

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO UNIVERSITÁRIO NORTE DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA EDUCAÇÃO BÁSICA

EUDES ALEXANDRE MONTEVERDE

**A INFLUÊNCIA DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA NO DISCURSO DA
ESCOLA SOBRE O COMPORTAMENTO INFANTIL**

SÃO MATEUS-ES

2021

EUDES ALEXANDRE MONTEVERDE

**A INFLUÊNCIA DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA, NO DISCURSO DA
ESCOLA SOBRE O COMPORTAMENTO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Educação Básica do Centro Universitário Norte do Espírito Santo, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Educação Básica, na área de concentração Ensino, Sociedade e Cultura.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Célia Mendes Senatore.

SÃO MATEUS-ES

2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

M772i Monteverde, Eudes Alexandre, 1977-
A Influência da inflação diagnóstica no discurso da escola sobre o comportamento infantil / Eudes Alexandre Monteverde. 2021.
94 f.

Orientadora: Regina Célia Mendes Senatore.
Dissertação (Mestrado em Ensino na Educação Básica) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Universitário Norte do Espírito Santo.

1. Infância. 2. Educação Infantil. 3. Comportamento Infantil. 4. Medicalização do Comportamento. I. Senatore, Regina Célia Mendes. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro Universitário Norte do Espírito Santo. III. Título.

CDU: 37

EUDES ALEXANDRE MONTEVERDE

**A INFLUÊNCIA DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA NO DISCURSO DA
ESCOLA SOBRE O COMPORTAMENTO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Educação Básica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Educação Básica.

Aprovada em 10 de Dezembro de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

**Profa. Dra. Regina Célia Mendes
Senatore
Ceunes - Universidade Federal do
Espírito Santo
Orientadora**

**Profa. Dra. Isabel Matos Nunes
Ceunes - Universidade Federal do
Espírito Santo**

**Profa. Dra. Luciana Vieira Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
REGINA CELIA MENDES SENATORE - SIAPE 1715554
Departamento de Educação e Ciências Humanas - DECH/CEUNES
Em 11/03/2022 às 10:20

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/375686?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ISABEL MATOS NUNES - SIAPE 3052036
Departamento de Educação e Ciências Humanas - DECH/CEUNES
Em 11/03/2022 às 13:34

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/375992?tipoArquivo=O>

A meu Deus, pela esperança.

À minha esposa, pela paciência e incentivo.

AGRADECIMENTOS

“É bom ser criança
Ter de todos atenção
Da mamãe, carinho
Do papai, a proteção
É tão bom se divertir
E não ter que trabalhar
Só comer, crescer, dormir,
brincar”.

(Toquinho – É Bom Ser Criança)

Começo meus agradecimentos lembrando a todos como é bom ser criança, a todos aqueles que me incentivaram, me guiaram, me ajudaram a construir esse caminho até aqui, na certeza que o bem mais precioso que temos em nossas mãos, enquanto educadores, são nossas crianças. Quero agradecer com todo carinho e coração:

A meu Deus, que em todos os momentos me sustentou, não me deixando desistir, pois este trabalho, a minha missão, dedico. À toda minha família, em especial a minha esposa Rafaela, que soube em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis, entender a minha distância, mesmo estando tão perto, que sempre me lembra o quanto capaz eu sou, mesmo quando eu não acredito mais.

Às s profissionais participantes dessa pesquisa, que com sua disponibilidade e confiança, se apresentaram sem preconceitos e sem receios para falar daquilo que lhes é tão importante, seu caminhar, nesse jardim encantado, chamado: “Educação Infantil”.

À Professora Doutora Regina Célia Mendes Senatore, pela oportunidade, confiança, paciência e conhecimento partilhado. Que soube entender todas as minhas angústias, ansiedades e “atrasos”, que não desistiu desse aluno um tanto indeciso. Mostrando que o caminho que escolhi era possível e que eu chegaria até o fim.

Às professoras doutoras Isabel Matos Nunes e Luciana Vieira Caliman por terem aceitado tão prontamente o convite para participar da minha qualificação e da banca examinadora, com suas importantes contribuições para o trabalho. Agradeço também a disponibilidade e a gentileza dos professores suplentes da banca avaliadora.

Ao programa de Pós-graduação em Ensino na Educação Básica, o Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES/UFES), pela concretização de um sonho de ter um Mestrado pela Universidade Federal. À coordenação do curso e aos professores, pela disponibilidade e solicitude, mesmo em tempos tão difíceis que enfrentamos. Aos servidores da Secretaria Unificada de Pós-Graduação (SUPGRAD) pelo suporte, atenção e competência.

Aos colegas de mestrado, que com sua amizade contribuíram com mais essa etapa de formação profissional, mas em especial à amiga Alessandra, pelas infinitas conversas e conselhos sobre o nosso trabalho, à Tati e Alexandre pela cumplicidade.

A Secretaria Municipal de Educação de Boa Esperança -ES, na pessoa do ex-secretário Sebastião da Rocha Lima, pela compreensão nos momentos de ausência para frequentar as aulas do mestrado.

A equipe da Secretaria Municipal de Educação em que trabalho, sempre solidários e compreensivos durante todo o período do mestrado.

À minha amiga Kathiurcia, pelos momentos de escuta e colaboração sempre disponível.

Enfim, a todas as crianças do município de Boa Esperança, razão da minha pesquisa.

Tratar uma criança é, antes de tudo, reconhecer-lhe o direito a angústias, tristezas e medos, sem etiquetagem, mas com o oferecimento da escuta daquilo que se monta.

Inês Catão

RESUMO

Na cultura ocidental europeia, até por volta do século XV, a criança era considerada um adulto em miniatura e o conceito de infância era praticamente inexistente. No entanto, a partir desse momento uma parcela de moralistas e educadores passa a ter uma opinião diferente sobre o assunto, assim sendo, surgem os primeiros conceitos de infância, com suas particularidades e mais tarde a ideia de separação das crianças dos adultos, pois essa mistura, segundo eles, as tornava mimadas e mal-educadas. Assim, nos séculos seguintes, o controle do comportamento infantil passa a fazer parte da preocupação, principalmente, dos educadores, sendo esse o foco do nosso estudo. O objetivo proposto é analisar o discurso da escola sobre o comportamento infantil e aprendizado considerados fora dos padrões da escola, entre as crianças de Educação Infantil, e se têm sofrido a influência da indústria farmacêutica no aumento do número de diagnósticos de distúrbios mentais entre as crianças em idade pré-escolar. A pesquisa é fundamentada pelos pressupostos teóricos de estudiosos da infância e do comportamento humano. A abordagem metodológica utilizada foi a da pesquisa exploratória, através de um estudo de caso, com professoras, supervisora e diretora escolar de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), do município de Boa Esperança – Espírito Santo. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada a partir dos teóricos estudados e da metodologia de análise do discurso. Ficou evidenciado, em nossa pesquisa, a influência do discurso medicalizante, que tem se tornado cada vez mais forte, com a inflação diagnóstica que vêm acontecendo a cada nova edição do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), em especial em relação à infância. A busca por um comportamento ideal, com turmas homogêneas e crianças que aprendem no mesmo ritmo, tem levado os educadores a entenderem que a medicina tem uma explicação e a medicalização é uma solução para essa angústia que sofremos.

Palavras-chave: Infância. Educação Infantil. Comportamento Infantil. Medicalização do Comportamento.

ABSTRACT

In Western European culture, until around the 15th century, the child was considered a miniature adult and the concept of childhood was practically non-existent. However, from that moment on, a number of moralists and educators began to have a different opinion on the subject, therefore, the first concepts of childhood emerged, with their particularities and later the idea of separating children from adults, because this mixture, according to them, made them spoiled and ill-mannered. Thus, in the following centuries, the control of children's behavior becomes part of the concern, mainly, of educators, which is the focus of our study. The proposed objective is to analyze the school's discourse on child behavior and learning considered outside school standards, among children in Early Childhood Education, and whether they have been influenced by the pharmaceutical industry in the increase in the number of diagnoses of mental disorders among children in preschool age. The research is based on the theoretical assumptions of childhood and human behavior scholars. The methodological approach used was that of exploratory research, through a case study, with teachers, supervisor and school director of a Municipal Center for Early Childhood Education (CMEI), in the municipality of Boa Esperança - Espírito Santo. Data collection took place through a semi-structured interview. Data analysis was performed based on the theorists studied and the discourse analysis methodology. In our research, the influence of the medicalizing discourse was evidenced, which has become increasingly strong, with the diagnostic inflation that has been happening with each new edition of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Mental Disorders), especially in relation to childhood. The search for an ideal behavior, with homogeneous classes and children who learn at the same pace, has led educators to understand that medicine has an explanation and medicalization is a solution to this anguish we suffer.

Keywords: Childhood. Child Education. Childish Behaviour. Medicalization of Behavior.

LISTA DE SIGLAS

ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção
CCC – Centro de Convivência da Criança
CEUNES – Centro Universitário Norte do Espírito Santo
CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde
CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil
COVID – Corona Vírus Disiase
DDA – Distúrbio do Déficit de Atenção
DE – Diretora Escolar
DEPAC – Distúrbio de Processamento Auditivo Central
DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAD – Educação Aberta e a Distância
EMEIEF – Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental
P – Professora
SE – Supervisora Escolar
SEMED – Secretaria Municipal de Educação
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDDH – Transtorno Disruptivo da Desregulação de Humor
TEA - Transtorno do Espectro Autista
TFH – Transtorno de Fobia Hídrica
TOCS – Transtorno Obsessivo Compulsivo por Sujeira
TOD - Transtorno Opositivo Desafiador
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UNIUBE – Universidade de Uberaba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 INFÂNCIA E OS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS: CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES	20
2.1 CONCEITO DE INFÂNCIA: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL	20
2.2 OS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA	29
2.2.1 Como se constrói um diagnóstico?	29
2.2.2 Como surgiram os DSM's?	33
2.2.3 O Diagnóstico na Infância.....	35
2.2.4 O Diagnóstico na Infância a partir dos DSM's	39
3 CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO TDAH NA INFÂNCIA	41
3.1 CONCEITUAÇÃO CIENTÍFICA DO TDAH.....	41
3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS SINTOMAS DO TDAH E O COMPORTAMENTO INFANTIL	50
4 ESPAÇOS, SUJEITOS E MÉTODOS DA PESQUISA	52
4.1 O AMBIENTE DA PESQUISA: A ESCOLA.....	53
4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA: AS PROFESSORAS, A SUPERVISORA E A DIRETORA ESCOLAR	54
4.2.1 As Professoras	55
4.2.2 A Supervisora Escolar.....	57
4.2.3 A Diretora Escolar	58
4.3 AS ENTREVISTAS E NOSSAS ANÁLISES	60
5 A INFLUÊNCIA DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA SOBRE O DISCURSO DA ESCOLA A RESPEITO DAS CRIANÇAS E SEUS COMPORTAMENTOS	63
5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INFÂNCIA NO DISCURSO DA ESCOLA	64
5.1.1 A Visão da Infância	65
5.1.2 O Cuidar da Infância	66
5.1.3 O Comportamento Infantil	67
5.1.4 As Crianças e suas Famílias	71
5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INFLUÊNCIAS EXTERNAS SOBRE O DISCURSO DA ESCOLA A RESPEITO DO COMPORTAMENTO INFANTIL	74

5.2.1 Os Especialistas em Educação.....	77
5.2.2 A Urgência em ensinar e aprender.....	79
5.2.3 Medicalização como resposta as angústias da escola e dos pais	81
5.2.4 A falta de uma Equipe Multiprofissional	82
5.2.5 O discurso da escola sobre a criança: Comportamentos Associados	84
5.2.6 O Discurso da escola sobre a família	86
5.2.7 A Disciplinarização da infância na escola	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS.....	93

1 INTRODUÇÃO

A proposta de estudo da temática deste trabalho parte da nossa inquietação, que surgiu ao longo da nossa formação acadêmica, ainda no Ensino Médio, no antigo Curso de Magistério com habilitação para o exercício do magistério, na pré-escola e séries iniciais do 1º grau, concluído no ano de 1997. Durante as aulas e estágios supervisionados, refletíamos e questionávamos, em sala de aula, sobre a postura de alguns professores e outros profissionais da educação, com os quais tivemos contato.

Essa mesma inquietação se seguiu durante o curso superior em Pedagogia, nos levando à primeira especialização em Orientação Educacional, pois acreditávamos que, em muitos casos, o que faltava era alguém que ouvisse essas crianças.

Começamos, então, nossa trajetória profissional em mil novecentos e noventa e oito (1998), ao longo de quase vinte anos de trabalho na Rede Pública de Ensino do município de Boa Esperança. Mas sempre nos inquietou a situação das crianças e adolescentes ditos indisciplinados, e não nos orgulhamos em dizer que, durante o tempo de atuação como docente, também não conseguimos ter uma postura muito diferente dos colegas de trabalho. Sempre acreditando que precisávamos de alguém que nos desse suporte em nosso trabalho e que tivesse um espaço para a escuta desse aluno, além de uma formação específica para lidar com essas situações, as quais em nenhum momento nos sentimos preparados, o que sempre resultou em uma tamanha inquietação. Todos nós sabíamos que muitos casos se tratavam de questões familiares que refletiam em seus comportamentos, mas, ao mesmo tempo, nos sentíamos incapazes de buscar entender essas relações mais profundamente. No final, era mais fácil deixar para lá, afinal nós não podíamos dar conta de tudo.

No ano de 2007, juntamente com a criação do Sistema Público Municipal de Educação de Boa Esperança¹, o que chamamos popularmente de Sistema Próprio, se organizou o início do Atendimento Educacional Especializado, onde se estabeleceu a esperança de que todos os alunos com problemas poderiam ser ajudados e, conseqüentemente,

¹ Instituído pela Lei Municipal nº 1.325, de 20 de setembro de 2007 – Institui, Cria e Disciplina a organização do Sistema Municipal de Ensino do Município de Boa Esperança-ES.

melhorariam o aprendizado e o comportamento. No entanto, havíamos nos esquecido de que o Atendimento Educacional Especializado está voltado para o atendimento a crianças público da Educação Especial. Segundo a Política Nacional de Educação Especial, na perspectiva da inclusão escolar, quais sejam: alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/ superdotação.

Assim, influenciados pela ideia de que seus filhos e alunos com dificuldades de aprendizagem e comportamento poderiam ter um atendimento especial, principalmente individualizado, cresceu entre os pais e profissionais da educação a ideia de que se essas crianças tivessem laudos psiquiátricos e/ou neurológicos também seriam assistidos pela Educação Especial, evitando que fossem relegados a se tornarem alunos repetidamente repetentes até chegarem o ponto de abandonarem definitivamente a escola. Assim, assistimos o aumento do número de diagnósticos de transtornos mentais entre os alunos das Redes Públicas Municipais e Estadual.

Acompanhamos essa realidade de diversas posições, como professor e pedagogo efetivo, nas funções de professor regente, pedagogo, técnico da Secretaria Municipal de Educação e até como Ex-Secretário Municipal de Educação.

Essa realidade sempre nos incomodou, mas acreditávamos não possuir conhecimentos teóricos suficientes para questionar tal situação e contribuir com uma reflexão acerca disso. Somente em dois mil e dezessete (2017), com a participação em uma Pós-graduação a nível de especialização, oferecida pela Universidade Federal do Espírito Santo, no Polo de Apoio Presencial, do município de Pinheiros-ES, em Filosofia e Psicanálise, vislumbramos a possibilidade de contribuir com o processo de reflexão da realidade que tanto nos incomoda, apresentando como trabalho de conclusão o artigo intitulado: **O Diagnóstico Precoce do TDAH: Considerações da Psicanálise sobre a Medicalização do Sintoma da Criança**. A partir disso, fomos, então, instigados a buscar no Mestrado uma pesquisa mais profunda do assunto, sobre a influência da indústria farmacêutica através da propagação de diagnósticos ligados à infância, bem como da própria psiquiatria através da ampliação dos tipos de distúrbios mentais na infância, ao longo das cinco edições do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que acreditamos terem

contribuído para influenciar negativamente o discurso da escola a respeito desses sujeitos.

