

Faculdade Fleming

**A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E DA VIDA ESCOLAR
(Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade)**

Francisco Marcos de Queiroz

**Campinas - SP
Novembro - 2013**

Faculdade Fleming
Curso de Pedagogia

A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E DA VIDA ESCOLAR
(Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade)

Trabalho solicitado pela Disciplina de
Sociologia da Educação, no curso de
Pedagogia da Faculdade Fleming.
Orientado por: Prof. Ms. Leandro
Eliel Pereira de Moraes.

Campinas - SP
Novembro / 2013

“Então, eu acho que somos quem somos por várias razões. E talvez nunca conheçamos a maior parte delas. Mas mesmo que não tenhamos o poder de escolher quem vamos ser, ainda podemos escolher aonde iremos a partir daqui. Ainda podemos fazer coisas. E podemos tentar ficar bem com elas.”

As Vantagens de ser Invisível - Stephen Chbosky

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo estudar a medicalização escolar, voltada para o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Apresentando de início, pontos do livro de Jairo Werner, *Saúde e Educação* (2005), para se entender de forma mais clara esse processo e os motivos que levam muitos professores e médicos a realizarem um diagnóstico errado. Abordando conceitos sobre família, socialização, escola e diferenças entre as classes sociais, que também são fatores que devem se levar em conta antes de qualquer diagnóstico.

Em seguida serão apresentadas informações sobre o TDAH em vários âmbitos, sejam na escola ou na família, além de causas, consequências, uso de drogas e os preconceitos gerados pelo uso de medicamentos. Por fim, serão apresentadas informações sobre remédios e dados sobre o consumo abusivo de *metilfenidato (Ritalina)*, droga muito utilizada para tratar o transtorno, onde quem perde são as crianças e o mercado ganha.

INTRODUCTION

This study aims to study school medicalization, focused on ADHD (Attention Deficit Disorder and Hyperactivity).

First, points from the book by Jairo Werner, Health and Education (2005), to understand this process more clearly and the reasons that lead many teachers and doctors to make a wrong diagnosis. Approaching concepts about family, socialization, school and differences between social classes, which are also factors that must be taken into account before any diagnosis.

Next, information on ADHD will be presented in various settings, whether at school or in the family, as well as causes, consequences, drug use and the prejudices generated by the use of medications. Finally, information on drugs and data on abusive use of methylphenidate (Ritalin), a drug widely used to treat the disorder, will be presented where the losers are the children and the market wins.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

A primeira descrição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é datada de 1902, quando George Still, pediatra inglês, apresentou alguns casos clínicos de crianças com hiperatividade e outros comportamentos impróprios, que não podiam ser explicados por falhas na educação ou no ambiente. O TDAH já teve outras denominações como: lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, síndrome infantil da hiperatividade, transtorno primário da atenção e transtorno hipercinético. Somente nos anos 70 que o nome atual foi dado, após o reconhecimento de ausência do controle de impulsos e do componente do déficit de atenção.

Não existem exames que possam comprovar a existência do TDAH, mas é consenso da medicina a existência de tal transtorno. Pesquisas feitas em vários países reforçam a existência do transtorno com a hipótese que o TDAH possui um caráter hereditário significativo, da qual a probabilidade de uma criança diagnosticada com TDAH seja até 8 vezes maior se os pais também tiverem o transtorno.

Muitos cientistas concordam que o TDAH parece uma doença com origem multifatorial, com causas genéticas e ambientais, onde genes anômalos quando em combinação, formatariam o cérebro em sua estrutura química e anatômica. Sobre a questão genética, há quem acredite que se for pesquisado na família de uma criança com o transtorno, será encontrado casos de outros parentes com o mesmo transtorno. Mas isso pode acontecer com qualquer doença ou transtorno, não precisa ser necessariamente uma questão genética.

Com a inexistência de exames ou testes psicológicos para se fazer o diagnóstico do transtorno, o profissional chega ao diagnóstico colhendo história da vida do paciente, que auxilia na investigação, com o auxílio de listas de verificação dos sintomas ou escalas de avaliação. O profissional da área médica sempre procura verificar se o caso corresponde a critérios estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria, através da publicação Diagnostic and Statistic Manual, ou o DSM-IV, que está na quarta edição. O DS-IV estabelece que para se diagnosticar uma pessoa com TDAH, devem

estar presentes no mínimo 6 sintomas de uma lista de 9 para a desatenção e no mínimo 6 de uma lista de 9 sintomas, para a hiperatividade e/ou impulsividade.

O TDAH pode se manifestar em diferentes graus e maneiras, da qual, atualmente são classificados em três subtipos de acordo com o DSM-IV:

- **Subtipo Misto:** caracterizado quando se tem seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade, persistentes nos últimos seis meses. É o tipo mais comum.
- **Subtipo Predominante Desatento:** caracteriza-se com a presença de seis ou mais sintomas de desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade, persistentes nos últimos seis meses.
- **Subtipo Predominante Hiperativo/Impulsivo:** caracterizado pela presença de seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade e menos de seis sintomas de desatenção, nos últimos seis meses.

Quando a criança não preenche todos os critérios das perturbações e não fica certo um subtipo, deve-se diagnosticar uma *Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção Sem Outras Especificações*, dessa forma pode se concluir, basicamente, que todos tenham o transtorno, pois em algum momento todas as crianças apresentam alguma das características, seja de desatenção ou hiperatividade.

