termina deveres”. Além disso, é necessário para o diagnóstico a presença dos sintomas por no mínimo seis meses, em dois ambientes distintos, como por exemplo, na escola e em casa (Poeta; Rosa, 2004).

Uma ressalva que se encontra na conceituação sintomatológica no DSM-IV é a de que esses comportamentos descritos podem não ocorrer em ambientes controlados e em situações novas, como por exemplo, no consultório psicológico. Dessa forma, para o diagnóstico efetivo, é necessário que haja uma investigação complexa dos comportamentos individuais da criança em diversas situações e ambientes diferentes (Poeta; Rosa, 2004).

O ambiente onde os sintomas do TDAH se tornam mais explícitos é a escola, onde a criança precisa obedecer às regras e normas que são compartilhadas por todas as crianças, e onde a sua atenção é requisitada de forma sistemática e por longos períodos. Assim, é possível perceber a questão de construção social implicada no diagnóstico, uma vez que este está relacionado de forma direta à não adaptação às normas e exigências sociais que lhe são expostas, sendo então o nível de tolerância social que determina se o comportamento apresentado pela criança é normal ou patológico (Poeta; Rosa, 2004).

Outra questão bastante discutida entre os pesquisadores do transtorno seria a sua maior prevalência no sexo masculino.

Dentre as explicações teóricas para isso, Mattos (2003) aborda:

Essa maior relevância está de acordo com a maior exterioridade dos sintomas de hiperatividade e impulsividade, normalmente encontrados mais em meninos, assim, “a forma hiperativa é mais comum no sexo masculino, os meninos tendem a ‘incomodar mais em sala de aula’ [...] como são mais encaminhados, também são mais diagnosticados” (Mattos, 2003, p.27).

E com a lógica do TDAH inserida na sociedade, principalmente no âmbito educacional, apoiado no argumento da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) de que “em cada sala de aula deve existir pelo menos uma criança com esse problema”, os professores estão sendo convocados a procurar o seu aluno com o transtorno, agindo muitas vezes por antecipação, enviando-o para um diagnóstico precoce e para ações medicamentosas a fim de tratar essa criança, desprezando totalmente outros aspectos de vida do mesmo (Rocha, 2001).

A individualização do fracasso escolar

Fracasso é um termo indicado para abordar um estado ou uma condição de não atingir determinado objetivo pretendido ou almejado pelo indivíduo, sendo visto ainda

como termo oposto a sucesso. Dentro do cenário escolar, esse chamado “fracasso” é atribuído ao não enquadramento no modelo centralizado de aprendizagem efetiva, onde o professor é a autoridade absoluta e o aluno colocado em posição de receptor passivo do conhecimento, sendo cobrado ainda que todos acompanhem o mesmo ritmo de aprendizagem. Sendo assim, quando determinado aluno apresenta dificuldades na aquisição de conhecimentos, não obtendo o sucesso tido como normal e aceitável na sociedade, este é julgado como “fracassado”, sendo então culpado pela sua condição. Além disso, quando alcança em um ritmo próprio que esteja fora dos padrões ou apresente suas particularidades, tende a ser visto com “ressalvas” (Oliveira, 2014).

Pode-se perceber que a dificuldade de aprendizagem está presente em nossa sociedade desde os primórdios da educação, produzindo assim mecanismos de produção do fracasso escolar. Porém, dentro dessa visão, é perceptível também uma anulação da ação escolar e da prática pedagógica, bem como da realidade social brasileira, na produção deste fracasso, onde não se questiona o processo de ensino ou até mesmo o ambiente social em que este aluno está inserindo, colocando a culpa das suas dificuldades de aprendizagem apenas nele mesma, através de alguma patologia diagnosticada (Kramer, 2001).

Conforme abordado por Rodrigues:

Número significativo de crianças apresentam, em nosso País, dificuldades frente ao que lhe é ensinado, especialmente diante do processo de alfabetização, continuando na aprendizagem da língua escrita, expressas por termos como ‘lentidão no aprender’, ‘falhas’, ‘desvios’ com relação a um padrão definido pelo sistema escolar, que determina as habilidades necessárias para apropriação do que é ensinado. Assim, apresentam, muitas vezes, desde o início da escolarização formal, mas não sempre, baixo rendimento nas disciplinas acadêmicas, em especial nos processos de alfabetização e aprendizagem da matemática. Baixo rendimento que, em grande parte das vezes é caracterizado como fruto de dificuldades intrínsecas da criança (RODRIGUES, 2009, p. 17).

Assim, no sentido de cura do fracasso escolar, a medicalização surge como uma solução imediatista, inclusive com a promessa de resolver problemas do cotidiano dessa criança, camuflando os problemas sociais, pessoais, políticos e subjetivos desta, transformando situações cotidianas em doenças passíveis de tratamentos (Moyses; Collares, 2013).