Assim, já tendo o interesse pela temática despertado por estudos realizados durante toda nossa formação acadêmica e profissional, buscamos entre os orientadores do programa aquele que poderia nos guiar nesse caminho em busca das respostas sobre o nosso objeto de pesquisa. Ao longo do primeiro ano de mestrado, com as aulas e as orientações da professora, fomos percebendo que a nossa pesquisa tinha uma proposta muito ampla, pois desejávamos estudar todas as cinco escolas de educação infantil do município, incluindo no estudo as famílias, especialmente as crianças. No entanto, a partir de reflexões, percebemos que a pesquisa era abrangente demais para o tempo de duração do mestrado, assim, decidimos que a pesquisa seria restrita a uma unidade escolar e aos profissionais do magistério: diretora, pedagoga e quatro professoras da escola definida.

Diante da realidade apresentada em nosso contexto escolar, acreditamos que esta pesquisa é de grande importância para o desenvolvimento do processo de reflexão para a comunidade escolar sobre o olhar que se tem sobre as crianças que se apresentam fora dos “padrões” sociais pré-estabelecidos por uma sociedade que busca a homogeneização do comportamento humano.

Tendo como principal objetivo analisar se o discurso da escola sobre o comportamento e aprendizado, considerado anormal entre crianças em idade pré-escolar, em um CMEI (Centro Municipal de Educação Infantil), do município de Boa Esperança -ES, tem sofrido influências da indústria farmacêutica através da expansão da quantidade de possíveis diagnósticos de distúrbios mentais e sua influência sobre a sociedade médica.

Assim, para atingirmos nosso objetivo geral, traçamos objetivos específicos, quais sejam: investigar se o discurso da escola, sobre os comportamentos infantis, tem sofrido influência do discurso medicalizante; compreender como a constituição do conceito de infância, ao longo da história, influencia a concepção dos professores sobre possíveis comportamentos ideais nas crianças, e como o aumento de transtornos mentais, descritos no DSM's, estão relacionados a essas visões.

Objetivamos também compreender como surgiu e se desenvolveu o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), ao longo das últimas décadas, e qual sua relação como aumento dos diagnósticos de transtornos mentais na infância. Já que, em nossas observações, percebemos que este é um dos principais diagnósticos de transtornos mentais presentes em crianças em idade escolar.

Para responder a esses objetivos, realizamos um trabalho de pesquisa exploratória, através da utilização da metodologia de estudo de caso, em um Centro Municipal de Educação Infantil, do Município de Boa Esperança- ES, com a utilização da de entrevistas semiestruturadas, com a participação de professoras, supervisora e diretora da escola escolhida.

Como método de análise dos dados, utilizamos o método de Análise do Discurso, buscando através de um método científico analisar o discurso da escola sobre o comportamento infantil.

No capítulo 2 (dois), Infância e os diagnósticos de transtornos mentais: conceitos e considerações, construímos uma linha do tempo sobre a concepção de infância ao longo da história da humanidade para compreender como a mudança na visão da infância, ao longo do tempo e em especial nos dias atuais, tem constituído um ideal de criança, em especial no que tange a seu comportamento.

Buscamos compreender como a concepção dos distúrbios mentais na infância foi sendo construída ao longo das edições dos DSM's, e como essa construção tem influenciado a própria ideia de comportamento ideal na infância, em especial entre os profissionais da educação.

No capítulo 3 (três), Construção do diagnóstico do TDAH na infância, objetivamos entender como se deu o processo de construção deste diagnóstico, um dos transtornos mais presentes entre as crianças em idade escolar, como surgiu, sua constituição científica e sua influência sobre o diagnóstico de distúrbios mentais na infância, nos dias atuais.

No capítulo 4 (quatro), apresentamos, de forma resumida, os espaços, sujeitos e métodos envolvidos, utilizados durante a realização da nossa pesquisa.

No capítulo 5 (cinco), A influência da inflação diagnóstica sobre o discurso da escola e seus comportamentos, buscamos, através da análise do discurso e das entrevistas realizadas como tem acontecido essa influência sobre os profissionais da educação.

No capítulo 6 (seis), apresentamos as conclusões da nossa pesquisa, descobertas e apontamentos para a construção de uma proposta de intervenção no Sistema Público Municipal de Educação, do Município de Boa Esperança-ES.

2 INFÂNCIA E OS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS: CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES

2.1 CONCEITO DE INFÂNCIA: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL

Postman (1999, p. 22), em seu livro, *O Desaparecimento da Infância*, traz algumas contribuições sobre a história da infância, como suas considerações sobre a Civilização Grega, suas inúmeras escolas e da sua preocupação em ensinar a virtude aos jovens. O autor acredita que os gregos deram um prenúncio da ideia de infância, “Eles certamente não inventaram a infância, mas chegaram suficientemente perto para que dois mil anos depois, quando ela foi inventada, pudéssemos reconhecê-la as raízes”.

Os Romanos também tinham uma noção de infância que se destacava na grande atenção dispensada à criança em crescimento e à noção de vergonha. Esta uma visão moderna que faz parte da definição de infância, que em tese deve ser protegida dos segredos adultos, em especial os segredos sexuais (POSTMAN, 1999).

No entanto, após as invasões bárbaras que levaram ao colapso do Império Romano, com a imersão da Europa na chamada Idade das Trevas, e depois na Idade Média, levando ao fim da cultura clássica, Postman (1999) aponta quatro pontos relevantes para a história da infância desse ponto em diante: o desaparecimento da capacidade de ler e escrever; o desaparecimento da Educação; o desaparecimento da vergonha e, por fim, como consequência dos três primeiros, o desaparecimento da infância.

Assim, a ideia de criança permanece inexistente até o século XVI, e, como ela não existia, a criança era tratada como um adulto em miniatura. Podemos, no entanto, verificar alguns fatos sociais relacionados à ideia de criança, o que fez com que chegássemos ao que entendemos por criança na atualidade. Como nos afirma Postman (1999, p. 12) sobre esse conceito:

A ideia de infância é uma das grandes invenções da Renascença. Talvez a mais humanitária. Ao lado da ciência, do estado-nação e da liberdade de religião, a infância, como estrutura social e como condição psicológica, surgiu por volta do século dezesseis e chegou refinada e fortalecida aos nossos dias.

Temos ainda outros dois tipos de crianças representadas nessa época: as que tinham como modelo o Menino Jesus, que limitou o sentimento de infância até o século XIV. E, ainda, na fase gótica, temos a imagem da criança nua. Essa representação da Infância Sagrada, em que a criança representava a alma imortal nas pinturas, contribuiu, como nos aponta Ariès (2017, p. 20), para a construção do conceito de infância.

[...] o tema da infância sagrada, a partir do século XIV, não deixaria mais de se ampliar e de se diversificar: sua fortuna e sua fecundidade são um testemunho do progresso na consciência coletiva desse sentimento de infância, que apenas um observador atento poderia isolar no século XIII, e não existia de todo no século XI.

Outro elemento característico da indiferença, em relação a infância, se dava nos trajes das crianças, que eram vestidas da mesma forma como os homens e mulheres da sua condição.

[...] a Idade Média vestia indiferentemente todas as classes de idade, preocupando-se apenas em manter visíveis através da roupa os degraus da hierarquia social. Nada, no traje medieval, separava a criança do adulto. Não seria possível imaginar atitudes diferentes com relação a infância. (ARIÈS, 2017, p. 32).

Entre os séculos XVI e XVII, o sentimento de infância se fortalece em especial entre as camadas superiores da sociedade, com a adoção de um traje especial que a diferenciava dos adultos. Este considerado um fato de destaque em uma sociedade onde as formas exteriores e o traje tinham singular importância, demonstrando-se, assim, uma mudança de atitude em relação às crianças. Vale destacar que essa preocupação se dava mais em relação aos meninos do que as meninas, que eram confundidas, muito cedo, com as mulheres. Refletida também no processo de escolarização, no final do século XVI e início do século XVII, os meninos já frequentavam em massa os colégios; mas para as meninas esse processo foi lento e tardio, como nos confirma Ariès (2017, p. 41):

[...] O sentimento de infância beneficiou primeiro meninos, enquanto as meninas persistiram mais tempo no modo de vida tradicional que as confundia com os adultos; seremos levados a observar mais de uma vez esse atraso das mulheres em adotar as formas visíveis da civilização moderna, essencialmente masculina.

Vale ainda ressaltar que essas mudanças aconteceram apenas nas famílias burguesas e nobres. As demais crianças, pertencentes a população mais pobre como camponeses, artesãos e outros, continuavam vivendo no seu antigo modo de vida que não separava as crianças dos adultos.

Hoje, é impensável, dentro da moralidade moderna, qualquer alusão dos adultos às crianças, no que diz respeito a assuntos sexuais. No entanto, através do diário de Heroard, médico de Henrique IV, que relatou os fatos do cotidiano da infância de Luís XIII, ficaríamos, no mínimo, perplexos com a liberdade com que se tratavam as crianças, da grosseria das brincadeiras e da indecência dos gestos, de como sua habitualidade não causava nenhuma indignação, pelo contrário, se apresentavam como corretamente naturais. Uma parte desses escritos são relatados por Ariès (2017, p. 75).

Luís XIII tem pouco mais de um ano quando seu casamento com a Infanta de Espanha é decidido. As pessoas explicam-lhe o que isso significa e ele compreende muito bem. Perguntam-lhe: “Onde está o benzinho da Infanta? Ele põe a mão no pênis”.

Toda essa liberdade de atitudes que hoje nos causa repulsa se dava, no período até o final do século XIV, por duas razões: primeiro por se acreditar que a criança impúbere fosse alheia e indiferente à sexualidade, e segundo não se acreditava na inocência infantil, então, ela não poderia ser maculada.

Somente a partir do século XV, moralistas e educadores, ao menos uma parcela, que representavam os melhores entre eles, tinham uma opinião diferente da maioria. Tendo como um dos seus principais representantes Gerson que, estudando o comportamento sexual das crianças, ajudou seus confessores a incutirem nos pequenos penitentes de 10 a 12 anos um sentimento de culpa relacionado à masturbação e à ereção sem ejaculação (ARIÈS, 2017).

A partir de então, surgem inúmeras regras que levaram a mudanças de comportamento, tais como: não falar palavrões na presença das crianças, não as deixar dormirem na mesma cama com adultos, não deviam se tocar durante as brincadeiras, entre outras regras estabelecidas por Gerson. Mas é no século XVI que

educadores adquirem autoridade e impõem suas concepções e seus escrúpulos, exigindo que livros duvidosos não fossem fornecidos às crianças. Ariès (2017, p. 83) aponta esse momento como a “época realmente que podemos datar o respeito pela infância”. Impondo-se, assim, nesse período, uma noção essencial, ou seja, a da inocência infantil.

A paparicação surge como um novo sentimento em relação à criança pequena que, por sua ingenuidade, gentileza e graça, passa a ser fonte de distração e relaxamento para os adultos. Esse sentimento até então era reservado às mulheres que cuidavam das crianças, podendo ser suas próprias mães ou suas amas.

Todavia, ao mesmo tempo, essa paparicação dispensada às crianças tornou-se repulsiva aos educadores e moralistas do século XVII, que defendiam a ideia de separação das crianças dos adultos, haja vista, que essa mistura as tornava mimadas e mal-educadas. Observando-se inclusive que, no final do século XVII, a paparicação não se limitava às famílias ricas, que sob a influência dos moralistas, começavam a abandoná-la, mas mesmo entre o povo, uma vez que as crianças pobres eram muito mal-educadas, fazendo apenas aquilo que queriam sem que seus pais se importassem.

O novo sentimento de infância, que surge entre os moralistas e educadores do século XVII, inspirou toda a educação até o século XX. Sentimento este confirmado por Ariès (2017, p. 105).

[...] Esses moralistas haviam-se tornados sensíveis ao fenômeno outrora negligenciado da infância, mas recusavam-se a considerar as crianças como brinquedos encantadores, pois viam nelas frágeis criaturas de Deus que era preciso ao mesmo tempo preservar e disciplinar. Esse sentimento, por sua vez, passou para a vida familiar.

Até a metade do século XVII, a tendência era considerar que a primeira infância se encerrava ao final dos 5- 6 anos de idade, e, assim, com sete anos, a criança poderia começar a frequentar o colégio. Anos mais tarde, essa idade seria retardada até os 10 anos, em especial para frequência a classes de gramática. Sendo assim, até os 10 anos de idade, as crianças permaneciam fora do colégio, como nos explica Ariès

(2017), e justificava-se o atraso dessa entrada alegando a fraqueza, a imbecilidade, ou a incapacidade delas.

Mesmo com a expansão das escolas e colégios, até então reservados a um pequeno número de padres, na Idade Média, não se fazia separação dos alunos por idade, todos estudavam em uma mesma sala sobre os cuidados do mesmo mestre. O objetivo era separar as crianças dos adultos, dando-lhes uma formação tanto intelectual como moral, através de uma disciplina mais autoritária. Essa mistura de idades, nos dias de hoje, nos causaria no mínimo indignação, não é mais aceitável em nossa sociedade, no entanto, naquele período, não fazia nenhuma diferença, como nos afirma Ariès (2017, p. 109), “Mas como poderia alguém sentir a mistura das idades quando se era tão indiferente à própria ideia de idade? ”.

Somente no início do século XIX é que se torna mais rigorosa a separação das classes em virtude das idades dos alunos. Dessa maneira, o colégio e suas células vivas foram primordiais para que a burguesia criasse um sentimento em relação à diferenciação das idades de suas crianças, não contando as classes populares com a mesma consciência.

Ao lado da expansão da educação, através da proliferação das escolas, a invenção da Imprensa contribuiu decididamente para a construção da concepção de infância:

[...] a tipografia criou um mundo novo simbólico que exigiu, por sua vez, uma nova concepção de idade adulta. A nova idade adulta, por definição, excluiu as crianças. E como as crianças foram expulsas do mundo adulto, tornou-se necessário encontrar um outro mundo que elas pudessem habitar. Este outro mundo veio a ser conhecido como infância. (POSTMAN, 1999, p. 34).

Conclui-se assim que a prensa tipográfica fez nos entender que,

[...] uma nova espécie de idade adulta tinha sido inventada. A partir daí, a idade adulta tinha de ser conquistada. Tornou-se uma realização simbólica e não biológica. Depois da prensa tipográfica, os jovens teriam de se tornar adultos e, para isso, teriam de aprender a ler, entrar no mundo da tipografia. E para realizar isso precisariam de educação. Portanto, a civilização europeia reinventou as escolas. E, ao fazê-lo, transformou a infância numa necessidade (POSTMAN, 1999, p. 50).

O surgimento da ideia de infância, das suas particularidades e necessidades não foram suficientes para que as crianças fossem cuidadas e respeitadas pelo conjunto da sociedade. Postman (1999) aponta algumas situações que nos levam a compreender que a infância ainda não completou sua jornada. No século XVIII, a Revolução Industrial Inglesa foi uma terrível inimiga da infância. Nessa época, a escola era utilizada como instrumento de adestramento das crianças pobres, que passaram a ser utilizadas como mão de obra barata nas fábricas e nas minas de carvão, durante todo século dezoito e parte do século dezenove. A legislação também não estabelecia nenhuma diferenciação no julgamento de crimes cometidos por crianças, sendo muitos condenados à morte por enforcamento, ao passo que, de forma totalmente contraditória, não havia punição legal para quem raptasse uma criança ou a vendesse para mendigos.