Segundo o DSM-IV e especialistas da área é difícil identificar o TDAH em crianças de 4 ou 5 anos, já que o comportamento das mesmas é característico e muito variável em relação a uma criança de 6 ou 7 anos, quando já possível identificar o transtorno, mais visível com o ingresso da criança na vida escolar, onde a prevalência do TDAH está estimada em 3% a 7% das crianças em idade escolar, mas que, também, variam de acordo com amostra populacional e métodos de avaliação. Em relação à vida escolar, acredita-se que exista em cada sala pelo menos uma criança com o transtorno.

Uma das características do TDAH é a alta compatibilidade com outros transtornos, chamados de comorbidades. A estimativa é de que até 70% das

crianças com TDAH apresentam outros transtornos em conjunto. Em adolescentes, além das comorbidades, é comum é uso de drogas com uma estimativa entre 20% e 50% no uso de álcool, cigarro, maconha e cocaína.

Segundo o DSM-IV o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade possui uma característica essencial para ser identificado:

“A característica essencial de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.” (DSM-IV págs 85).

O DSM-IV apresenta os seguintes critérios para o diagnóstico do transtorno:

- I- Seis ou mais dos sintomas de desatenção devem persistir pelo menos por seis meses com intensidade desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Falta de Atenção

1. Deixa de prestar atenção em detalhes e comete erros por descuido em atividades escolares, no trabalho, ou em outras atividades.
2. Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou jogos.
3. Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.
4. Não segue instruções e não termina deveres escolares, tarefas domésticas, ou deveres profissionais.
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
6. Evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante, como tarefas escolares ou deveres de casa.
7. Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades, por exemplo, brinquedos, lápis, livros.
8. Distraí-se por estímulos alheios à tarefa.
9. Apresenta esquecimento nas atividades diárias.

II- Seis ou mais dos sintomas de hiperatividade/impulsividade devem persistir pelo menos por seis meses com intensidade desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

1. Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
2. Abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras situações em que deveria permanecer sentado.
3. Corre ou sobe demais, de forma não apropriada. Em adolescentes e adultos pode se limitar a uma sensação subjetiva de impaciência.
4. Tem dificuldades em jogos ou a atividades físicas, de ócio.
5. Está "a mil" ou age como se estivesse "a todo vapor".
6. Fala em demasia.

Impulsividade

1. Dá respostas precipitadas antes de ouvir a pergunta inteira.
2. Tem dificuldade para esperar sua vez.
3. Interrompe ou se intromete em assuntos e atividades dos outros.

Em seu livro, *Mentes Inquietas: entendendo melhor das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*, Ana Beatriz Silva declara que “não se tem DDA, se é DDA”, é assim que ela denomina o TDAH, pois a sigla de Distúrbio de Déficit de Atenção serve para designar o transtorno em toda sua esfera de manifestações, tal qual como as pessoas que possuem o transtorno, como se a hiperatividade fosse também, uma causa da desatenção. No decorrer do seu livro ela explica como funciona o cérebro de uma criança, jovem ou adulto com o transtorno e diz que não devemos agir como se “estivéssemos diante de um cérebro ‘defeituoso’”, já que o cérebro do TDAH apresenta funcionamentos peculiares que podem ser responsáveis pelos seus acertos e maiores desacertos.

Para a autora o trio que caracteriza uma criança com TDAH é a distração, impulsividade e hiperatividade, onde ela deixa claro que a distração pode ser variada na criança, pois ela pode apresentar dificuldade em algumas tarefas ou

assuntos, mas em outros pode apresentar grande concentração, como jogar vídeo game. Sobre impulsividade ela declara que a criança tende a agir depois a pensar, mas isso pode acontecer com qualquer pessoa, dependendo da situação, não é uma característica própria de uma pessoa com TDAH. O livro possui alguns exageros, como na declaração de que uma pessoa com TDAH jamais busca a morte, como se isso fosse comum nas outras pessoas, mas ela busca aventuras, emoções, amores, novas oportunidades e projetos para se viver mais intensamente, mesmo que corram certo perigo.

No mesmo capítulo ela apresenta uma lista com 50 critérios sugeridos para TDAH ou DDA, como ela denomina, na população adulta. Essa lista visa facilitar a auto identificação e seu entendimento prático, levando em conta a frequência e a intensidade com as quais as situações ocorrem, para se fazer pensar na possibilidade de possuir o transtorno se, pelo menos, possuir 35 das 50 características.

Beatriz Silva apresenta alguns fatores causais do transtorno, como fatores genéticos, alterações estruturais e funcionais do cérebro, fatores ambientais externos, mas explica que nenhuma dessas causas é capaz de explicar os casos de TDAH.

A autora ainda diz que um comportamento TDAH/DDA nas crianças independe de problemas emocionais, ambientais e sociais e que algumas crianças podem apresentar falsos sintomas de TDAH se estiverem passando por problemas que podem contribuir ou causar a desatenção e a hiperatividade. Esses problemas, segundo ela, devem ser observados cuidadosamente, investigados e considerados como fatores de exclusão para um diagnóstico de TDAH.

A Medicinalização como Tratamento

Para o tratamento do TDAH existem poucas alternativas, como a Psicoterapia Comportamental Cognitiva, Coaching Comportamental e o Neurofeedback, que tem se tornado mais conhecido e procurado como alternativa não medicamentosa para reorganizar o funcionamento cerebral do indivíduo com

TDAH. Mas apesar destas alternativas não medicamentosas, os remédios são os mais utilizados e mais fáceis para se tratar o transtorno.