O Brasil está diante de uma sociedade mergulhada em problemas de cunho social, político e econômico, que contribuem de forma alarmante para as desigualdades sociais. Assim, a medicalização escolar se torna um aliado para essas desigualdades, promovendo a preconização da normalização da vida, destituindo as diferenças existentes como se fosse uma negativa social, tornando todos seres únicos que devem ter um mesmo ritmo de aprendizado, os mesmos comportamentos, sob o risco de ser diagnosticado e tratado como culpado de suas diferenças (Moyses; Collares, 2013).

Sobre esse assunto, Ceccon, Oliveira, Oliveira (2000) afirmam que:

Sem dúvida, a pobreza e a miséria influem muito nos resultados escolares. Porém, dito assim, parece que o único culpado de tudo é a própria família do aluno, culpada de sua pobreza e que, por causa dela, não seria capaz de dar à criança as condições mínimas para que ela pudesse ter sucesso nos estudos. Para o pessoal que pensa assim, a culpa continua caindo toda de um lado só, no lado mais fraco, nas costas da vítima. Se a culpa é da pobreza, a escola e os professores ficam livres de qualquer responsabilidade (Ceccon; Oliveira; Oliveira, 2000, p. 37).

Dessa forma, percebe-se que as queixas escolares indicam um modelo predominante, apresentando como foco um problema individual, pertencente apenas à criança encaminhada, excluindo dificuldades presentes no processo de escolarização. Patto (2010) enfatiza sobre essa questão abordando a “teoria da carência cultural”, após pesquisas no modelo experimental que abarcam características físicas, sensoriais e cognitivas das crianças pertencentes a diferentes classes sociais, afirmando que a pobreza ambiental destas produziram deficiências psicológicas que interferiram na adaptação e no aprendizado escolar.

Sendo assim, conclui-se que existe no cenário educacional uma tendência da concepção orgânica em explicar os fatores sociais, desconsiderando todo o conjunto de outros fenômenos presentes no processo de aprendizagem, reduzindo apenas a falhas cognitivas da criança.

Além das diferenças sociais que interferem diretamente no desenvolvimento escolar da criança, cita-se ainda como fator predominante em nosso país, a segregação da educação e a falta de professores preparados para diferentes situações, produzindo assim o que Zorzi (2003) chama de “pseudo distúrbios de aprendizagem”, onde se deixa de lado os fatores precários da educação e projeta-se no aluno as deficiências de ensino.

Ainda segundo Zorzi (2003):

A educação necessita de investimentos, entre eles, obviamente, encontram-se prédios e equipamentos. Mas, acima de tudo necessita de professores melhor preparados, que compreendam o que é alfabetização, o que é linguagem, o que é variação e o que pode vir a ser um real distúrbio, principalmente para serem capazes de preveni-los. Que saibam lidar com o que estamos chamando de diferenças e que estejam equipados, do ponto de vista de conhecimentos, para desenvolver programas que realmente possam ‘estimular’ efetivamente a aprendizagem e o uso da escrita e da leitura e, dessa forma, também fornecer, de modo continuado, novos modelos que podem ser incorporados à linguagem oral (Zorzi, 2003, p. 23).

A diferença cultural e subjetiva passa então a assumir um elemento de conflito no ambiente escolar, sendo vista como um aspecto negativo que divide as crianças. Dessa forma, é necessário que os educadores presentes nesse ambiente possam com-

preender as diferenças de classes, culturas, conhecimentos e anseios, valorizando suas potencialidades como algo positivo no processo de aprendizagem. Porém, o que se percebe é o aumento dos diagnósticos de forma que os alunos passam a aceitar os rótulos e diagnósticos, incorporando-os para si e de destituindo de sua subjetividade (Zorzi, 2013).

A quantidade de crianças que são transformadas em “doentes” por essa visão de mundo medicalizada vem crescendo em números alarmantes. Crianças essas que com o passar do tempo se tornaram doentes pela introjeção do que lhes foi atribuída, vivendo com um estigma por conta do fracasso escolar. O que, conforme Patto (2010) é comum em crianças vindas da periferia, que desconhecem regras disciplinares e ao se depararem com essas nas escolas agem de forma distinta do esperado, sendo taxadas como anormais.

Para superar essa atuação medicalizante e individualizante do fracasso escolar é necessário pensar que a criança, a família e a escola estão interligadas nesse processo de aprendizagem, levando em consideração o ambiente em que está encontra-se inserida e sua condição social, entendendo que todos esses são agentes diretos no processo de escolarização (Souza, 2014).