Mesmo assim, a infância sobreviveu à Inglaterra industrializada, seja porque as classes média e alta mantiveram a ideia viva, afinal, interessava apenas que as classes baixas e populares não tivessem essa consciência e as crianças pobres continuassem a ser submetidas ao trabalho análogo à escravidão nas fábricas e minas, da Revolução Industrial Inglesa. No entanto, as concepções sobre a infância não ficaram restritas à Inglaterra, espalhando-se por toda a Europa, no século XVII, e retornando para a própria Inglaterra entre os séculos XVIII e XIX. No entanto, mesmo sofrendo ataques ao longo da história, a concepção de infância continuou sua jornada encontrando apoio em vinculações casuais como a da falta de Educação (analfabetismo) com a criminalidade em meio a juventude. Ao passo que a Inglaterra sofria um boicote da industrialização, a França era atacada pelos Jesuítas que temiam a expansão do protestantismo.

Outro aspecto importante que Postman (1999) destaca é o aumento do senso de responsabilidade governamental em relação ao bem-estar das crianças, uma vez que os pais, em sua maioria das classes baixas, tratavam seus filhos como uma propriedade privada, da qual podiam fazer uso da forma que quisessem. O espírito europeu de reforma e erudição é apresentado como uma das razões pelas quais o governo assume tal responsabilidade. Aponta-se também para o fato do surgimento de grandes pensadores como Rousseau, na França, e Locke, na Inglaterra, quando o

Iluminismo, do século XVIII, contribuiu decididamente para nutrir e divulgar a ideia de infância.

Locke desenvolveu a teoria da infância através da sua ideia de que ao nascer a mente é uma folha em branco, uma tábula rasa, sendo responsabilidade dos pais, mestres e, mais tarde, dos governos de cuidar do que seria escrito nessa mente. Mesmo não acreditando em uma educação igualitária entre as crianças da classe média/alta e as crianças das classes baixas, propunha um programa de aprendizado específico para essas últimas (POSTMAN, 1999).

Rousseau também teve uma influência intelectual marcante, no século XVIII, sobre a concepção de criança, dando duas importantes contribuições para o seu desenvolvimento. Como nos apresenta Postman (1999), que acreditava que a criança era importante em si mesma e não como um meio para um fim, como defendia Locke, que a criança era um cidadão em potencial. Ele também acreditava que a infância era o estágio da vida onde o ser humano se encontrava mais próximo do “estado de natureza”. Assim, a vida intelectual e emocional da criança era importante, valorizando aspectos como sua espontaneidade, pureza, vigor e alegria.

A infância chega aos séculos XIX e XX e ao Novo Mundo com duas concepções: a lockiana, ou protestante, e a rousseauniana, ou romântica. Sendo que na visão protestante, para tornar-se um adulto civilizado, a criança precisava da alfabetização, da educação, da razão, do autocontrole e da vergonha. Já para a romântica, o problema residia no adulto deformado, já que a criança tinha aptidões inatas para a sinceridade, compreensão, curiosidade e espontaneidade, que, segundo Rousseau, eram amortecidas pela alfabetização, educação, razão, autocontrole e vergonha (POSTMAN,1999).

Postman (1999) apresenta que essas concepções, até agora apresentadas sobre a infância, levam, no final do século XIX, ao estabelecimento do estilo de discurso a ser utilizado em todos os debates sobre a infância neste século. Levando dois grandes homens a formularem uma pergunta: “como podemos equilibrar as exigências da civilização com as exigências de uma natureza infantil? ” Esses dois teóricos apontados por Postman são Sigmund Freud e John Dewey que, segundo ele,

representam uma síntese e um somatório da jornada da infância desde o século XVI até o século XX.

Postman (1999) apresenta os fundamentos da teoria Freudiana, afirmando que Freud, a partir de uma estrutura científica, afiança que a mente da criança conta com uma estrutura e um conteúdo especial, refutando, dessa forma, a teoria de Locke de que a mente da criança é uma tábula rasa, e se aproximando de Rousseau, que defende que as exigências da natureza devem ser levadas em consideração, pois uma vez refutadas podem resultar em disfunções da personalidade. Ao mesmo tempo, Freud também rejeita Rousseau, e assim como Locke defende a necessidade da interação entre as crianças e os seus pais, o que será decisivo para determinar o tipo de adulto que a criança será, utilizando-se da repressão e sublimação, para controlar as paixões da mente.

Já Dewey defende, em suas teorias, que as necessidades psíquicas da criança devem ser atendidas em função do que ela é e não do que será. Somente assim, a criança poderia se tornar participante construtivo da vida social da sua comunidade (POSTMAN, 1999).

Postman (1999) faz uma consideração importante para o nosso estudo em relação à infância. Para ele, o período entre 1850 e 1950 pode ser considerado o auge do entendimento do conceito de infância em nossa sociedade. Nesse espaço de tempo, segundo o autor, moldou-se o modelo da família moderna, e, segundo a cronologia de Lloyd de Mause (psico-historiador americano), foi também nesse momento que houve aquisição pelos pais dos mecanismos psíquicos, para um alto grau de empatia, ternura e responsabilidade em relação aos seus filhos.

No entanto, Postman (1999) também aponta que nesse mesmo período, começava o desmonte da ambiência simbólica que fez surgir à infância. Para ele, da mesma forma que a invenção da imprensa, por Gutenberg, contribui para o desenvolvimento do conceito de criança, levando à necessidade da educação das crianças para se tornarem adultos letrados, a criação do telégrafo, pelo Professor Samuel Finley Breese Morse, responsável pela primeira transmissão de uma mensagem elétrica

pública do planeta, inaugurava uma nova era a da comunicação a distância impessoal e global.

Assim, a informação antes controlada pelos adultos, e que era apresentada para as crianças de forma psicologicamente assimilável, através de uma aprendizagem sequencial, sai do controle das famílias e da escola, passando por uma alteração do tipo, qualidade, quantidade, sequência, circunstância que seriam vivenciadas pelo acesso ao qual as crianças podiam ter.

Dentre os meios de comunicação, a televisão é a que mais ameaça o fim da infância, segundo Postman (1999, p. 94) aponta:

Podemos concluir, então, que a televisão destrói a linha divisória entre a infância e idade adulta de três maneiras, todas relacionadas com sua acessibilidade indiferenciada: primeiro, porque não faz exigências complexas nem à mente nem ao comportamento; e terceiro porque não segrega seu público.

Completando ainda seu pensamento, ele defende que:

As crianças são um grupo de pessoas que não sabem certas coisas que os adultos sabem. Na Idade Média não havia crianças porque não havia para os adultos meio de contar com informação exclusiva. Na Era de Gutenberg surgiu esse meio. Na Era da Televisão ele se dissolveu (POSTMAN, 1999, p. 99).

Diante de todas essas constatações até então apresentadas, inferimos que a infância, nas últimas décadas, está desaparecendo, e podemos constatar em dados, apresentados por Postman (1999), como a diminuição da idade média da entrada das meninas na puberdade, de 14 anos, em 1900 para 12 anos, em 1979; a mudança da imagem da criança na televisão que passa a ser apresentada na forma de adultos em miniatura, como era no século XIII e XIV, o uso de crianças em comerciais de TV; filmes infantis baseados em personagens adultos; a literatura para adolescentes que simula no tema e na linguagem a literatura dos adultos; a mudança nas roupas das crianças, que passaram a usar roupas até então identificadas com os adultos ao passo que os adultos passaram a utilizar roupas até então relacionadas as crianças e jovens.

Outros fatores mais graves também vêm se destacando de forma bem negativa como o aumento de crimes cometidos por crianças que, a exemplo dos Estados Unidos, têm sido condenadas como adultos, como acontecia no século XVIII. Colaborando para o entendimento desse fenômeno social, Postman (1999, p. 150) nos traz a seguinte reflexão:

As mudanças sem precedentes tanto na frequência quanto na brutalidade dos crimes cometidos por crianças, bem como a resposta legislativa a isso, são sem dúvida atribuíveis a múltiplas causas, mas nenhuma é mais poderosa, penso eu, do que o fato de o nosso conceito de infância estar rapidamente escapando ao nosso controle. Nossas crianças vivem numa sociedade cujos contextos psicológico e social não enfatizam as diferenças entre adultos e crianças. Como o mundo adulto se abre de todas as maneiras possíveis para as crianças, elas inevitavelmente imitam a atividade criminal adulta.

As questões, até aqui expostas, estão relacionadas ao alarmante aumento do uso de medicamentos para controle do comportamento infantil. Estamos vivendo uma falência da família com uma sociedade descartável, estimulada pela busca pelo prazer sem limites, com famílias sem condições de dar a devida atenção aos seus filhos, em especial a sua infância, como nos aponta Postman (1999, p. 167), “Não é concebível que nossa cultura esqueça que precisa de crianças. Mas está a caminho de esquecer que as crianças precisam de infância”.

2.2 OS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA

2.2.1 Como se constrói um diagnóstico?

Antes de entendermos como se constrói um diagnóstico, precisamos entender no que consiste a própria palavra. Para essa tarefa, recorreremos a sua definição.

Segundo Fernandes, Luft e Guimarães (1993, p.291), DIAGNÓSTICO, adj. relativo à diagnose; s.m. conhecimento ou determinação de uma doença, pela observação de seus sintomas em que se funda essa determinação. (Do gr. diagnostikos).

Conforme a própria definição da palavra, trata-se do conhecimento ou determinação de uma doença, pela observação de seus sintomas, sendo que os profissionais da saúde contam com um instrumento próprio para essa classificação. Segundo Frances

(2016, p.44-45), os diagnósticos podem ser definidos através de sistemas de classificação mundiais a saber:

Atualmente, existem dois sistemas de diagnósticos usados simultaneamente no mundo: O DSM-5, traduzido para mais de vinte idiomas, e a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde), desenvolvida pela OMS e traduzida para 42 idiomas.

A partir desses sistemas, é possível a constituição do diagnóstico de uma doença ou transtorno nos seres humanos. Nesse caso, vamos nos ater aos diagnósticos de doenças mentais, que estão amplamente descritos no DSM-V, os quais iremos discutir sobre sua influência na determinação de transtornos mentais mais diversos.

Frances (2016) nos traz reflexões no mínimo perturbadoras sobre o sistema de classificação de distúrbios mentais baseados no DSM-V. Ele relata, por exemplo, que antes do DSM-III, o número de diagnósticos era bem pequeno, já, a partir de sua criação, o número de diagnósticos tem crescido assustadoramente.

Mas quais seriam as causas desse crescimento desenfreado do número de diagnósticos de transtornos mentais? Frances (2016, p. 59) traz algumas considerações interessantes a esse respeito

[...] o comportamento anormal quase sempre ameaçou nossa sobrevivência porque somos extremamente dependentes da harmonia tribal. Precisamos de um nome e de uma explicação como forma de obter controle sobre ações que ponham em risco o indivíduo e o grupo social (seja na savana, seja no escritório). Rotular era e continua sendo uma importante maneira de reduzir a incerteza e dar um senso (muitas vezes falso) de domínio. Encontrar padrões ajuda a separar experiências desordenadas em unidades administráveis – ter um nome ou uma explicação inexatos ou incorretos para o transtorno mental é melhor do que não ter nenhum.

Após a Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria ganha destaque na vida civil e começa a ser reconhecida criando-se departamentos específicos em todas as faculdades de medicina. Nesse período, destaca-se o modelo psicanalítico, que tem como princípio o tratamento, além de uma postura de confiança profissional. No entanto, não se dava muita importância para o diagnóstico, tanto que os DSM-I, de 1942 e o DSM-II, de 1968, nem eram utilizados. (FRANCES, 2016).

Para Frances (2016), na década de 1970, esse desprezo pelo diagnóstico poderia ter levado ao fim da psiquiatria, enquanto especialidade médica. Duas situações levaram ao seu questionamento científico e sua validade, primeiro um estudo internacional que envolveu pesquisadores britânicos e norte-americanos que tinham chegado a conclusões diagnósticas completamente diferentes, mesmo tendo avaliado os mesmos pacientes. Em segundo lugar, um psicólogo demonstrou, através de uma experiência feita com seus alunos de pós-graduação, que fingiam estar sofrendo de algum distúrbio mental para que diferentes psiquiatras, os enviassem para hospitais psiquiátricos que, ao longo de semanas e até meses, demonstraram estar completamente normais logo depois.

A solução para salvar a psiquiatria se deu através de um jovem pesquisador da Universidade de Columbia, Robert Spitzer, que tinha como objetivo tornar o diagnóstico sistemático e confiável. Spitz foi um dos pioneiros na criação de listas de checagem dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa, desenvolvendo também instrumentos de entrevistas semiestruturadas, criando, assim, um sistema de diagnósticos confiáveis (FRANCES, 2016).

Assim, Robert Spitez foi convidado para coordenar a organização do DSM-III, com amplos e irrestritos poderes para conduzi-lo da forma que acreditasse ser a mais correta, inclusive podendo escolher seus colaboradores nessa tarefa. Após alguns anos, Frances (2016, p.93) faz a seguinte reflexão: “[...] a alardeada confiabilidade do DSM-III foi supervalorizada porque o nível de concordância diagnóstica obtido sob circunstâncias ideais em ambientes de pesquisa jamais pode ser atingindo na confusão da clínica comum[...]”.

Assim, o resultado desastroso do DSM-III, segundo Frances (2016, p.93), significou que ele

[...] foi vítima do seu próprio sucesso: tornou-se a “bíblia” da psiquiatria, excluindo outros aspectos da área que não deveriam, mas foram ocultados por sua sombra. O diagnóstico deveria ser apenas um item de uma avaliação completa, mas em vez disso passou a predominar. O entendimento da pessoa como um todo com frequência se reduziu ao preenchimento de uma lista de checagem. Perdidos no turbilhão ficaram o arco narrativo da vida do paciente e os fatores contextuais que influenciam o surgimento do sintoma. Não era um defeito inerente do DSM-III, mas veio do fato de ele ter recebido

demasiada autoridade de clínicos, professores e seus alunos, pesquisadores, companhias de seguros, sistemas educacionais, órgãos de apoio a deficientes e tribunais. E do público. O diagnóstico baseado nele logo substituiu a psicanálise como assunto de bate-papos em coquetéis, e todos pareciam ansiosos por encontrar em suas páginas algo que se enquadrasse em seus problemas (ou nos de seu chefe).

Assim, diante desse cenário, a pesquisa em psiquiatria tornou-se uma das mais importantes, ficando atrás apenas das pesquisas de medicina interna. E o que isso significava? Mais recursos para pesquisas na área da psiquiatria, o que interessou um grupo, em especial. “[...] Os fabricantes de remédios também começaram a despejar rios de dinheiro na corrida para desenvolver novos medicamentos psiquiátricos lucrativos”. (FRANCES, 2016, P. 88).

Sete anos mais tarde, viria o DSM-III-R considerado um erro maior ainda, como afirma Frances (2016). O que deveria ser apenas uma pequena revisão de erros e omissões detectados depois da publicação do DSM-III, tornou-se praticamente fora de controle, tinha-se como um dos objetivos a criação de uma classificação lineana, o que poderia ser comparada a uma espécie de tabela periódica de transtornos mentais definidos, que culminaria em mais pesquisas na área clínica e na ciência básica, sendo o sistema iterativo e autocorretivo.

O próprio Dr. Allen Frances colaborou com a organização dos DSM-III e DSM-III-R, e como testemunha ocular desses acontecimentos. Destaca-se que foi o responsável pelo acelerado aumento da venda do medicamento PROZAC, devido a sua vaga definição do transtorno depressivo maior.