Na área de medicamentos os psicoestimulantes são a categoria de remédios mais utilizada. Entre os remédios, os mais conhecidos são o Concerta e, principalmente, a Ritalina, ambas com metilfenidato como substância principal, que funcionam como alternativas de curto prazo, com efeitos rápidos e duração de até 8 horas no organismo. O Concerta foi o primeiro medicamento para TDAH comercializado no Brasil com formulação de longa duração. Em 2011 foi lançado um novo medicamento, baseado em sal de anfetamina, comercializado com o nome de Venvanse.

O Metilfenidato e seus metabólitos são distribuídos entre o plasma (57%) e os eritrócitos (43%) e são eliminados do plasma cerca de 2 horas, mas somente após 48 a 96 horas do restante do organismo, pela urina e fezes.

A Ritalina é contraindicada em casos de ansiedade, tensão, agitação, arritmia cardíaca e hipertireoidismo e também para pacientes com tiques motores. O medicamento não é indicado em todos os casos de TDAH, considerando-o apenas após um completo diagnóstico e avaliação da criança, pois pode causar dependência física e psíquica e nunca para crianças com menos de 7 anos.

Os efeitos colaterais mais comuns e conhecidos são a perda de apetite, dores de cabeça, sensação de opressão no peito e outras. No caso das crianças o medicamento deve ser evitado em crianças com altura inferior à esperada a idade. Barkley e colaboradores (1990) descrevem 17 sintomas em curto prazo, de acordo com a tabela abaixo (1), em ordem de frequência de aparecimento. Os mesmos efeitos são comparados em pacientes em uso de placebo em baixos e altos níveis de metilfenidato.

Tabela 1: Freqüência de aparecimento de efeitos colaterais de metilfenidato em pacientes em uso de placebo, baixas (0,3 mg/kg) e altas (0,5 mg/kg) doses de metilfenidato.

Efeito colateral	Placebo	Baixa dose	Alta dose
Diminuição de apetite	15	52	56
Insônia	40	62	68
Dor abdominal	18	39	35
Cefaléia	11	26	21
Propensão ao choro	49	59	54
Tiques	18	18	28
Tonteira	4	10	7
Náuseas	18	23	20
Roer unhas	22	26	29
Falar pouco	16	20	22
Ansiedade	58	58	52
Desinteresse	18	18	15
Euforia	41	34	43
Irritabilidade	72	65	66
Pesadelo	20	20	21
Tristeza	43	48	41
"Olhar parado"	40	38	38

Modificado de Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS et al. Side effects of Methylphenidate in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Systemic Placebo-controlled

Em longo prazo, apresentam-se apenas três efeitos colaterais de maior importância do metilfenidato: dependência, efeitos cardiovasculares e redução da estatura, sendo este último, muito variável.

Quando o Metilfenidato é utilizado, a capacidade de controle e de atenção melhoram, mas isso não é suficiente para desenvolver outras habilidades necessárias e nem para construir hábitos e formas novas de agir.

O Metilfenidato e Seu Crescente Consumo

A maior preocupação quando se é diagnosticado com TDAH é o uso de medicamentos. O Brasil é o segundo país que mais consome Ritalina no mundo, e não somente por portadores do transtorno. A venda ilegal do medicamento na internet é comum para não-portadores, seja estudantes ou profissionais que esperam um melhor desempenho, o que assemelha o consumo abusivo, ilegal e errado ao tráfico de entorpecentes.

De acordo com o Boletim de farmacoepidemiologia, divulgado em 2012, pela Anvisa, o consumo de metilfenidato teve um aumento significativo de 74,8% em crianças e jovens com idade de 6 a 16 anos, entre os anos de 2009 e 2011 no país. No ano de 2009 foram vendidas 156.623.848 mg do medicamento, em 2011 chegou a 413.383.916 mg. A porcentagem de caixa vendidas em 2011 é de 28,2% em relação a 2009, existe aqui uma variação nos meses de vendas, pois nos meses de férias escolares a venda cai e volta a aumentar no segundo semestre do ano. O gasto das famílias com o remédio em 2011 chegou a R\$ 28,5 milhões, equivalente um valor de R\$ 778,75 para cada mil crianças. O Distrito Federal foi o maior consumidor de metilfenidato no triênio, da qual foram consumidas mais de 114 caixas para cada mil crianças, apenas em 2011, um aumento de 30% com relação a 2009. Na região norte, o maior consumidor foi Rondônia; na região Sul, o Rio Grande do Sul; na região Nordeste, a liderança foi de Piauí e na região Sudeste, o maior consumidor foi o estado de Minas Gerais.

Concursados, no geral os que prestam concursos para cargos públicos ou privados, são os grandes usuários da Ritalina, já que a ideia é de que utilizando o medicamento eles vão chegar ao máximo do sucesso intelectual e cognitivo. A atração de grande parte dos estudantes pela droga se dá pela esperança de que ela possa acelerar o aprendizado, sem pensar nas consequências que vão vir depois.

A tabela abaixo mostra o consumo anual do metilfenidato entre os anos de 2009 e 2011 no país.

Tabela 2 – Consumo anual de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011.

Ano	UFD	Miligramas	UFD/1.000 habitantes (6 a 59 anos)	UFD/1.000 crianças (6 a 16 anos)	DDD/1.000 crianças/dia
2009	557.588	156.623.848,00	3,6	4,3	0,39
2010	881.959	266.092.536,00	5,7	7,4	0,67
2011	1.212.850	413.383.916,00	7,8	11,3	1,03
Δ% (2009-2011)	117,5	163,9	116,7	162,8	164,1
Δ% (2009-2011) Farmácias/ drogarias				35,4	
Δ% (2009-2011) Arquivos XML aceitos				89,3	
Estimativa % (2009-2011)*	28,2	74,6	27,4	73,5	74,8

UFD – Unidade física dispensada = caixa vendida do medicamento; DDD – Dose Diária Definida;
 Δ% - variação percentual no período.