Conclusões

Este trabalho de conclusão de curso buscou, através de revisão bibliográfica, analisar o processo de individualização dos problemas de aprendizagem através da medicalização escolar e dos diagnósticos de TDAH, tratando dessa problemática a partir da história da medicalização no cenário educacional, bem como a definição e as controvérsias existentes no diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

A partir das bibliografias conclui-se que a medicalização entra no cenário educacional, a partir do movimento higienista e da Escola Nova, criando normas e regras de comportamento para os alunos e rotulando com termos pejorativos os que não se encaixavam nestes padrões sociais.

Atualmente esse cenário educacional excludente ainda é visto, onde, principalmente alunos de classes sociais menos favorecidas, com contextos sociais e culturais diferentes dos demais alunos, são rotulados e diagnosticados com doenças contraditórias, como se pôde verificar nas controvérsias existentes no TDAH, sendo medicalizados desde o início de seu desenvolvimento.

Conclui-se que, para uma diminuição na medicalização do fracasso escolar, bem como para um cenário educacional mais inclusivo, é necessário que o aluno seja compreendido em todos os seus contextos, sociais, culturais, subjetivos, levando em consideração ainda o próprio ensino e a escola, os professores e os processos de ensino, para que em conjunto seja possível um ambiente mais acolhedor a todos os alunos.

Referências

- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia da educação: Cumplicidade ideológica. In M. E. M. Meira & M. A. M. Antunes, *Psicologia Escolar: teorias críticas* (pp. 70-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(1), 46-61.
- Ceccon, C., & Oliveira, M. D. D. (1982). A vida na escola e a escola da vida. Petrópolis: IDAC/Vozes.
- Corrêa, A. R. M. (2010). Infância e patologização: crianças sob controle. *Revista brasileira de psicodrama*, 18(2), 97-106.
- Faculdade de Ciências Médicas. (2011). *Excesso de medicalização de crianças e adolescentes* é tema de seminário na FCM. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/noticias/2015/excesso-de-medicalizacao-de-criancas-e-adolescentes-e-tema-de-seminario-na-fcm>
- Junior, E. G., & Lovisololo, H. R. (2003). Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 25(1).
- Oswald, M. L., & Kramer, S. (2001). Currículo e saberes docentes: o que aprendemos pesquisando leitura e escrita em três escolas de formação de professores. *Educar em Revista*, 17, 15-37.
- Kramer, Sônia. (2001). *Alfabetização, leitura e escrita: formação de professores em curso*. São Paulo: Ática.
- Luengo, F. C. (2010). A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Editora UNESP.
- Meira, M. E. M. (2011). Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da psicologia histórico-cultural. A exclusão dos “incluídos”: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos, 2, 75-106.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. (2013). Medicalização: o obscurantismo reinventado. In C. A. L. Collares, M. A. A. Moysés, & M. C. Ribeiro (Orgs.), *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos* (pp. 41-64). Campinas: Mercado de Letras.
- Oliveira, W. M. (2014). *Uma abordagem sobre o papel do professor no processo ensino/aprendizagem*. Londrina: INESUL.
- Patto, M. H. S. (2010). *A Produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poeta, L. S. & Rosa Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria de São Paulo*, 26(3), 150-155.
- Rocha, M. (2001). Educação e saúde: coletivização das ações e gestão participativa. In I. M. Maciel (Org.), *Psicologia e Educação: novos caminhos para a formação* (pp. 213-

- 229). Rio de Janeiro: Ciência Moderna.
- Rodrigues, Z. B. (2009). *Dificuldades de aprendizagem ou dificuldades escolares? Um estudo sobre a visão dos professores* (Tese de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Souza, M. P. R., & Cunha, B. B. B. (2010). Projetos de Lei e políticas públicas: o que a psicologia tem a propor para a Educação? In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, B. P. (2013). *Fundamentos escolares e produção de fracasso escolar e sofrimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Veiga, C. G. (2004). Manifesto dos pioneiros de 1932: O direito biológico à educação e a invenção de uma nova hierarquia social. In M. C. Xavier (Org.), *Manifesto dos pioneiros da educação* (pp. 67-88). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Wanderbroock, D. J., & Boarini, M. L. (2000). *Educação higienista, contenção social: A estratégia da Liga Brasileira de Higiene Mental na criação de uma educação sob medida (1914-1945)*. *Jornada do HISTEDBR – História, Sociedade e Educação no Brasil*, 7.
- Wanderbroock, D. J. (2009). *A educação sob medida: os testes psicológicos e o higienismo no Brasil (1914-1945)*. Maringá: Eduem.
- Zorzi, J. L. (2003). *Aprendizagem e distúrbios de linguagem escrita: questões clínicas e educacionais*. Porto Alegre: Artmed.