Em 1994, foi lançado o DSM-IV e o coordenador desse processo de revisão do DSM-III-R foi o Dr. Allen Frances. O objetivo dessa nova edição era, nas palavras do próprio Frances (1996, p.97), “[...] introduzir rigor, objetividade e transparência na tomada de decisões, e não inovar ou acrescentar toques pessoais ao sistema [...]”. Infelizmente todo o esforço dos pesquisadores, que trabalharam em sua elaboração, não pôde conter o avanço da mídia sobre a construção de diagnósticos que geraram verdadeiras epidemias de TDAH, autismo e transtorno bipolar.

Assim, o resultado final do DSM-IV, nas palavras de Frances (2016, p.101), é:

[...] o lado positivo: fizemos muito poucas mudanças, desenvolvemos e implementamos um escrupuloso método de revisão científica, tornamos a redação e a codificação do manual mais precisas e cometemos apenas um erro óbvio. O lado negativo: nossas mudanças contribuíram de maneira direta para as falsas epidemias de autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar adulto, não fizemos nada para evitar o sobre diagnóstico de vários outros transtornos que foram dilatados pelos fabricantes de remédios; e nosso único erro patente foi um desastre, uma seção de parafilia redigida com desleixo, que permitiu o abuso inconstitucional generalizado de internações psiquiátricas involuntárias.

2.2.2 Como surgiram os DSM's?

Como já discutimos ao longo da primeira parte desse capítulo, buscando entender a construção de um diagnóstico, já compreendemos que a principal fonte dos diagnósticos psiquiátricos se encontra no DSM's. Mas de que forma esses manuais surgiram? Qual a história por trás de cada uma das cinco edições elaboradas até agora?

Tentaremos apresentar, de forma bem sucinta, cada uma das edições buscando compreender sua evolução, características e influências.

A guerras mundiais foram responsáveis, entre outras coisas, pelo surgimento de novas tecnologias, novos comportamentos e, como não poderia deixar de ser, de novos tratamentos especialmente no campo da psiquiatria. Os efeitos causados nos soldados, suas famílias e na própria população em geral, criaram a necessidade de novos diagnósticos para essas novas doenças. Como nos aponta Fendrik (apud Disitzer (2020, p.33, grifo do autor),

[...] atendendo à necessidade de responder a novos diagnósticos e novos tratamentos, a Associação Americana de Psiquiatria propõe a construção de uma ferramenta confiável de referências compartilháveis entre aqueles que se ocupavam da saúde mental. Em 1952, veio à luz o primeiro *DSM*, um livro pequeno, com critérios inovadores para psiquiatria, muitos deles inspirados na psicanálise.

Disitzer (2020) destaca que o DSM-I seria o primeiro manual oficial de transtornos mentais. As características que predominavam eram de extração psicodinâmica, com um glossário de descrições de categorias diagnósticas, se concentrando na utilidade clínica. A autora ainda assinala a influência da perspectiva psicobiológica de Adolf

Meyer, que acreditava que os transtornos mentais eram reações da personalidade a fatores psicológicos e biológicos, contando com as contribuições da sociologia. Esse padrão de diagnóstico não estabelecia um limite claro entre o normal e o patológico.

Dezesseis anos mais tarde, em 1968, surge, então, o DSM-II tendo muitas semelhanças ao primeiro, continuou a levar em consideração a fala do paciente sobre seus sintomas, constituindo um obstáculo à objetividade científica. Assim, continuava a acreditar que os sintomas estavam relacionados aos reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida, sendo relacionados a três grandes grupos: A oposição entre neurose e psicose, oposição entre ansiedade e depressão e alucinações ou delírios, oposição entre quadros amplamente em contato com a realidade e quadros com significativa perda da realidade. Sendo tanto o primeiro como o segundo DSM influenciados pela psicanálise que se destacou, ao longo do século XX (DISITZER, 2020).

O DSM-III, publicado em 1980, nasce de críticas que surgiram a respeito do DSM-II, ainda em 1952, levando, então, à decisão, em 1974, da realização de uma nova edição. A tarefa de coordenar essa missão coube a Robert Spitzer. Para elaboração do novo manual, foram realizados vários ensaios entre 1977 e 1979, financiados pelo Instituto de Saúde Mental Americano. O trabalho realizado se limitou na descrição de sintomas e seu agrupamento em síndromes. Destaca-se a forte influência da indústria farmacêutica e grandes seguradoras de saúde. No entanto, muitas críticas surgiram devido a inconsistências no sistema, e alguns critérios inadequados, como a classificação do homossexualismo como transtorno mental, sendo vistos como normas morais e discriminatórias.

Assim, surge a necessidade de uma revisão do DSM-III, sendo publicado em 1987, o DSM-III R. A influência dos DSM's no mundo se comprova com os números a seguir: no início da década de 90, o DSM-III e o DSM-III R já haviam sido traduzidos para mais de 20 idiomas. A décima revisão da Classificação Estatística de Doenças (CID-10) foi formulada de acordo com os diagnósticos apresentados no DSM-IV, em 1992. O DSM-IV também passa por uma revisão nos anos 2000, visando manter uma coerência com o CID-10 (DISITZER, 2020).

Assim, Disitzer (2020, 37) resume as mudanças ocorridas ao longo de 61 (sessenta e um) anos, do primeiro DSM publicado em 1952 até o atual quinto DSM, publicado em 2013.

[...] a primeira edição do DSM-I foi lançada em 1952 com 132 páginas, apresentando a descrição de 106 categorias de transtornos mentais. Em 1968, no DSM-II, foram listados 182 transtornos mentais em 134 páginas. Quase quinze anos depois, em 1980, foi lançado o DSM-III, com 494 páginas, listando 265 categorias diagnósticas. O DSM-III-R contém 292 diagnósticos em 567 páginas. O DSM-IV foi publicado com 297 transtornos em 886 páginas. O DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. São quase 1000 páginas descrevendo 283 doenças mentais[...].

Assim, diante de tudo que nos foi exposto até agora sobre a construção de um diagnóstico, não nos resta dúvida de que o discurso da escola está sendo influenciado por essa construção da indústria farmacêutica e pela psiquiatria, ou seja, por uma inflação diagnóstica que busca medicalizar as emoções humanas, em nome de uma normalidade de conduta e comportamento, entre os seres humanos, especialmente em crianças cada vez menores, com intuito de cultivar seus clientes desde a mais tenra idade.

2.2.3 O Diagnóstico na Infância

Começamos essa discussão com uma analogia de Moysés e Collares (2013, p.44), sobre o diagnóstico na Infância, através de personagens infantis.

Menino Maluquinho não existe mais, está rotulado e recebendo psicotrópicos para TDAH; Mafalda está tratada e seu Transtorno Opositivo Desafiante (TOD) foi silenciado; Xaveco não vive mais nas nuvens, aterrissou desde que seu Déficit de Atenção foi identificado; Emília, tão verborrágica e impulsiva, está calada e quimicamente contida; Cebolinha está em treinamento na mesma cabine e nas mesmas tarefas usadas para rotulá-lo como portador de Distúrbio de Processamento Auditivo Central (DEPAC) e assim está em tratamento profilático da dislexia que terá com certeza quando ingressar na escola; Cascão é objeto de grandes debates no comitê que está elaborando o DSM V, com divergências se ele sofreria de TOCS (transtorno obsessivo compulsivo por sujeira) ou de TFH (transtorno de fobia hídrica), mas tudo indica que chegarão a um acordo e os dois novos transtornos recém inventados serão lançados no mercado, pois quanto mais transtornos melhor.

Infelizmente o diagnóstico na infância tem sofrido a influência negativa da “Inflação Diagnóstica” (FRANCES, 1996). A busca desenfreada pelos lucros, principalmente das indústrias farmacêuticas, tem causado um crescimento sem precedentes de diagnósticos psiquiátricos especialmente em crianças.

O psiquiatra, Dr. Allen Frances (2016), destaca algumas teorias que buscam sustentar o aumento do diagnóstico de transtornos mentais na população. A primeira é o argumento de que estamos vivendo em uma sociedade extremamente estressante, mas ele nos traz uma interessante reflexão sobre o assunto: se pararmos para pensar, os nossos ancestrais tiveram vidas muito mais estressantes, diante das necessidades e dificuldades que passavam. Assim, ele questiona se estaríamos mesmo sendo levados à “loucura” por estarmos vivendo em um ambiente tóxico?

Ele também refuta essa hipótese quando aponta que o aumento dos números de doentes mentais está ligado a estresses físicos e não emocionais, ligados a causas ambientais, afirmando que:

Os únicos poluentes ambientais cujo o impacto substancial sobre os transtornos mentais foi provado são o álcool e as drogas. Estes afetam o cérebro com uma forte pancada que pode mimetizar praticamente todos os sintomas psiquiátricos presentes neste livro. No entanto, eles respondem apenas uma pequena fração da inflação diagnóstica. O fato revelador é que os **transtornos infantis** não muito afetados por substâncias são os que mais se expandiram nos últimos tempos. (FRANCES, 2016, p.110, grifo nosso).

A terceira hipótese defende que o aumento dos doentes se dá pela capacidade de identificarmos mais doenças, que antes passavam despercebidas. No entanto, em se tratando de doenças mentais, as definições tornaram-se tão amplas que é difícil não incluir pessoas que não precisam de tratamento, entre aquelas que realmente necessitam (FRANCES, 2016).

E, nesse aspecto de inclusão de possíveis doentes, as crianças estão se tornando uma das maiores vítimas. E o nosso atual modelo de sociedade tem sido um dos maiores responsáveis por isso. Como nos demonstra Frances (2016, p. 111).

[...] nosso mundo é homogeneizador – temos cada vez menos tolerância às diferenças e excentricidades individuais e tentamos medicalizá-las como enfermidades. O garoto mais jovem da turma não é o mais ativo por ser

apenas um menino – deve sofrer de TDAH e precisa ser tratado à base de comprimidos [...].

Outro aspecto importante a ser considerado, no aumento dos diagnósticos em crianças, se dá pela falsa impressão de que trará alguma vantagem para o paciente. Dessa forma, tem se tornado comum o aumento de diagnóstico em crianças em idade escolar, motivados pela atenção individual, pelo fato de ter alguém que os acompanhe durante o período escolar.

Diante desse cenário, mais uma vez a indústria farmacêutica se apropria da oportunidade de conquistar um novo mercado consumidor:

Quando o mercado de adultos pareceu saturado, os fabricantes de remédios expandiram sua demografia de clientes direcionando produtos para as crianças – não por acaso todas as epidemias recentes de transtornos psiquiátricos ocorreram entre jovens. E as crianças são clientes particularmente seletos – conquiste-as cedo e poderá tê-las para sempre. (FRANCES, 2016, p.124).

Alguns dados são extremamente alarmantes quando pensamos no aumento do número de casos de diagnósticos de transtornos psiquiátricos no mundo, em especial em crianças, como nos aponta Frances (2016, p. 135).

Nos últimos 15 anos, houve quatro epidemias explosivas de transtornos mentais. A bipolaridade infantil cresceu miraculosas quarenta vezes; o autismo exorbitantes vinte vezes; o déficit de atenção/ hiperatividade triplicou; e o transtorno bipolar em adultos dobrou. Sempre que as taxas disparam, uma porção do aumento representa casos verdadeiros antes não detectados – indivíduos que, de fato, necessitam do diagnóstico e do tratamento que lhe sobrevém. Todavia, um diagnóstico mais preciso não explica o fato de que tantas pessoas, em especial crianças, subitamente parecem estar adoecendo.

Em relação ao DSM-V, o Dr. Allen Frances (2016) traz um alerta em relação a um novo tipo de transtorno mental criado para substituir o equivocado Transtorno Bipolar Infantil, para isso foi criado o TDDH (Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor). O transtorno estaria relacionado a velha e conhecida “pirraça” que, dependendo da cultura, família e estágio de desenvolvimento, pode ser considerada apropriada ou não. No campo da evolução humana, inclusive, “a seleção natural favorece a quem chora, dando-lhe mais de mamar. Filhotes de chimpanzé dominam os pais da mesmíssima forma” (FRANCES, 2016, p. 213).

Diante desse novo possível transtorno, a depender do médico, da família, da escola e do grupo de pares, o TDDH poderá ser diagnosticado das mais variadas formas. Assim, Frances (2016, p.214) nos alerta: “O TDDH pode se revelar a epidemia mais perigosa causada pelo DSM-5”.

Confirmando o pensamento de Frances (2016), Ranña (2020, p. 117) também considera que corremos o risco de transformar toda a singularidade da infância em transtornos, como nos aponta

A cada nova entidade classificatória estabelecida nos manuais de psiquiatria, vemos a ocorrência de uma nova epidemia, epidemias que são na realidade de diagnósticos. Hoje estamos diante das epidemias de TDAH, TEA, TDDH, sendo este último transtorno o mais recente, tratando-se de uma suposta forma de Transtorno Bipolar da Infância: o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor. Então, levantamos a pergunta: se uma criança é muito alegre e de repente está muito triste e chorando isso é infância ou é um transtorno?

O estilo de vida que levamos, nos dias atuais, tem nos tornado cada vez mais intolerantes com os sintomas que essa vida frenética que vivemos tem causado em nossos corpos. Pais extremamente ocupados, cheios de compromissos de trabalho, mal tem tempo para seus filhos, o que os têm tornado pais cada vez mais frustrados e que acreditam que seus filhos, que também convivem neste caos, têm comportamentos inadequados, seja pela fala da escola, do vizinho, da família, que acabam inculcando uma culpa exagerada. Dessa maneira, acabam encontrando a solução na ajuda profissional. Não há nada contra a busca por especialistas, quando há uma real necessidade deles, porém estamos nos transformando em carrascos dos nossos próprios filhos, na angústia de aliviar nossa culpa, os rotulamos e os condenamos a rótulos que além de persegui-los durante toda a vida, trazem sérias consequências para o seu desenvolvimento. Afinal, acreditamos e fazemos nossos filhos acreditarem que têm transtornos irreais, como nos apontam De Carli, Filho e Cezar (2020, p. 93):

Uma criança de nove anos chega ao consultório e, ao ser convidada a falar de si, a primeira coisa que nos diz é: “sou bipolar”. Uma mãe solicita por mensagem uma consulta da seguinte maneira: “Preciso tratar o TOC de meu filho”, um menino de cinco anos. A escola nos chama para tratarmos de “um deficitinho de atenção”. Esses fatos corriqueiros no dia a dia da clínica com crianças demonstram a impregnação, na linguagem cotidiana, do discurso patologizante, tanto no nível social quanto singular.

Assim, não há dúvidas de que o discurso da escola sobre as crianças consideradas desajustadas está intrinsicamente relacionado à nova visão de sociedade, que destacamos acima. Não consideramos que essa seja uma influência consciente por parte dos pais, da escola e até mesmo da sociedade como um todo. No entanto, podemos afirmar que a busca desenfreada pelo lucro das indústrias farmacêuticas, em uma sociedade capitalista, como a que vivemos, que não se preocupa com os efeitos colaterais de suas políticas econômicas, tem sido a principal causadora de tamanho desastre.

2.2.4 O Diagnóstico na Infância a partir dos DSM's

Desde a publicação do DSM-I, em 1952, o diagnóstico de transtornos mentais na infância vem crescendo de forma assustadora.

Como nos apresenta Lima (2020), na primeira edição, quando a psiquiatria infantil ensaiava seus primeiros passos fora da psiquiatria dos adultos, os transtornos relacionados à infância eram bem poucos, sendo citados ao longo do manual de forma dispersa e sem destaque: a “Deficiência Mental”; a “Reação esquizofrênica, tipo infantil”; as “Reações de sintomas especiais” e o grupo das “Reações de sintomas de ajustamento” no bebê; na infância: transtornos de hábito, de conduta e os traços neuróticos; e na adolescência, reações transitórias e vacilações.