*Ajustada pela variação percentual dos arquivos XML aceitos pelo SNGPC.
 Fontes: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; DATASUS/Ministério da Saúde.

* UFD = Caixa vendida do medicamento.

^b Para esta análise, a idade de até 59 anos foi considerada para o cálculo do consumo de metilfenidato, embora na bula não tenha indicação de limitação de idade para uso do medicamento.

^c A DDD é a dose média diária de um princípio ativo na sua principal indicação. A DDD utilizada para o metilfenidato foi de 30mg, proposta pelo Nordic Council on Medicines (http://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

Tabela retirada do Boletim de Farmacoepidemiologia de jul./dez. de 2012.

O consumo de metilfenidato nos três anos estudados teve uma variável para cada mês do ano, mas uma semelhança razoável entre os anos, com um aumento consecutivo em relação ao ano anterior, como mostra a figura 2, com quedas no consumo entre os meses de janeiro, julho e dezembro, justamente os meses de férias escolares, onde a concentração das crianças não se faz tão necessária nos estudos.

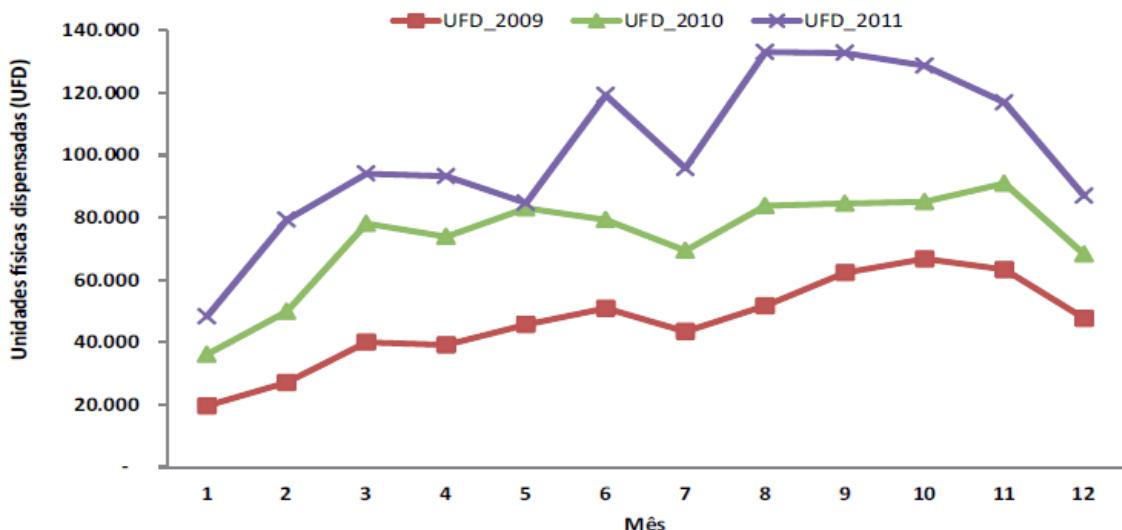


Figura 2 – Consumo mensal de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011.

Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa.

De acordo com dados da Anvisa, os maiores prescritores do metilfenidato são neurologistas pediátricos e médicos da área do trabalho.

Como se pode observar pelas tabelas e gráficos, o aumento da venda do medicamento vem subindo consideravelmente com os anos, e não se sabe os reais motivos do aumento do diagnóstico do TDAH em crianças e adolescentes, não se tem também um número estimado de vendas ilegais do medicamento, mesmo com tentativas da Anvisa de controlar o consumo.

O crescimento da produção do metilfenidato chama atenção pelo tempo relativamente curto e pela quantidade produzida do medicamento, o que leva a uma reflexão sobre este crescimento tão óbvio. O que está acontecendo é um aumento do transtorno em crianças? As crianças estão cada vez mais sendo diagnosticadas como doentes por, não conseguirem se concentrar ou por serem hiperativas?

A procura de pais, professores e médicos pela criança perfeita, a criança comportada, a criança atenta faz com esse aumento de metilfenidato seja cada vez maior com o decorrer dos anos, levando-os a procura de um medicamento que estabeleça uma normatização, esta embutida em uma pílula.

A Medicinalização da Educação Como Controle da Criança

O livro Saúde & Educação, de Jairo Werner (2005) aborda a medicinalização do fracasso escolar, desmistificando o problema no âmbito da educação, que é um dos grandes problemas nos sistemas educacionais, analisando questões que estão ligadas às dificuldades de aprendizagem. Para Werner, saúde e educação possuem uma relação essencial e inseparável.

Em seu livro, Werner deixa claro que o professor precisa conhecer o aluno por meios de observações e análises das interações escolares, que são úteis para se evitar um encaminhamento inadequado a um serviço de saúde. Para ajudar no diálogo sobre processos de desenvolvimento e aprendizagem, o autor apresenta o processo da “análise microgenética-indiciária”, que se baseia em estudos de Vygotsky, Bakhtin e Ginzburg, analisando o homem através de uma perspectiva histórico-cultural.

Essa análise desloca a avaliação do individuo para a avaliação de processos interativos (*Vygotsky*), enfatiza-se a dialogia (*Bakhtin*) e valorizam-se as pistas, indícios e sinais como forma de se conhecer e revelar a realidade (*Ginzburg*). A perspectiva histórico-cultural abordada no livro de Werner parte do pressuposto que todo indivíduo é formado pelas relações sociais, sendo assim ele nasce duas vezes, uma biologicamente e outra socialmente.

O autor também mostra as diferentes concepções de saúde e doença entre profissionais da educação e da saúde, como:

Concepção Mecânica: a saúde é vista como ausência de doença, o corpo é comparado a uma máquina, onde o aluno não aprende por problemas relacionados a defeitos no corpo.

Concepção Organicista: a saúde é resultado das dificuldades de adaptação do organismo ao ambiente, considerando fatores causais.

Concepção Dialética: Considera-se que o processo saúde-doença está relacionado à qualidade de vida, onde o corpo e a saúde são considerados como processo de transformação social e cultural do ser.

As duas primeiras concepções explicam as dificuldades escolares através do indivíduo e culpam o aluno pelo fracasso escolar. O modelo mecanicista pode ser explicado com base nas teorias Behaviorista, e o modelo Organicista é explicado de acordo com teorias do biólogo Jean Piaget.

Werner ainda nos fala sobre a visão dominante de saúde-doença presentes nos serviços de saúde que contaminam a educação. O homem é uma máquina viva que deve ser mantida, sendo ele o último elo de uma relação burocrática, onde é mais preservada a relação de troca comercial, onde tudo está sujeito às negociações lucrativas nos serviços de saúde, seja público ou privado.

A saúde pública no final do século XIX e inicio do século XX caracterizou-se pelas ações de inspeção e controle dos ambientes e dos indivíduos. Entre essas ações estava a higienização do ambiente escolar, criando a "Saúde Escolar". Esse modelo se volta para o controle social e responsabilização de grupos e indivíduos, não levando em conta as relações sociais. Nesse ambiente saudável estavam excluídos os deficientes, doentes, fracos e os que não aprendiam, assim, eles estavam excluídos da escola e também da assistência de saúde. Criando essa higienização, surgiram então bases para justificar o fracasso escolar por meio de doenças ou deficiências, que serve de apoio à chamada *medicalização do fracasso escolar*. Foi preciso, então, incorporar atendimentos especializados como de psicólogos, fonoaudiólogos e neurologistas aos serviços de saúde escolar, disfarçando as deficiências do sistema educacional e os tornando deficiências da criança, isentando a responsabilidade da escola.

As taxas de fracasso escolar são explicadas por deficiências da criança, onde são incluídas deficiências nutricionais, sensoriais e comportamentais, tidas como disfunções neurológicas, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Muitas crianças são encaminhadas para os serviços de saúde para que se detecte algum *problema*, que muitas vezes são comuns de acordo com a faixa etária, algumas relacionadas às dificuldades de aprendizagem e outras vezes

não existe problema algum. Dessa forma são identificadas demandas falsas e reais nos encaminhamentos da escola aos serviços de saúde.

Muitas das crianças encaminhadas ao serviço de saúde, já chegam com um diagnóstico e o encaminhamento para a saúde serve apenas para confirmar por meios mais sofisticados, algo que não existe.

Werner diz que é necessário identificar as explicações que fundamentam falsos diagnósticos que excluem o aluno da escola, além de culpar a criança e a família pelo fracasso escolar. Crianças de classes populares são muitas vezes diagnosticadas com *Retardo Mental Leve*, mesmo que não exista abordagens suficientes na medicina que a explique. Entre as crianças de classe sociais mais privilegiadas destacam-se falsas demandas no diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que é muito controverso.

Werner aborda o desenvolvimento e aprendizagem do aluno a partir da concepção histórico-cultural, utilizando teorias de Vygotsky, onde resumidamente a aprendizagem da criança varia de acordo com a sua história, sua vida social e de acordo com os padrões culturais e linguísticos. Quando a escola bloqueia esses padrões, utilizando padrões de classe média e não consegue interagir com o aluno, acaba dificultando o acesso aos conhecimentos apresentados pela escola, produzindo o fracasso escolar da criança.

No livro, Werner aborda alguns tipos de transtornos, como o de linguagem, escrita, leitura e até mesmo transtorno matemáticos, onde as classes mais pobres são mais diagnosticadas com transtornos e déficits que as classes mais ricas, por questões sociais e culturais. Além de mostrar que muitos métodos e classificações estão equivocados em classificar como doença, algo comum, que varia do meio social e da faixa etária, estas classificações ele exemplifica utilizando o DSM-IV.

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) trata-se de um manual que lista diferentes categorias de transtornos e critérios que ajudam no diagnóstico. É utilizado no mundo todo por clínico, pesquisadores, médicos e também por companhias farmacêuticas. Atualmente existem cinco revisões

do DSM, publicado em 1952, sendo a maior delas a DSM-IV. A quinta revisão textual foi realizada em 2000 e publicado em maio de 2013.

O autor aborda de forma profunda o TDAH, e critica muitos métodos e profissionais por abordar o assunto ao redor desse transtorno de forma errônea, utilizando simples tabelas e classificações para tornar em doença, algo normal, sobre o criticas em relação a essas classificações, contidas no DSM-IV, Werner diz:

A crítica aos critérios diagnósticos do DSM-IV também aponta para a necessidade de uma nova abordagem diagnostica, na qual o examinador não deveria adotar uma posição neutra como nas propostas contidas nos testes, em geral, e nos interrogatórios clínicos. O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (Vygotsky, 1987), ao privilegiar o processo de interação e interlocução com a criança, oferece maiores possibilidades para a compreensão do processo de desenvolvimento e de aprendizagem. (WERNER, 2005, p. 122.)