Já no DSM-II, a ênfase principal são as psicopatologias infanto-juvenis, sendo esses mais reconhecidos e medicalizados. Foi criado, então, no manual, o grupo de Transtornos de Comportamento da Infância e Adolescência, além de espalhados em outras partes do manual o “Retardo Mental”, a “Esquizofrenia tipo infantil”, a “Reação de ajustamento na infância”, os transtornos de fala, os “Transtornos Específicos do aprendizado”, além dos tiques, transtornos do sono e da alimentação, enurese e encoprese (LIMA, 2020).

Na terceira edição do DSM-III há uma ampliação dos diagnósticos infanto-juvenis, passando a ser nomeados de Transtornos geralmente evidentes pela primeira vez na infância e adolescência, apresentados logo no início do manual, fazendo uma junção

dos diagnósticos que antes estavam espalhados no DSM-II em um mesmo capítulo. Destaca-se, nesta edição, a inclusão do “Transtorno de Identidade de Gênero da Infância, sendo que antes estava alocado no grupo geral de “Transtornos Psicosexuais”. Temos também a inclusão de dois dos diagnósticos mais destacados na psiquiatria infantil, nas últimas décadas, sendo, em grande parte, responsáveis pelo aumento da medicalização infantil, a transformação da “Reação Hiperkinética” em “Distúrbio do Déficit de Atenção” (DDA), que ao contrário do nosso conhecido e atual TDAH, em consequência da ênfase no déficit de atenção, as meninas, sofrem um aumento do diagnóstico por serem consideradas mais “distraídas”. Também é feita uma separação entre as psicoses, a partir de várias publicações feitas nos anos 70, levando a divisão entre a esquizofrenia e o autismo, sendo que este último passa a compor, com outros transtornos, o grupo dos Transtornos Globais/Invasivos do Desenvolvimento (LIMA, 2020).

No DSM-IV, de 1994, a principal mudança acontece no campo dos Transtornos geralmente evidentes pela primeira vez na infância e adolescência e a transformação do DDA (Distúrbio de Déficit de Atenção) no então conhecido TDAH. Essa mudança já havia ocorrido na revisão do DSM-III, o DSM-III-R. Ocorre a inclusão da Síndrome de Asperger no grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Além desses, ficam separados os Transtornos alimentares (anorexia e bulimia) e os Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (Transtornos de Identidade de Gênero na Infância) (LIMA, 2020).

Por fim, o DSM-5, publicado em 2013, põe fim a era da noção de Transtornos usualmente evidentes pela primeira vez na infância e adolescência, transformando-os em Transtornos do Neurodesenvolvimento. Tendo permanecido no início do manual como marca de uma abordagem cronológica do ciclo vital. Estão incluídos nestes transtornos as Deficiências Intelectuais, os Transtornos de Comunicação, os Transtornos Motores, que incluem o TDAH, e os transtornos de espectro autista. (LIMA, 2020).

3 CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO TDAH NA INFÂNCIA

3.1 CONCEITUAÇÃO CIENTÍFICA DO TDAH

A construção do conceito científico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) perpassa por uma variedade de nomenclaturas até chegar ao conhecido TDAH. Mas o que podemos, de início, destacar é que o seu diagnóstico vai de uma referência inicial à motricidade e ao ambiente, ou seja, o relacionamento com o outro, para condutas boas ou ruins, conforme a moral social de cada época. Destacando-se um diagnóstico baseado em comportamentos como desobediência e agressividade, que se não fossem tratados levariam a criança a um futuro transtorno de conduta (LACET; ROSA, 2017).

A visão hegemônica do TDAH presente em nosso cotidiano é a preconizada pela ABDA (Associação Brasileira de Déficit de Atenção) que possui uma visão organicista:

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD (ABDA, 2020).

Vários autores como Lacet e Rosa (2017), Caliman (2010), Legnani e Almeida (2008) e Silva (2016) tratam, em suas obras, da construção histórica do TDAH. Construção esta que contribuiu com a visão organicista do TDAH, mas é Louzã Neto (2010), que traz uma descrição mais antiga da construção deste distúrbio, ao longo da história, com um relato bem detalhado de vários momentos da história em que aparecem os sintomas que, mais tarde, classificariam o nosso atual TDAH. O autor faz referência, entre seus relatos, da comédia "O Distráido", do dramaturgo Jean François Regnard (1655-1709), cujo o personagem Léandre é caracterizado como "homem sábio e distraído".

Um dos primeiros médicos a descrever os sintomas característicos do transtorno é Alexander Crichton em seu livro: *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement* (volume I, 1798). Em sua obra, ele descreve a incapacidade de manter

atenção necessária sobre qualquer objeto, começando na infância e diminuindo com o passar dos anos. Relata que o portador também tem um grau anormal de agitação mental, levando os portadores a terem dificuldades na escola, requerendo uma preparação dos professores para lidar com essas crianças. (PALMER; FINGER, apud Louzã Neto, 2010, p.14).

Louzã Neto (2010) apresenta o médico Heinrich Hoffmann (1809-1894), que em 1845 publicou a obra “Der Struwwelpeter”, um livro ilustrado para crianças, com pequenas histórias em versos, onde se destacam dois personagens: Zappel Phillip (Felipe irrequieto), que é extremamente agitado, e Hans Guck-in-die-Luft (João olha-para-o-ar), que de tão distraído chega ao ponto de cair em um rio. Esses dois personagens, segundo as classificações atuais do TDAH, poderiam ser diagnosticados com os tipos predominantes hiperativo-impulsivo e o outro desatento, respectivamente. Cita também o escritor Fiodor Dostoiévski (1821-1881), que em seu romance Niétotchka Niezvânova, de 1849, descreve uma criança com características que, nos dias atuais, se classificaria como portadora de TDAH.

Signor e Santana (2016, p. 31-32), corroborando com Louzã Neto (2010), também apresentam em sua obra “TDAH e Medicalização” que “uma das primeiras referências a uma criança com TDAH foi encontrada em 1865, em poemas do médico alemão Heinrich Hoffmann”. Barkley (2008) também ratifica essa afirmação de Signor e Santana em sua obra: “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Manual para Diagnóstico e Tratamento.

Segundo Lacet e Rosa (2017, p. 236), a história do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) começa a partir do momento que:

A primeira definição foi dada por Bourneville em 1897 e atribuía à instabilidade o lugar de principal sintoma de certos quadros de retardo mental leve, enquanto disfunção no par inibição-impulsividade e a descreveu como uma mobilidade psíquica e intelectual extrema que inclui suscetibilidade, irritabilidade com tendência à destruição, negligência, necessidade de vigilância contínua, sugestionabilidade e submissão às pessoas amadas.

Barkley (2008), Caliman (2010) e Louzã Neto (2010) apontam que a História Oficial do TDAH considera George Frederick Still (1868-1941), médico pediatra, como o

primeiro a publicar o que é considerado a primeira descrição médica detalhada do TDAH, em 1902, no Lancet². Foi descrita, em um primeiro momento na literatura médica, como um defeito do controle moral. Segundo Caliman (2010, p. 111), “[...] o cenário de sua aparição foi a capital inglesa, na virada do século XX, mais especificamente o King’s College Hospital, no ano de 1902. George Still é o marco obrigatório”.

Em suas pesquisas, Still analisava se havia uma falha no desenvolvimento mental das crianças, capaz de produzir um defeito em seu controle moral, pois acreditava que o normal estava ligado à ideia de bom, ou de bem para todos, que era capaz de impedir atitudes opostas a esse ideal. Sendo que para isso havia a necessidade do funcionamento de forma equilibrada da cognição, da consciência moral e da vontade. Assim, as crianças, por ele analisadas, tinham seu desenvolvimento prejudicado pelo mau funcionamento de uma dessas funções (CALIMAN, 2010).

Segundo Caliman (2010), as bases da história do TDAH se situam em um período de pelo menos 24 anos antes dos estudos de Still, diziam respeito a biologização e patologização da moral, que serviram de base para as afirmações de Still. No entanto, a autora nos aponta que essa história é ainda mais antiga.

Christopher (apud CALIMAN, 2010, p. 115) demonstra como a preocupação com a vida moral e educacional da criança é um assunto médico desde a primeira metade do século XIX. Em 1835, Prichard chamava de *insanidade moral* as desordens do controle moral que não manifestavam um déficit cognitivo. Já naquela época, o diagnóstico tornou-se amplamente utilizado no universo infantil. Mais tarde, o termo foi substituído por *imbecil moral* e estimulou a admissão de inúmeras crianças e adolescentes “anormais e imorais” em hospitais psiquiátricos (grifos do autor).

Outra face da história da constituição do TDAH se deu nos anos finais da Primeira Guerra Mundial, com uma epidemia de encefalite, uma infecção misteriosa, que não foi desvendada até hoje. Ela foi nomeada como encefalite letárgica, pelo neuroanatomista austríaco Costantin von Economo e é citada como uma das precursoras da classificação do TDAH (CALIMAN, 2010).

² The Lancet é uma revista científica sobre medicina e com revisão por pares que é publicada semanalmente. É uma das mais antigas e conhecidas revistas médicas do mundo e descrita como uma das mais prestigiadas. É publicada pela Elsevier no Reino Unido pelo Lancet Publishing Group.

Corroborando com as afirmações de Caliman (2010), Barkley (2008, p. 17) nos apresenta que:

[...] quando os clínicos se depararam com inúmeras crianças que sobreviveram a essa infecção cerebral, mas que ficaram com sequelas comportamentais e cognitivas significativas (Cantwell, 1981; Kessler, 1980; Stewart, 1925) [...] e incluíam muitas características que hoje incorporamos ao conceito de TDAH. Essas crianças eram descritas como limitadas em sua atenção, na regulação de atividades e da impulsividade, bem como em outras capacidades cognitivas, incluindo a memória. Muitas vezes também eram consideradas socialmente perturbadoras.

Signor e Santana (2016, p. 32) nos apontam um ponto de reflexão acerca da Encefalite Letárgica:

Entende-se, assim, que o aparecimento de sequelas pós-encefalite parece ter criado uma hipótese de causa e efeito: os pesquisadores passaram a supor que, se uma lesão no cérebro poderia originar sintomas na área do comportamento e da atenção, as crianças que já manifestassem esses “sintomas” (mesmo sem evidência de lesão) os teriam desenvolvido em decorrência de lesões congênitas no cérebro.

Segundo Lacet e Rosa (2017), na Alemanha, Economo utilizou o termo hipercinético para delinear as suas consequências, as quais se destacavam a movimentação incessante e desordenada, incapacidade de ficar no lugar e problemas de concentração, memória, aprendizagem e conseqüente dificuldade de adaptação social. Ficando nomeada como “transtorno comportamental pós-encefálico” (LOUZÃ NETO, 2010).

Exemplificando melhor esse transtorno, Barkley (2008, p. 17) nos assinala a seguinte definição:

[...] o “distúrbio comportamental pós-encefálico”, como era chamado, era o resultado claro de uma lesão cerebral. O grande número de crianças afetadas resultou em um amplo interesse profissional e acadêmico por esse transtorno comportamental. Sua gravidade era tal que se recomendava que muitas crianças fossem tratadas e educadas fora de casa e longe das instalações educacionais normais [...].

As patologias comportamentais causadas pela encefalite letárgica contribuíram para a crença de que as possíveis lesões cerebrais, causadas por traumas perinatais, ou outras infecções como sarampo, a toxicidade do chumbo, a epilepsia e os traumas no

crânio, passassem a ser relacionados a déficits cognitivos e comportamentais, nas quais incluíam os relacionados ao TDAH. Levando, até mesmo, a relacionar a hiperatividade em crianças com a de primatas que, havendo sofrido lesões nos lobos frontais, desenvolviam comportamentos como inquietação excessiva, inaptidão de manter o interesse em atividades, entre outras alterações comportamentais (BARKLEY, 2008).

Barkley (2008) ainda nos apresenta que, a partir dessa crença, passou-se a acreditar que as crianças que apresentavam esses comportamentos sofriam de algum tipo de lesão cerebral, mesmo que o seu histórico clínico não apontasse evidências para tal. No entanto, Strauss e Lehtinen acreditavam que a alteração no comportamento já era prova suficiente para atestar uma lesão cerebral. Entretanto, devido à falta de comprovação, o termo evoluiu, respectivamente nas décadas de 1950 e 1960, para “lesão cerebral mínima” e por fim para “disfunção cerebral mínima”.

Barkley (2008) afirma que Strauss e Lehtinen (1947), em sua obra clássica, apresentaram indicações consideráveis a respeito das crianças com “lesões cerebrais”, que formaram a base, anos mais tarde, para os serviços educacionais especializados, adotados pelas escolas públicas norte-americanas. Entretanto, foi com a ampliação dos resultados neuropsicológicos, realizados por Cruickshank e seus alunos (1951) em crianças com paralisia cerebral, com inteligência normal ou quase normal, que se ampliaram as recomendações de Strauss e Lehtinen para crianças sem quadro de retardo mental, mas que apresentassem desvios comportamentais ou perceptivos. Essas recomendações ainda encontram espaço, até os dias atuais, nos planos de atendimento educacional de crianças com TDAH, mesmo sem nenhum estudo científico que comprove sua eficácia. Mesmo assim, foram importantes para a criação de leis que tornavam obrigatório a educação especial tanto para alunos com dificuldades de aprendizagem, como para os que apresentavam transtornos comportamentais.

Em 1950, mais uma versão surge para o TDAH, o “Transtorno de Impulso Hiperkinético”, desenvolvido por Laufer e seus colaboradores (1957). Esses

estudiosos afirmavam que uma deficiência na área talâmica³ do sistema nervoso central, devido a pouca filtração dos estímulos, permitia que um excesso de estímulos chegasse ao cérebro (BARKLEY, 2008).

Assim, Barkley (2008, p. 19) nos apresenta a seguinte conclusão sobre os estudos do TDAH, até a década de 1950:

Ao final dessa época, parecia aceito que a hiperatividade era uma síndrome de lesão cerebral, mesmo quando não houvesse evidências da lesão. Acreditava-se que o transtorno poderia ser tratado em salas de aula caracterizadas pela estimulação reduzida ou em centros residenciais. Seu prognóstico era considerado regular a desfavorável, mas começava a se considerar a possibilidade de que uma nova classe de medicamentos, os estimulantes, pudesse ser promissora em seu tratamento.

No entanto, mesmo tendo sido aceito na década de 1950, é no período de 1960 a 1969 que uma síndrome vinculada a uma lesão no cérebro, por mínima que fosse, seria a causadora de algum sintoma comportamental em crianças, passa a declinar no conceito científico. A partir de várias revisões críticas de Birch (1964), Herbert (1964) e Rapin (1964, apud BARKLEY, 2008) entre outros estudos com crianças sobre “disfunções cerebrais mínimas”, causaram um fim lento a esse conceito, pois foi considerado “vago, abrangente demais, de pouco ou nenhum valor prescritivo e sem evidências neurológicas (Kirk, 1963, apud BARKLEY, 2008). Sendo substituído, então, por nomenclaturas mais características aplicadas a transtornos cognitivos, comportamentais e de aprendizagem, como dislexia, transtornos de linguagem, dificuldades de aprendizagem e hiperatividade (BARKLEY, 2008).

No ano de 1969 (Ross e Ross, 1976, apud BARKLEY, 2008), a visão predominante era que a hiperatividade permanecia sendo uma síndrome de disfunção cerebral, com uma intensidade menor do que até então se acreditava, não sendo mais resultado de lesões cerebrais. No entanto, permanecia-se acreditando que estava ligada a mecanismos cerebrais, com um grupo de sintomas semelhantes, dando-se destaque para o excesso de atividade ou hiperatividade. Chegando-se a crença de que se acabaria até a puberdade e que não havia necessidade de longos tratamentos,

³ O tálamo é uma estrutura localizada no diencéfalo, entre o córtex cerebral e o mesencéfalo, formada fundamentalmente por substância cinzenta (núcleos de neurônios) do encéfalo.

administrando medicamentos estimulantes e psicoterapia e salas de aulas com o mínimo de estímulos, em especial nos primeiros anos escolares.

Entre o período de 1970 a 1979, as inúmeras publicações de trabalhos relacionados à hiperatividade, com publicação de livros clínicos e científicos, revisões de literatura, edições especiais de jornais ganharam a atenção dos profissionais da saúde, cientistas e da própria população sobre o assunto. Assim, ao final dessa década, as características sobre a hiperatividade ou hipercinese ampliaram-se incluindo a impulsividade, a baixa capacidade de atenção, baixa tolerância às frustrações, distração e agressividade. Aqueles que defendiam a ideia de disfunção cerebral mínima, atribuíram outras características como desajeitamento motor, restrições cognitivas e conflitos com os pais. No entanto, chegou-se ao final da década e, após 25 anos de teorias construídas em torno da questão da hiperatividade, comprova-se que não era uma sequela comum de lesões cerebrais (BARKLEY, 2008).

Barkley (2008) expõe que a visão predominante, no final da década de 1970, era de que a hiperatividade não era o único, nem tão pouco o mais significativo déficit de comportamento, que se podia observar em crianças consideradas hiperativas, mas destacava-se também a pouca capacidade de manter a atenção e o descontrole dos impulsos, configurando-se como mais significativos na explicação do distúrbio. Sendo as lesões cerebrais relegadas a segundo plano, no que se tratava de hiperatividade e disfunção cerebral mínima, surgem outras hipóteses como: subexcitação ou subreatividade consideradas deficiências em neurotransmissores e imaturidade neurológica. Outras explicações também surgiram a partir do campo das causas ou fatores ambientais, como a dieta e a criação das crianças. Assim, recomendava-se não somente o tratamento medicamentoso, mas também mudanças no comportamento em sala de aula, administração de dietas específicas, treinamento de familiares para lidar melhor com o controle das crianças.

No entanto, permaneciam as diferenças entre europeus e norte-americanos. Enquanto na Europa predominava o tratamento com psicoterapia, terapia familiar e treinamento parental em controle infantil, com pouca utilização de medicamentos, além de ser considerado como um transtorno incomum. Nos Estados Unidos, a visão

era completamente oposta, com uma visão de transtorno mais comum e tratamento com a utilização de medicamentos (BARKLEY, 2008).

Segundo Barkley (2008), a década de 1980 foi marcada pela intensa produção científica sobre a hiperatividade, tornando-o o “transtorno psiquiátrico mais bem estudado na época”. Tendo como destaque, nesse período, a busca por critérios diagnósticos mais específicos, quando confrontados com outros transtornos psiquiátricos. No entanto, além de tentar combater os ataques, tinha-se a definição de que a incapacidade de manter a atenção seria o principal sintoma comportamental do TDAH.

Assim, a década de 1980 terminava, segundo Barkley (2008, p. 43), da seguinte maneira:

[...] encerrou-se com uma visão profissional do TDAH como condição prejudicial ao desenvolvimento, com natureza geralmente crônica, com uma forte predisposição biológica ou hereditária e com um impacto significativo sobre as realizações escolares e sociais de muitas crianças. Todavia, acreditava-se que a sua gravidade, comorbidade e consequências eram afetadas significativamente *por fatores ambientais (em particular familiares)* (grifo nosso). No final da década, surgiram muitas dúvidas sobre o papel central dos déficits de atenção no transtorno, enquanto o interesse voltava-se para possíveis fatores motivacionais ou mecanismos de reforço como principal dificuldade do TDAH [...].

Mesmo com o enfraquecimento da tese de que as questões ambientais estivessem na constituição do transtorno pela ênfase dada por vários estudos da hereditariedade da condição e sua localização neuroanatômica, o conceito de que as questões familiares/ ambientais também estavam ligadas à gênese do transtorno se ampliava. Dessa forma, a atenção voltou-se também para o tratamento de perturbações parentais, disfunções familiares, controle da raiva e para as capacidades sociais das crianças (BARKLEY, 2008).

Segundo Barkley (2008), a década de 1990 foi marcada pelas pesquisas com neuroimagem, através de pesquisas neuropsicológicas, nas quais apontaram diferenças nas formações dos cérebros de crianças diagnosticadas com TDAH, chegando a várias conclusões sobre quais regiões do cérebro teriam um desenvolvimento fora do padrão considerado normal. Nesse período, houve um grande avanço nas pesquisas genéticas, levando à conclusão de que há fatores

hereditários ligados em parte dos casos diagnosticados. Também se destaca a legitimação do TDAH em adultos, tese que não era considerada na década de 1960.

Barkley (2008, p. 47) apresenta a seguinte conclusão sobre o TDAH, na década de 1990:

Parece claro que houve uma mudança durante a década de 1990. Voltou-se a considerar o TDAH um transtorno mais influenciado por fatores neurológicos e genéticos do que por fatores sociais ou ambientais. De forma clara, a interação dessas fontes de influência costuma ser bem aceita pelos profissionais atualmente, mas coloca-se mais ênfase nos fatores genéticos e neurológicos do que nos sociais e ambientais para entender as causas potenciais do transtorno. Além disso, começaram a surgir evidências de que a influência do ambiente sobre os sintomas do transtorno ocorria principalmente no campo dos fatores individuais ou não-compartilhados, em vez de fatores familiares comuns ou compartilhados, que costumam ser mais considerados, mas têm pouco amparo científico.

No início do Século XXI, segundo Barkley (2008, p. 48), não houve a proposição de novas teorias sobre o TDAH, o que se viu foi um crescente avanço nas pesquisas de neuropsicologia, com um aumento significativo do número de pesquisas e publicações sobre o assunto, corroborando com a tese de que o TDAH “compreende um problema com a inibição comportamental (executiva)”, sugerindo que o déficit de atenção, associado ao TDAH, tem sua origem em “déficits em domínio neuropsicológico mais amplo do funcionamento executivo, em especial a memória do trabalho”. Acreditando-se que

[...] a combinação de medidas neuropsicológicas com métodos de neuroimagem funcional como TEP e IRMf oferecem uma grande promessa para revelar a base neurológica dos sintomas do transtorno e a natureza da resposta a medicação (BARKLEY, 2008, p. 48).

Barkley (2008) sinaliza que o surgimento de grupos de apoio para pais em todo mundo, contribuiu de forma decisiva para o reconhecimento internacional do TDAH, principalmente em razão do maior acesso à internet e, conseqüentemente, às informações sobre o TDAH. Isso proporcionou uma maior visão mundial do transtorno, que era visto de forma diferente em cada país, como o caso da Itália, onde muitos profissionais ainda têm uma visão psicanalítica do TDAH, mas que o autor acredita que vai cair por terra, ao passo que as famílias têm acesso a mais informações, levando a descrença no tratamento com psicoterapia de foco analítico e de longa

duração, para os tratamentos medicamentosos e modelos psicossociais de base, que estariam mais à frente do tratamento e teriam maior eficácia. Ele também aponta que se esperava uma maior crítica a esse tipo de tratamento, por grupos contrários, que, segundo ele, não teriam nenhuma base científica. Sendo assim, o autor é organizador principal de um grupo de especialistas de todo mundo, que se dispuseram a assinar uma Declaração de Consenso Internacional sobre o TDAH, como forma de legitimar essa visão ante a opinião pública.

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS SINTOMAS DO TDAH E O COMPORTAMENTO INFANTIL

O Dr. Keith Conners (2009) é considerado um dos maiores especialistas em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do mundo. Em seu livro, 'Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento', faz algumas considerações a respeito do diagnóstico de TDAH, na idade pré-escolar. Ele afirma que criança de 3 e 4 anos, frequentemente, tem características de um padrão de déficit de atenção e hiperatividade excessivas que podem estar ou não relacionado ao TDAH. Ele afirma que crianças com hiperatividade grave apresentam problemas de aprendizagem, de desenvolvimento e de comportamento.

Assim, ao analisarmos as entrevistas realizadas com as profissionais do magistério, do município de Boa Esperança- ES, que participaram da pesquisa, encontramos inúmeros relatos de casos de alunos que facilmente se enquadrariam no diagnóstico de TDAH, somente aplicando as características apontadas pelo Dr. Conners. No entanto, ele também afirma que, nesses casos, podem ser necessários um tempo maior de acompanhamento e avaliação dos sintomas por parte dos médicos.

A maior autoridade na atualidade em TDAH concorda, como exposto acima, que em relação às crianças em idade pré-escolar, há uma necessidade de um tempo maior de observação e acompanhamento para definição de um quadro de TDAH, pois fica claro que os comportamentos infantis, nessa idade, podem ser confundidos com esse distúrbio. Entretanto, a ampla divulgação que vem ocorrendo desse e de outros transtornos mentais está colaborando para a ampliação do discurso patologizante.

O Dr. Allen Frances (2016, p.177) também faz alertas sobre esse diagnóstico precoce que pode levar a um tratamento errôneo, e que pode trazer prejuízos à criança ao invés dos benefícios esperados.

Os doutores também precisam aprender que, ao contrário do que a indústria farmacêutica lhes ensinou, a melhor abordagem ao TDAH é um “diagnóstico passo a passo” – não “atirar primeiro e mirar depois”. Diagnosticar cedo e iniciar a medicação, apenas quando os sintomas fossem muito severos, prementes e tiverem manifestação clássica. Sempre que fossem brandos ou dúbios (como são em muitos casos), é melhor pisar no freio e aguardar com atenção durante um período. Em muitas ocasiões, os sintomas serão transitórios: uma reação ao estresse familiar, social e escolar. Às vezes, a criança é apenas imatura. Em outros casos, o problema é o abuso de uma substância química ou outro distúrbio psiquiátrico que deve ser descartado no período de observação. Se os problemas persistissem, mas não fossem gravemente incapacitantes, os próximos passos seriam de orientação educacional ou psicoterapêutica. O passo final do diagnóstico definitivo é do tratamento medicamentoso seria reservado apenas aos que não houvessem respondido de forma adequada aos anteriores.

Assim, Frances (2016) ainda alerta que esse caminho infelizmente tornou-se o menos utilizado, pois a propaganda das companhias farmacêuticas tem transmitido justamente o contrário, e a falta de uma campanha educacional voltada para uma visão mais clara do assunto e das possibilidades para além da medicamentosa.

Colaborando com a discussão, Signor e Santana (2016) nos fazem refletir sobre questões importantes no contexto dos distúrbios de comportamento nas crianças. Muitos pesquisadores da corrente organicista apontam ser normal que os sintomas ligados ao TDAH apareçam na escola, uma vez que as regras escolares exigem comportamentos como ficar sentados por várias horas e atividades que requerem muito mais atenção. Mas como explicar que esses comportamentos aconteçam muitas vezes na escola? E em outros lugares, não apresentam os mesmos comportamentos? Assim, a utilização das observações e relatórios das escolas como base para definição de um diagnóstico, sem levar em consideração outros contextos, pode levar a um tratamento desnecessário com medicamentos.

4 ESPAÇOS, SUJEITOS E MÉTODOS DA PESQUISA

Com a realização deste trabalho, buscamos entender se o discurso da escola, sobre os alunos que apresentam problemas de comportamento ou aprendizagem, tem sido influenciado pela inflação diagnóstica e pelas indústrias farmacêuticas levando-se em consideração o aumento do número de casos diagnosticados como transtornos mentais, na Educação Infantil, evidenciado nos relatos das entrevistas realizadas para este trabalho, como a fala da Professora 01 “[...] é, ele tomava uma medicação no berçário, se ele tomava algo tinha, mas eu acho que a família tem tanto medo, tanto receio e aí ficou nisso [...]”, utilizando como base teórica os estudos sobre a infância e o diagnóstico dos distúrbios mentais na infância, com ênfase no TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Como abordagem metodológica, considerando a complexidade do campo de pesquisa escolhido por nós, optamos pela utilização da pesquisa exploratória que, segundo Gil (2008), tem como um dos objetivos proporcionar maior familiaridade com o problema, buscando o aprimoramento das ideias, pois, mesmo tendo grande flexibilidade de planejamento, na maioria das vezes, assume a forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso. Assim, optamos pelo Estudo de Caso, haja vista o que nos aponta Malheiros (2011, p. 95) sobre as vantagens para a utilização do estudo de caso,

O estudo de caso é, muitas vezes, a opção metodológica dos pesquisadores iniciantes. Isso acontece porque ao delimitar com firmeza o espaço e o tempo da investigação evita-se incorrer em erros frequentes como falta de clareza na delimitação do problema, na seleção da amostra, na metodologia da pesquisa, dentre outros. Além disso, o estrito laço que amarra o caso impede que se fuja das questões tratadas, outro aspecto bastante identificado em relatórios de pesquisa de alunos dos mais diversos níveis.

Uma vez que o objetivo desta pesquisa é analisar se a inflação diagnóstica tem influenciado o discurso dos sujeitos da escola, a respeito do comportamento e do aprendizado fora dos padrões das crianças, a opção pela entrevista semiestruturada visou buscar nas falas dos participantes quais são suas visões sobre os comportamentos e o não aprendizado desses alunos e suas posições diante das famílias. Como define Triviños (1987, p.146), “a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que

se relacionam ao tema da pesquisa”. A partir de um roteiro pré-estabelecido, que serviu como fio condutor das entrevistas, sem, no entanto, levar as falas objetivas e diretas, mas, ao contrário, buscando, na livre expressão desses profissionais, entender sua real visão sobre o tema tratado.

Para a análise dos dados, utilizamos o método de Análise do Discurso, uma vez que o nosso objeto de estudo é justamente o discurso da escola sobre as crianças com possíveis transtornos de comportamento e aprendizagem. Como nos afirma Orlandi (2020, p. 13):

Por esse tipo de estudo pode se conhecer melhor aquilo que faz do homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se. A Análise do Discurso concebe a linguagem como mediação necessária, que é o discurso entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto ao deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive. O trabalho simbólico do discurso está na base da produção da existência humana.

4.1 O AMBIENTE DA PESQUISA: A ESCOLA

Como já apresentado na introdução deste trabalho, a proposta inicial era de uma pesquisa mais abrangente, no entanto, tornou-se inviável para o tempo disponível. Assim, decidimos pela escolha de um único CMEI para a realização da pesquisa, utilizando uma entrevista semiestruturada, direcionada para a diretora, a supervisora escolar e quatro professoras que foram realizadas de forma virtual, devido às restrições impostas pelas autoridades, no controle da disseminação do Coronavírus – COVID-19.

A escola escolhida foi o Centro Municipal de Educação Infantil ‘Centro de Convivência da Criança’, carinhosamente chamado de CCC. Trata-se de uma instituição que atende crianças da pré-escola, de 04 (quatro), 05 (cinco) e 06 (seis) anos (alunos fora da data base de 31/03, para estarem no primeiro ano do Ensino Fundamental), conforme preconiza a legislação vigente. O público atendido é constituído de crianças do entorno e de algumas comunidades rurais vizinhas. São atendidas, aproximadamente, 160 (cento e sessenta) crianças divididas nos turnos matutino e vespertino, não havendo nenhuma turma em atendimento em período integral. Em

cada turno existem 04 (quatro) turmas, ou seja, 08 (oito) turmas ao todo, com 10 (dez) professores regentes, sendo 08 (oito) professoras que atuam com os Eixos Temáticos, 02 professores de Educação Física, além de 02 (duas) professoras da Sala de Recursos Multifuncionais de Educação Especial. Do total, 06 (seis) são efetivas na escola e 04 (quatro) contratadas em designação temporária, além da Diretora, Secretária Escolar, 05 (cinco) Auxiliares de Serviços Gerais e 02 (dois) Vigilantes. A escola atualmente não conta com a atuação de uma supervisora escolar, uma vez que a Diretora é a supervisora efetiva da escola, optamos, assim, por entrevistar a supervisora escolar do CMEI “Pingo de Gente”, que será unida ao CMEI “Centro de Convivência da Criança”, em um novo prédio, a partir do ano de 2021 (dois mil e vinte e um). Além das crianças que são atendidas neste CMEI, que atende alunos de 2 a 4 anos (após a data base), vão estudar no CMEI “Centro de Convivência da Criança”, quando completam a idade pré-escolar.