Observando toda abordagem que Werner faz em seu livro, é possível perceber as criticas do autor em relação à medicalização escolar, ao uso de tabelas e classificações para diagnosticar algo falso ou não, e as criticas aos sistemas de saúde e educação que culpam a criança pelo fracasso e não a unidade escolar, o processo de ensino e o método utilizado para se ensinar, sem levar em conta o meio social. Utilizando as informações até aqui consideradas, será feita uma abordagem sobre família, educação e meio social para se chegar de fato ao assunto do TDAH.

A Relação Social Entre Família e Escola

De acordo com Poster (*in LANE, 2001*) existem quatro modelos de família: a família aristocrática, a camponesa, a proletária e a família burguesa que nasceu em meados do século 18, na Europa e rompeu os modelos de famílias da época e criou novos padrões de relações familiares, caracterizando o fechamento da família sobre si mesma, onde a educação dos filhos passou a ser o principal objetivo da família burguesa. A criança burguesa do século XIX quase não possuía contato com outras pessoas antes de ingressar na vida

escolar, e todo o contato que possuía era com os membros da família, assim, a criança ficava dependente dos pais para sua satisfação de necessidades e afeição. Essa dependência de afeição e satisfação das necessidades dependia do comportamento da criança.

No Brasil, os senhores coloniais substituíram o modelo colonial extenso pelo modelo da família nuclear burguesa, que foi desencadeada pelo movimento higienista, criando padrões internos para as famílias, semelhantes à família burguesa europeia.

A família pode ser considerada uma unidade social básica e universal, individual e grupal, que tem passado por mudanças em sua estrutura, organização e funções dos membros. Tempos atrás o modelo de família era constituído por pai-mãe-prole, considerado ideal e dominante, é um padrão moralista, que desconsidera outros tipos de famílias, tornando-os inadequados. Atualmente existem outros tipos de famílias que a cultura e novos padrões de relações vão produzindo. O tipo de família como conhecemos hoje não é uma formação natural ou divina, ela é histórica, pois se transformou no decorrer da história do homem.

Chamada de *célula mater*, a família é um transmissor de valores ideológicos, cuja função social é transmitir valores e ideias que constituem a cultura em determinado momento e educar as futuras gerações de acordo com os padrões e ideias dominantes da época. A família é a principal responsável pela sobrevivência física e psíquica da criança, sendo o primeiro grupo de mediação do indivíduo com a sociedade, caso não exista essa família, a de origem, outro grupo deve dar conta de sua função.

As famílias atuais redefinem as funções parentais de cuidado e educação dos filhos, dividindo essas funções com outros meios sociais e técnicos, principalmente os da saúde mental. No século XXI existe uma séria discussão sobre a responsabilidade da família e de outras instituições, como a escola, na formação das futuras gerações. Em casos de famílias pobres, a demanda pela função substitutiva da família pelo estado é cada vez maior, com o objetivo de garantir os direitos à infância e à juventude.

Antes de nascer, a criança já possui um mundo pronto, uma sociedade com regras e leis, da qual ela deverá se adaptar, tendo os pais como primeiros e principais modelos de como é ser homem e mulher na atual sociedade, pois é a família que reproduz a cultura que a criança irá internalizar. Com todas as mudanças acontecendo no mundo atual, e as que ainda estão por vir, a família ocupa papel de destaque neste contexto. Para muitos a família deve ser combatida, pois passa a ser um problema no desenvolvimento social, pois é a principal criadora de neuroses, além da força de dominação sobre as crianças.

Inajara Freitas, psicóloga clínica, aborda em seu livro, *Crenças e Valores: Temas Fundamentais em Psicologia*, o papel da família e a família moderna. Ela lança questões sobre como a família tem desempenhado o papel dentro da sociedade, no aspecto individual e grupal.

Muitas famílias planejam desde a educação até alimentação do filho de forma quase cientificamente ou como uma lista de compras. Inajara também destaca a questão da afetividade, onde muitas famílias modernas moderam no amor e carinho para com a criança, que é *administrado como um componente de higiene pedagógica* (1996, pag. 34). A interação entre a família envolve o processo de formação da personalidade da criança, os pais precisam ser o melhor brinquedo e a melhor educação para as crianças, além de o alimento psicológico para formar suas personalidades.

Reinaldo Dias, Sociólogo, Mestre em Ciência Política e Doutor em Ciências Sociais, classifica a família como biológica, de socialização, assistencial e econômica, onde a socialização é uma das mais importantes funções da família, pois prepara a criança para ingressar na sociedade, por meios de heranças sociais e culturais. Após o nascimento, a família é o grupo de contato da criança e exerce grande papel em seu desenvolvimento social. A criança aprende por meio do ambiente familiar, ela tende a ver o mundo como confiável ou perigoso, de acordo com o ambiente familiar vivenciado por ela.

A família cumpre uma função ideológica, complementando outros agentes sociais, sendo um importante aparelho ideológico, mas para Althusser, a escola é o aparelho ideológico mais importante. O que era antes exclusivamente papel

da família, hoje é de toda uma rede de agentes sociais, desde a pré-escola até os meios de comunicação e redes sociais.

Depois da família, como meio de socialização, a escola é a que mais contribui para os padrões comportamentais da criança, pois ela amplia seu mundo social, entrando em contato com outras pessoas e outros contextos. A forma como as escolas desenvolvem suas atividades, assim como a cobrança pelo desempenho pode reforçar ou diminuir os valores das crianças e modificar seus hábitos. Uma das funções da escola é proporcionar satisfação de necessidades sociais e recreativas que vão desenvolver habilidades importantes para o longo da vida.