O primeiro contato se deu com a diretora do CMEI, a senhora Sergiane, para apresentação do objetivo do projeto de pesquisa e quais seriam os profissionais envolvidos. Além desse contato com a escola, a equipe da Educação Especial da SEMED já estava ciente do meu trabalho e já colaborava com repasse de informações sobre o número de crianças com laudos de transtorno mentais no município, pois o estudo também é de grande interesse por parte da Secretaria Municipal de Educação. A receptividade, tanto da escola na pessoa da sua diretora, como das demais profissionais, foi bem tranquila uma vez que se tratam de colegas da mesma Rede de Ensino em que atuo. A diferença é que estou na SEMED e já conhecia todas as entrevistadas o que tornou a entrevista mais produtiva e tranquila do ponto de vista da distância (online) e do assunto tratado, que é um tema bem sensível a todos e todas os (as) profissionais da Educação.

4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA: AS PROFESSORAS, A SUPERVISORA E A DIRETORA ESCOLAR

Foi explicado para cada uma sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, e como as entrevistas seriam online, seriam gravadas em áudio e vídeo para que pudesse fazer sua posterior transcrição. Nenhuma solicitou que seu nome não fosse

divulgado, mas, por questões éticas, preferimos omitir no trabalho o nome das professoras, o que também acreditamos não causar nenhum prejuízo para sua discussão. Foi combinado, então, com cada uma um horário mais propício para a realização das entrevistas.

Foram feitas falas prévias com cada uma das 06 (seis) profissionais (01 Diretora; 01 Supervisora Escolar e 04 Professoras), separadamente, a respeito dos objetivos das entrevistas a serem realizadas e quais seriam suas contribuições para nossa pesquisa. Todas as (06) seis profissionais escolhidas aceitaram, de primeira mão, participar das entrevistas e demonstraram satisfação de serem convidadas a participar, como podemos confirmar nas falas colhidas durante as entrevistas.

Que bom que deu certo. Obrigada, tá, ter me confiado essa tarefa e que eu tenha contribuído realmente com você. Tá bom? (D)

Tá bom, eu que te agradeço pela oportunidade de estar com você. (P02)

4.2.1 As Professoras

No início das entrevistas, solicitamos a cada uma que se apresentasse, falasse da sua formação, suas experiências no magistério e, em especial, na Educação Infantil.

A primeira professora entrevistada (P01) é professora efetiva da Rede Municipal no CMEI “Sonho Encantado”, onde atua desde 2014, na Educação Infantil, mas trabalhou até 2013 como professora de Sala de Recursos da Educação Especial, período do qual fez o seguinte relato:

[...] eu já trabalho desde 2011 como professora. Meu primeiro emprego foi na Sala de Recurso, com Educação Especial, foi assim, onde eu me encontrei na verdade, gostei muito de trabalhar e trabalhei até 2013, na Sala de Recurso, até eu me efetivar [...]. (P01)

Sobre sua formação, a professora fez a seguinte exposição:

[...] eu fiz pedagogia, pós-graduação em Educação Especial e fiz Educação Infantil/Séries Iniciais, são essas duas. E agora eu iniciei uma nova pós em psicopedagogia clínico e institucional, assim, eu estava procurando há muito tempo e eu não achava que era muito difícil ter essa clínica, né, junto, tal, tem estágio, ela é um ano e meio, e aí agora, apareceu essa oportunidade e tô

fazendo, porque eu me encaixo um pouco nisso, nesse atendimento, né, da Sala de Recurso, é, eu aprofundo muito, então, eu acabo estudando áreas que vai um pouco além, né, eu faço um atendimento que se olha é tipo um, um atendimento terapêutico, né [...]. (P01).

A professora (P01) está atuando atualmente no CMEI “Centro de Convivência da Criança”, devido à aposentadoria de outra professora efetiva da escola, passando, então, a atender a turma de Jardim II, mas vale ressaltar que, na Educação Infantil, ela só atuava com turmas da creche, em especial Maternal I e II.

A segunda entrevistada já atua há mais tempo na Educação, há pelo menos 15 (quinze) anos, tendo se formado em pedagogia, no ano de 2006 (dois mil e seis), e feito várias especializações, sendo a última em Anos Iniciais e Educação Infantil. Mas, na Educação Infantil, ela atua há 04 (quatro) anos, fazendo o seguinte relato sobre essa atuação.

Na Educação Infantil, foi onde eu me encontrei profissionalmente, né, eu posso dizer que, olha, é uma alegria muito grande falar da Educação Infantil hoje, porque eu sou apaixonada no meu trabalho, naquilo que eu faço, e quatro anos, foram quatro anos, o primeiro ano foi bem, assim, difícil, foi um pouco pra mim, eles choraram, então, foi bem complicado, né, mas no segundo ano eu fui pegando aquele amor, e hoje eu digo pra você, tô encantada com a Educação Infantil, apaixonada mesmo. (P02).

A terceira entrevistada, a professora (P03) tem 14 (quatorze) anos de atuação na Educação Infantil, e é a mais experiente na área. Ela tem habilitação em Pedagogia pela UNIUBE (Universidade de Uberaba) e Educação Física pela UFES. Relata ser designada temporária e está atuando no CMEI CCC faz alguns anos, mas já atuou em todas as escolas do município. Trazendo sua visão sobre o seu trabalho, ela nos fala que:

[...] o trabalho que a gente desenvolve é uma coisa muito bacana, né, é trabalhar com essas crianças, é ali naquela fase de três pra quatro anos, que é ali que eles se éee... se aperfeiçoam o seu caráter, a sua personalidade, né. (P03).

A última professora participante da nossa pesquisa é efetiva da Rede Pública Municipal, tendo no currículo mais de 25 (vinte e cinco) anos de magistério e atuado desde da Educação Infantil até Ensino Médio. Atualmente, está lotada no CMEI “Centro de Convivência da Criança.” Ela também é formada em Pedagogia, tem pós-graduação em Gestão Escolar e Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino

Fundamental. A professora fez a seguinte observação sobre a Educação Infantil: “Eu amo Educação Infantil, acho que Educação Infantil é um pedacinho do céu que existe na educação, né.” (P04).

Diante do contexto que vivenciamos durante a pesquisa, em relação a Pandemia de COVID-19, ela faz um desabafo, que acredito vale por todas as entrevistadas

Esse ano foi um ano bem atípico, né, nós estamos trabalhando mais em casa do que na escola, mais por meio de telefone mesmo. Então, assim, esse desafio está sendo bem grande mesmo. É fazer com que os pais entendam e nos ajudem e ajudem principalmente seu próprio filho, têm uns que não entendem que não tá ajudando o professor a receber o seu salário, têm pais que entendem que têm que ajudar o filho, mas têm uns que infelizmente fazem por fazer, e deixam a gente até triste um pouco, às vezes, você desempenha tão bem, faz aquele trabalho todo, planeja, entrega e o pai, faz de conta que trabalhou de qualquer jeito, não pensa no filho, né, infelizmente. (P04).

O perfil das professoras entrevistadas, como podemos perceber, varia muito a respeito do tempo de atuação, entre menos de 10 (dez) anos a 25 (vinte e cinco) de magistério, com períodos de experiência variados também na Educação Infantil. Em comum, todas têm a mesma formação e quase que as mesmas pós-graduações, destacando-se em Educação Infantil e séries iniciais do Ensino Fundamental. Todas se apresentam apaixonadas pelo trabalho com a Educação Infantil e gratificadas pelo trabalho desenvolvido.

Partindo desse perfil, logo à frente analisaremos suas concepções diante dos casos de alunos que apresentam diagnósticos de distúrbios mentais, em especial, com comportamentos típicos do TDAH.

4.2.2 A Supervisora Escolar

A supervisora escolar entrevistada, como já relatado, não atua diretamente no CMEI “Centro de Convivência da Criança”, mas no CMEI “Pingo de Gente”, pois devido ao seu porte não tem diretora, sendo a supervisora responsável também por essa função. No entanto, no ano de 2021 (dois mil e vinte um) há a previsão de junção dos CMEI’s, em um único prédio, formando, assim, uma nova escola, extinguindo-se o CMEI “Pingo de Gente”, que foi a primeira creche do município. Além disso, a escolha da supervisora se deu por conta de não termos uma supervisora atuando no CMEI CCC,

e também porque os alunos da “Pingo”, ao completarem a idade pré-escolar 04 (quatro) e 05 (cinco) anos, passam para o CCC.

Como nas demais entrevistas, solicitamos que ela se apresentasse e falasse um pouco da sua trajetória como profissional do magistério e, especificamente, na Educação Infantil.

[...] eu trabalho no CMEI “Pingo de Gente”, atualmente com a Educação Infantil, sou pedagoga, porém fiz concurso para professora, então, durante muito tempo eu atuei na função docente de primeira à quarta séries, né, quando era quarta série e hoje eu me encontro atualmente atuando como pedagoga da Educação Infantil, que eu aprendi a lidar, né, acho que estudei, estudo ainda para aprender a lidar com esses pequenos, crianças pequenas. [...] (SE)

Em relação ao seu tempo de atuação, ela fez as seguintes declarações:

[...] é, eu tenho onze anos que trabalho nessa creche, né, nessa creche tem onze anos e atuei inicialmente como docente na zona rural, foi período de mais ou menos quinze anos atuando como docente de primeira à quarta série, e, aí, atualmente, na educação infantil [...]. (SE)

Relata, em sua entrevista sua situação funcional e sua formação, sendo essas informações coletadas em conversa posterior., É formada em pedagogia pela UFES e tem pós-graduação em Gestão Escolar e Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental.

Devido a problemas em suas cordas vocais, a supervisora teve que passar por um processo de readaptação funcional, pois não podia mais atuar como docente por recomendação médica, para evitar a perda da fala. Sendo assim, foi readaptada para função de supervisora escolar, desde então atuando no CMEI “Pingo de Gente”.

4.2.3 A Diretora Escolar

A diretora do CMEI, “Centro de Convivência da Criança”, foi nossa primeira entrevistada, e foi preciso nos conceder três tentativas para conseguir sua entrevista, pois as duas primeiras tentativas não deram certo devido a problemas técnicos com nossa comunicação, pelo aplicativo Google Meet. Assim, como já relatado anteriormente, também solicitamos que ela se apresentasse e falasse um pouco da

sua formação e atuação na educação como um todo, e na educação infantil mais especificamente.

A diretora relatou que atua há dezoito anos como efetiva no município de Boa Esperança, tendo atuado em todas as escolas municipais, inclusive, como já relatado, em escola pluridocente, em turmas dos anos iniciais do Ensino Fundamental, no mesmo período que este pesquisador fora efetivado, no ano de 2002. Ela atuou também na Rede Estadual de Ensino como professora, em designação temporária, de sexto ao nono ano do Ensino Fundamental, e como tutora presencial em curso de Pedagogia em EAD. É também supervisora escolar efetiva do município, sendo suas cadeiras lotadas no próprio CMEI “CCC”. Sua formação superior foi primeiro em Letras e depois em Pedagogia. Em relação à sua atuação, enquanto gestora, ela relatou sua experiência na EMEIEF “Santo Antônio”, escola que se localiza no interior do município, em um distrito com o mesmo nome da escola, com atendimento para alunos de creche até alunos do nono ano do Ensino Fundamental. Em relação a sua experiência na direção do CCC, ela traz as seguintes afirmações a respeito de sua relação, no dia-a-dia, com os alunos.

É. Eu sempre parti tanto aqui quanto lá, nas séries iniciais e finais, eu sempre parti do princípio do diálogo, né, eu sempre tentei conversar muito com os alunos, fazer o aconselhamento, é, sempre parti dessas primícias, porque, às vezes, a conversa ehh... de um diretor, né, de um pedagogo, ele vale mais até que da conversa com o próprio pai, que só fala, às vezes, agressivamente com a criança, né. Então, às vezes, nós que estamos aqui na escola conseguimos até melhores resultados do que a própria família, né. E tem aqueles casos que fogem ao nosso controle, que aí a gente já toma medidas mais drásticas, né, faz os registros e parte pra outros caminhos, né, até encontrar uma maneira de ajudar aquela criança, né, aquele adolescente, no caso. (D).

Ao longo de toda a entrevista, a diretora apresentou muita serenidade nas suas falas, a segurança de quem tem buscado o melhor para cada aluno, professor e famílias, sendo isso comprovado pelas falas das próprias professoras entrevistadas, que fazem afirmações positivas, sobre sua atuação frente à gestão da escola.

Ela tá sempre apoiando a gente em tudo, é muito bom, muito bom o trabalho daquela escola. (P02)

[...] falta muita coisa pra melhorar, a gente vai fazendo o que pode, principalmente quando a gente tem apoio do diretor [...] graças a Deus, que temos uma diretora muito, que vê o nosso lado e tenta nos ajudar [...] (P04)

Constatamos, assim, que todas as profissionais estão intensamente envolvidas com a aprendizagem dos seus alunos, preocupadas com as dificuldades que apresentam e comportamentos “anormais”. No próximo item, analisaremos se os discursos desses profissionais estão sofrendo influências da indústria farmacêutica e da psiquiatria, através da inflação diagnóstica, que estamos vivenciando nas últimas décadas.

4.3 AS ENTREVISTAS E NOSSAS ANÁLISES

A princípio, a nossa coleta de dados se daria por entrevistas semiestruturadas presenciais na própria escola, com a utilização de gravador. No entanto, no início do ano de 2020 (dois mil e vinte), fomos surpreendidos com a pandemia causada pelo Coronavírus (COVID-19), o que fez com as autoridades decretassem várias medidas de combate à disseminação do vírus causando um certo desarranjo em nosso planejamento. Assim, elaboramos o roteiro das entrevistas com a supervisão da orientadora e decidimos que a melhor forma, nesse momento, seria realizar as entrevistas de forma virtual, via aplicativos de reunião online, via internet. Após testar alguns meios, chegamos à conclusão que o mais viável seria utilizar o aplicativo Google Meet, que além de gratuito, oferecia a possibilidade de gravação em áudio e vídeo as entrevistas realizadas.

Nas primeiras tentativas, tivemos alguns problemas por não termos prática na utilização da ferramenta, mas conseguimos realizar todas as entrevistas de forma satisfatória como previsto. As participantes, por serem profissionais da Educação Municipal há bastante tempo e por conhecerem o pesquisador, se mostraram muito à vontade para conceder as entrevistas, pois já tinham conhecimento sobre o tema da pesquisa.

Todas as entrevistadas se mostraram bem à vontade para falar sobre o tema da pesquisa, que foi conduzida de forma que houvesse o mínimo de interferência da nossa parte, para que elas pudessem expor suas opiniões, valores, crenças a respeito do tema abordado.

Devido ao suporte usado para realização das entrevistas, não foi possível uma avaliação da postura e das expressões das entrevistadas, haja vista, que praticamente todas estavam em suas próprias casas na hora da entrevista. Somente a diretora concedeu a sua da própria escola, e partilhava da presença da secretária da escola no momento.

No processo de transcrição das entrevistas, mantivemos o máximo possível a integridade das falas, mesmo os vícios de linguagem que são comuns na oralidade, bem como a não utilização da norma culta de forma contínua no discurso, principalmente, porque sustentamos um clima o mais livre possível para expressão de suas ideias sobre a temática.