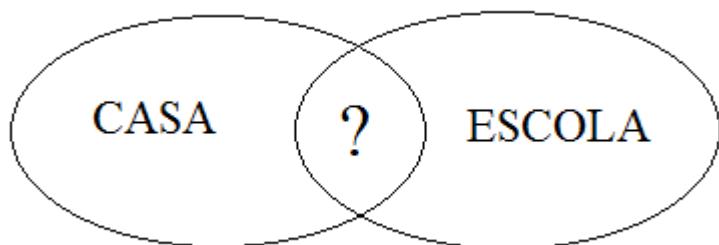
A escola é tida como o ambiente capaz de resolver problemas sociais e psicológicos da criança e esses problemas são altamente divulgados e discutidos. Salas de aulas com grande número de alunos, por exemplo, prejudicam o ensino e o professor não pode dar atenção individual aos alunos, tratando todos da mesma forma.

A escola muitas vezes é um fracasso na educação da criança, que abandonam a escola por não conseguirem aprender, seja pelo método da escola ou do professor ou por desinteresse do aluno mesmo, muitas vezes gerado por outros motivos, como as difíceis condições de vida, falta de apoio familiar e a exigência do trabalho para o sustento da casa. O motivo mais comum para a saída da escola é porque a mesma não apresenta qualquer atrativo para a criança ou adolescente e não serve como fator de proteção na busca de superação das dificuldades.

Muitos desses pontos, Werner aborda em seu livro, Saúde & Educação (2005), apontando os mesmos como fatores que geram a medicalização escolar de muitas crianças, onde a família acaba aceitando, muitas vezes, por não interagir com os filhos em casa e na escola, por não se preocuparem ou achar que a responsabilidade é toda da escola.

Entre a escola e a família existem descontinuidades no processo de educação e desenvolvimento. Na escola a criança vive em grupo, trabalha e aprende muitas vezes também em grupo e não possui a mesma liberdade que tem em

casa, da qual não possui horários estipulados para determinadas atividades, implicando a organização de tempo e espaço também no meio escolar. Em casa as crianças aprendem de forma natural e real, com funcionalidades imediatas, na escola, ao contrário, a aprendizagem é formal, consciente e não possui um contexto imediato de uso.



As Classes Sociais e os Problemas Por Elas Gerados

O sistema de classes sociais é o que caracteriza, entre outros fatores, as diversas sociedades que exploram o trabalho humano. Algumas teorias classificam as classes pela riqueza e renda, onde os níveis educacionais e profissionais são de grande importância, mais do que a tradição familiar. Uma pessoa pode sair de uma determinada classe e ir para outra, mais baixa ou mais alta, onde a desigualdade varia em grau de uma sociedade para outras, sendo classificadas também, como classe alta, classe média, e a classe baixa. Essa classificação é útil e simples, mas pode ser insuficiente ou mesmo equivocada.

Para Marx as classes sociais surgem a partir da divisão social do trabalho, assim a sociedade se divide em possuidores e não possuidores dos meios de produção. As relações de produção expressam formas sociais de organização, resultando em uma divisão interior nas sociedades. Pela divisão social do trabalho, a sociedade se divide em classe dominante e classe dominada, onde o Estado representa os interesses da classe dominante, criando aparatos para manter as relações de produção. Estes aparatos são chamados por Marx de infraestrutura, que condicionam o desenvolvimento de ideologias e normas para assegurar os interesses dos proprietários. Dialeticamente, aquilo que

determina também é determinado: o aparato estatal, as ideologias e as normas também atuam para manter as relações sociais de produção.

A substituição de antigas condições de trabalho por novas ainda guardam contradições internas, criando condições para a transformação social. Essas contradições são expressas no aumento de *despossuidores* dos meios de produção, que sofrem com a pobreza, doenças, fome, desnutrição e atrasos tecnológicos.

Os níveis de classe social geram barreiras e discriminação para as classes trabalhadoras, que já possuem poucos recursos, não bastassem às barreiras e a discriminação, isso gera preconceito. A discriminação está relacionada de forma íntima ao preconceito, que consiste em negar oportunidades e direitos iguais à determinada categoria de pessoas. A questão do preconceito e discriminação atinge de forma direta a população trabalhadora, por não terem, muitas vezes, acesso a boa educação, cultura e até um padrão familiar considerado decente para a sociedade, que se respeite.

Werner aborda a questão das classes sociais em seu livro, *Saúde & Educação*, no diálogo *O Menino do Borel*, onde a dificuldade de aprendizagem se dá a localização em que vivem, a classe social a que pertencem e a formação da família, o que gera o desinteresse das crianças nas escolas, por não terem uma perspectiva na vida. Isso deixa claro que é preciso conhecer, antes de tudo, o meio em que a criança vive para poder fazer julgamentos mais adequados, no caso de, aparentemente, apresentar algum tipo de transtorno psicológico.

Muitas vezes é a situação e o modo de vida da criança que prejudica sua aprendizagem, e não problemas mentais. A falta de informação nesses ambientes é prejudicial no processo de aprendizado, é preciso buscar conhecer, principalmente, esses condicionantes sociais que formam as crianças da classe trabalhadora.

Considerações finais

Observando as informações, tabelas e gráficos, é possível observar um consumo significativo do metilfenidato no país, sem causa específica. O consumo é real, mas o motivo do aumento do diagnóstico do TDAH, não.

Cada vez mais crianças e adolescentes são acometidos pelo transtorno, assim pais, professores e médicos utilizam de medicamentos para trazer a criança ao seu normal, que é estabelecido por uma sociedade cada vez mais transformada em objetos de consumo, cheias de regras e normas a serem seguidas, esquecendo-se de particularidades do individuo e da idade real da criança.

A medicalização infantil tornou-se comum, justamente por ser o meio mais rápido e simples para o tratamento do TDAH. Não se procura, como primeira opção, métodos alternativos para o tratamento do transtorno, nem se leva em consideração o meio social da criança. Médicos e outros especialistas se baseiam simplesmente pelos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Acredita-se que por não existir um diagnóstico mais eficaz, nem exames clínicos mais avançados, deveria ser levado em conta todo o aspecto da vida da criança, como sua família, local de habitação, renda da família, desejos e sonhos da criança.

A visão que se parece ter é que, antes de qualquer coisa, vê-se a criança como um futuro adulto, esquecendo-se que ela precisa ser e viver como criança, ser tratada como criança em toda sua particularidade. Cada criança é uma, diferente e com jeitos próprios que devem ser respeitados. Estas crianças diagnosticadas com TDAH são transformadas em objetos, assim podem ser manipuladas e conhecidas, de forma errônea, ela perde suas particularidades, deixando suas características próprias de lado, tornando-se outro individuo sem autonomia.

Não se consulta a criança, não se questiona a mesma sobre o que ela gostaria de fazer, o que seria agradável. Até mesmo em crianças com TDAH deveria se recorrer ao método da tentativa e erro, buscando meios alternativos para melhorar sua capacidade de atenção e controlar sua hiperatividade.

A medicalização deveria ser tida como ultima alternativa, e não como a primeira e principal. Com a medicalização escolar das crianças, percebe-se a falta de informação de muitos educadores em relação ao “eu” da criança, ao seu meio social e a sua história. É preciso conhecer cada criança, saber de sua historia antes de encaminha-la a um médico já com o pré-diagnóstico de TDAH.

O consumo de Ritalina no Brasil é grande, é preciso investigar este consumo mais de perto para se chegar a uma resposta sobre o aumento da produção do metilfenidato. É preciso buscar um estilo próprio de educar e ensinar a criança, onde não seja necessário medicá-la. Vê-se ai, uma incapacidade de controle de pais e professores sobre as crianças, que querem fugir da responsabilidade.

Como Werner aborda em seu livro, o homem é o último elo nas relações burocráticas, onde a relação comercial e as negociações lucrativas sempre virão em primeiro lugar.

Referências Bibliográficas

WERNER, Jairo. Saúde & educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno – Rio de Janeiro: Gryphus, 2005 – (Educação em diálogo; 5)

PAIVA, Inajara Freitas Villar. Crenças e Valores: temas fundamentais em psicologia – Joinville: Movimento e Arte, 1995 – (Coletânea 1989 – 1995)

COLL, César; MARCHESI, Álvaro e PALACIOS, Jesús. Desenvolvimento psicológico e educação – Porto Alegre: Artmed, 2004 - 2º ed.

DIAS, Reinaldo. Fundamentos de sociologia geral – Campinas, SP: Alínea, 2011 - 5º ed.

GIL, Antonio Carlos. Sociologia geral – São Paulo: Atlas, 2011.

Psicologia escolar e educacional: saúde e qualidade de vida – explorando fronteiras / Zilda Aparecida Pereira Del Prette (Org.). – Campinas, SP: Alínea, 2011. 4º ed. (Vários colaboradores).

LANE, Silvia T. M.; WANDERLEY, Godo. Psicologia social: o homem em movimento – São Paulo: Brasiliense, 2001. (Pag.99 – 124)

CABRAL, João F. P. As classes sociais no pensamento de Karl Marx. <<http://www.brasilescola.com/filosofia/as-classes-sociais-no-pensamento-karl-marx.htm>> acessado em 12 de nov. de 2013.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia / Ana Mercês Bahia Bock, Odair Furtado, Maria de Lourdes Trassi Teixeira. – 14º ed. – São Paulo: Saraiva, 2008. (cap. 16. Pág. 236 a 244)

Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Disponível em <www.tdah.org.br> acessado em 10 de set. de 2013.

Associação Americana de Psiquiatria DSM-IV. Manual de diagnósticos e estatísticas das perturbações mentais. 4º ed. 2002. Clímpsi Editores. (pág. 85 a 93)

SILVA, Ana Beatriz B. Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas – São Paulo: Editora Gente, 2003.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo. Revista de Psiquiatria Química. Efeitos colaterais do metilfenidato. (2013) - Rio de Janeiro. Disponível em <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n2/100.html> acessado em 10 de set. de 2013.

Bula Ritalina. Disponível em <www.bulas.med.br/bula/3721/ritalina.htm> acessado em 01 de set. de 2013.

Instituto Paulista de Déficit de Atenção. Disponível em <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/index.html>> acessado em 01 de set. de 2013.

Anvisa. Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato. Disponível <<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>> acessado em 4 de Nov. de 2013

SILVA, Marianna da Gama. TDAH e o discurso do capitalista comparece a escola. (2012) Universidade de São Paulo: São Paulo.

SILVA, Ana C. P., LUZIO, Cristina Amélia, et. al. A explosão do consumo de Ritalina. (2012) UNESP.

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Nacional. (2012) Boletim de farmacoepidemiologia. Ano 2, n° 2 – jul./dez. de 2012.