Tendo feito a transcrição literal das entrevistas, realizamos sua leitura e releitura por várias vezes, para a elaboração de um levantamento de temas e percepções comuns entre as falas das participantes, entrelaçando-as com os capítulos teóricos da nossa pesquisa.

Em nenhum momento, as profissionais, que participaram da pesquisa, solicitaram a sua não identificação, assim utilizamos os nomes das escolas, da diretora e da supervisora escolar. Em relação as professoras, por termos outros profissionais docentes na escola, optamos por não identificá-las em suas falas. Utilizamos, para identificar as participantes, como Diretora (D), Supervisora Escolar (SE) e as professoras com um P (professora), seguido do número referente à ordem das entrevistas concedidas.

Na análise e discussão das falas das profissionais, utilizamos os vários capítulos teóricos com diversos autores, empregando o método de Análise do Discurso, de Eni Pulcinelli Orlandi (2020, p. 13), para quem “na análise do discurso, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”.

Para a autora (2020, p. 61), a definição de texto na Análise do Discurso é a seguinte:

O texto é a unidade que o analista tem diante de si e da qual ele parte. O que faz ele diante de um texto? Ele o remete imediatamente a um discurso que,

por sua vez, se explicita em suas regularidades pela sua referência a uma ou a outra formação discursiva que, por sua vez, ganha sentido porque deriva de um jogo definido pela formação ideológica dominante naquela conjuntura.

Ampliando a discussão, a autora (2020, p. 67) ainda continua sua explicação sobre o processo de Análise:

Se o texto é unidade de análise, só pode sê-lo porque representa uma contrapartida à unidade teórica, o discurso, definido como efeito de sentidos entre os locutores. O texto é texto porquê significa. Então, para análise do discurso, o que interessa não é a organização linguística do texto, mas como o texto organiza a relação da língua com a história do trabalho significativo do sujeito em sua relação com o mundo. É da natureza sua unidade: linguística-histórica.

Assim, Orlandi (2020) conclui que não há um interesse da análise do discurso pelo texto em si, como se fosse o objeto final da explicação, ele é o que permite ao analista ter acesso ao discurso. Assim, sua tarefa é identificar qual é o caminho e em que a ordem do discurso se concretiza na estruturação do texto, correspondendo a conhecer, como acontece a textualização do discurso.

Assim, passaremos, no próximo capítulo, à análise das entrevistas, discutindo os temas propostos neste estudo sobre a influência da inflação diagnóstica sobre o discurso da escola, em relação aos diagnósticos de distúrbios mentais, em especial TDAH, na Educação Infantil. Desse modo, teremos como produto, segundo Orlandi (2020, p. 70), “[...] a compreensão dos processos de produção de sentidos e de constituição dos sujeitos em suas posições”.

5 A INFLUÊNCIA DA INFLAÇÃO DIAGNÓSTICA SOBRE O DISCURSO DA ESCOLA A RESPEITO DAS CRIANÇAS E SEUS COMPORTAMENTOS

Buscamos aqui analisar os discursos das profissionais que participaram do estudo a respeito dos conceitos estudados e apresentados neste trabalho. Para uma melhor compreensão e organização do texto, subdividimos os temas abordados em capítulos teóricos e subtemas que surgiram nas falas das participantes durante as entrevistas realizadas.

A partir dos capítulos teóricos desenvolvidos, identificaremos se o discurso da escola sofre influência das concepções sobre a infância, que foram desenvolvidas durante a história da humanidade, em especial, na concepção europeia de criança, que se tornou fonte de compreensão para todas as sociedades colonizadas por seus países, chegando aos conceitos sobre criança e infância.

Analisaremos se o crescimento do número de diagnósticos psiquiátricos, ao longo da história, tem contribuído para a visão profilática dos profissionais da educação, sobre os comportamentos das crianças em idade pré-escolar, um período onde o comportamento pode variar muito em face do meio social em que ela vive, além de outros característicos da idade.

Objetivamos entender se a proliferação dos diagnósticos, na sociedade, de possíveis doenças ligadas a distúrbios mentais, em especial o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que tem entre os seus principais sintomas comportamentos muito comuns às crianças em idade pré-escolar. Entender se tem influenciado educadores a recomendar que as famílias procurem, cada vez mais, especialistas como psiquiatras, psicólogos e neurologistas, a partir das queixas da escola em relação ao comportamento e aprendizagem dos alunos.

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INFÂNCIA NO DISCURSO DA ESCOLA

Como apresentamos no capítulo dois, o conceito de infância sofreu inúmeros transformações ao longo do tempo, desde o princípio da sua formação, na Civilização Grega, segundo já nos afirmou Postman (1999), de que os gregos não inventaram a infância, mas chegaram perto, criando os seus fundamentos.

Em seu livro, *O Desaparecimento da Infância*, Postman (1999) relata as inúmeras mudanças na concepção de infância, da própria criança e da sua educação, que trazem grandes preocupações sobre a visão da criança nos dias de hoje. Estaríamos voltando à Idade Média, quando as crianças eram vistas como adultos em miniatura? É justamente sobre esse perigo que o autor nos questiona.

Destacamos também que a noção de infância, que permeia nossa sociedade até hoje, deve seus fundamentos a uma parcela de moralistas e educadores do século XV, com destaque para Gerson, que foram responsáveis pela criação de regras que levaram à mudança do comportamento dos adultos em relação às crianças (ARIÈS, 2017).

Ariès (2017) destaca ainda que são os moralistas e educadores do século XVII, que formam um novo sentimento em relação à infância, que influenciaria toda a educação até o século XX.

Por fim, Postman (1999) aponta o período compreendido entre 1850 e 1950, como o período mais importante para o entendimento do conceito de infância. No entanto, é a partir do período da invenção do telégrafo e outros meios de comunicação, que a televisão se torna a maior ameaça ao fim da infância. Assim, o autor aponta esse desaparecimento da infância com situações em que os produtos, representados pelas roupas dos adultos estão cada vez mais presentes no universo infantil. Outro fator alarmante que se destaca é o aumento de crimes cometidos por crianças e adolescentes.

5.1.1 A Concepção da Infância

Qual concepção estão tendo da infância, as profissionais entrevistadas? Durante as entrevistas, as participantes foram fazendo alguns apontamentos a respeito de sua concepção sobre infância.

Então, geralmente os filhos de jovens são os mais problemáticos, né, que a gente não sabe como que foi a gravidez, como passou esse período de gestação, que foi, se usado, né, se teve uso de drogas, de álcool, na gravidez. Então, tudo isso pode influenciar esse comportamento lá na frente, né. A falta de amor até pelo feto, né (DE).

Todas as crianças são diferentes. Têm as crianças que são mais quietinhas, têm aquelas mais agitadas, porém têm aquelas quietinhas demais e aquelas que é agitada demais. Então, a gente sempre observa nisso aí, tem aquela criança que é quietinha, mas ela rende, né, você passa um conteúdo, conta uma história, faz algo e ela tá interagindo (P01).

Eu tenho um aluno que foge aos padrões, mas que tem tido, assim, um rendimento muito bom, mesmo com essas aulas online, né, que a gente tá trabalhando agora, eu tenho notado muito avanço nele, assim, repentino em muitas coisas, porque a mãe, é uma mãe, assim, muito preocupada, com a educação do filho, procura outros profissionais, ela realmente se envolve, ela realmente, ela reconhece o que a gente fala, e ela fala, assim, não é verdade, meu filho tá assim, é verdade professora, preciso melhorar isso, ela procura ajuda, ela é muito, muito participativa (P02).

As falas aqui registradas vão ao encontro das análises de Postman (1999, p.166), que se encontram em seu livro 'O Desaparecimento da Infância',

[...] muitos pais e mães perderam a confiança em sua capacidade de criar filhos porque acreditam que a informação e as aptidões que têm para essa tarefa não são confiáveis. Em consequência disso, não só não resistem à influência da mídia como também voltam para especialistas que, pressupõem, sabem o que é melhor para as crianças. Assim, psicólogos, assistentes sociais, conselheiros, professores e outros representantes do ponto de vista institucional invadem grandes áreas de autoridade parental, as mais das vezes a convite [...].

Assim, ficam confirmadas as afirmações de Postman não apenas em relação ao pais e mães, mas em relação aos próprios profissionais da educação, que parecem também acreditar que não conseguem mais realizar o seu trabalho de forma completa e gratificante, já que as dificuldades que algumas crianças apresentam parecem desafiar seus conhecimentos e sua capacidade de educador. Frente a essas realidades, tornou-se cada vez mais imprescindível a confiança na utilização de

profissionais da área médica e de medicamentos que se ajustem ao comportamento esperado e, conseqüentemente, ao aprendizado considerado ideal.

5.1.2 O Cuidar da Infância

O cuidado com as crianças, no que diz respeito ao seu desenvolvimento escolar, também foi apontado como uma das preocupações das profissionais entrevistadas, que apontam uma falta de interesse de algumas famílias levando-os a prestar uma certa assistência que vai além do papel da escola.

Em vários momentos, a diretora nos aponta sobre o exercício do diálogo com os alunos, processo que não parece acontecer com frequência nas famílias: " Então, às vezes, nós que estamos aqui na escola conseguimos até melhores resultados do que a própria família, né?"

A Supervisora corrobora com o pensamento da Diretora, afirmando que: "Esse diálogo, de tá conversando com a criança de modo especial, perguntando para ele o que tá acontecendo, entendeu? E, às vezes, a gente acaba com esse clima de diálogo, de conversa, melhorando o comportamento dele [...]"

Uma mesma visão dos professores a respeito da positividade da postura da diretora que, segundo elas, tem contribuído muito com esse cuidado com os alunos que, segundo a opinião delas, precisa de um acompanhamento profissional especializado.

[...] que temos uma diretora muito, que vê o nosso lado e tenta nos ajudar, chama pais, marca consulta, arranja carro, tenta pedir até a outros pais, que têm condições pra doar consulta, é um malabarismo que faz pra vê se dá conta, pra vê se ajuda aqueles pais que estão procurando ser ajudados, né, que nem todos entendem, nem todos acham que é necessário, lá na frente que vai ver o que fez falta, né. [...] (P04).

[...] E, assim, eu fui muito feliz, na escola que eu trabalho, porque lá há um trabalho não só meu, eu não sou a professora sozinha, eu tenho uma diretora, entendeu? Já tive outras pedagogas que sempre estiveram muito atentas a isso, então, a mesma linguagem que eu utilizo com a família, a escola também utiliza. Isso é bom, quando o diretor ou outro profissional da escola percebe que dentro dessa normalidade da criança, o profissional não está conseguindo progredir, então, é necessário uma ajuda extra de outros profissionais, e quando a família está aberta para receber essas informações e levá-las a diante e fazer o melhor pra criança, isso aí flui, tá, Eudes, melhora 100% [...] (P02).

Esse pensamento expressado pelas profissionais da educação infantil sobre o cuidado com as crianças se aproxima muito do pensamento dos moralistas e educadores do século XVIII, que inspirou toda a educação até o século XX. Como Airés (2017, p.104) nos confirma “[...] o apego à infância e à sua particularidade não se exprimia mais por meio da distração e da brincadeira, mas por meio do interesse psicológico e da preocupação moral[...]”.

5.1.3 O Comportamento Infantil

Destacam-se, nas entrevistas realizadas com as profissionais, questões voltadas ao comportamento dos alunos, o que acreditamos ter contribuído para a visão delas sobre possíveis problemas causados por distúrbios mentais.

A diretora relata “[...] já tivemos casos assim, que em momentos que a criança estava extremamente agressiva e daí um, dois meses ela mudou totalmente”. A supervisora também aponta algumas características que despertam a preocupação da equipe escolar: “Geralmente a criança não quer fazer nada, não demonstra interesse, e um dos fatores que a gente fica, assim, um pouco preocupada, geralmente essa criança bate demais nos colegas”.

A Supervisora demonstra uma preocupação constante com as crianças que são identificadas com problemas na aprendizagem e no comportamento que fogem à normalidade, buscando junto com as professoras orientá-las sempre na melhor forma de conduzir essas crianças para o alcance dos objetivos propostos e do comportamento adequado, na visão da escola.

Podemos corroborar com essas afirmações com as palavras da própria supervisora: “Diante do caso das crianças que são tão quietinhas, a gente conversa com o professor, planeja junto com o professor e orienta o tempo todo o professor a inserir essa criança no meio das atividades [...]”.

A gente não tem criança da Educação Especial, né, esse ano e no ano passado a gente também não teve, porém a gente tem aquelas crianças que

a gente percebe, que eles possuem severas dificuldades de aprendizagem, e o professor também ele é pedagogo, e ele também nota, e aí a gente vai fazendo um acompanhamento daquela criança, mês a mês, ano a ano(SE).

As professoras também assinalam muitos comportamentos que acontecem na escola e despertam sua atenção e preocupação. Como nos relatos da Professora 01, “[...] tem aquela criança que é quietinha, mas ela rende, né, você passa um conteúdo, conta uma história, faz algo é ela tá interagindo”.

“[...] ele tinha bastante traços, né, do autismo, que era essa fala, né, repetitiva, alguns gestos, né, ele repetia muito, batia os bracinhos, mas assim, é na escola, ele era uma criança, super normal, assim, né, de interação, conversava com os outros colegas, com a professora, mas era aquela coisa robotizada e, assim, é a criança, que tinha que brincar com ele, chamar ele pra brincar, pra ele brincar, senão ele brinca sozinho” (P01).

“[...]tem criança que é muito agitada, que eu tinha um aluno, que as meninas falavam assim: Esse menino tem, tem problema, ele é hiperativo. Eu falei não, ele não é. É o jeito dele mesmo, com ele é assim, gosta de falar, né, de correr, mas não era, entendeu, hiperativo. Sim, ele tinha uma, é o jeito dele mesmo, a gente tem que tá muito atenta pra isso, tipo assim, pra saber o aluno mesmo que ele é quietinho, né, se ele tem algo, e se ele é também agitado demais, se tem. Porque nem sempre é, mas a maioria das crianças são quietinhas e são agitadas” (P01).

Outras professoras que acreditam que é necessário o estabelecimento de rotinas entre as crianças com o objetivo de moldar o comportamento das crianças, dentro de um padrão considerado ideal. Como aponta a Professora 02, “[...] porque muitas vezes a criança chega sem nenhum limite [...]”

[...] a primeira coisa que a gente tem que fazer, assim, mais com ela para que ela tenha o comportamento adequado, pra que a gente possa englobar todas elas no mesmo, vamos dizer, no mesmo patamar, pra que você consiga trabalhar. É estabelecer uma rotina, a gente tem que estabelecer uma rotina com ela, chegar nos primeiros momentos já acaba fazendo assim, aquele acolhimento, né, recebendo a criança, fazendo com que ela conheça a escola, que ela se identifique ali, que ela se sinta, segurança com você professor, que ela precisa ter segurança que você está ali com ela, porque é um desapegar da família e a entrada na escola, né, é bem difícil pra eles. Então, a gente tem que fazer aquele papel de mãe e pai inicialmente entendeu? [...] (P02)

Durante das entrevistas também observamos falas que se apresentam quase que como uma verdade universal entre os educadores de todos os níveis e modalidades, “E é inteligente, os agitados são os mais inteligentes” (P01).

Muitas vezes os comportamentos também estão relacionados à vida cotidiana do aluno, como é seu comportamento em casa, sua estrutura familiar, seu ambiente em casa, o que leva as professoras a acreditarem que muitas características do comportamento se devem à convivência familiar da criança, como indicado nas falas a seguir

Ele fica retraído, não tem, assim, uma socialização, às vezes em casa, ele é sozinho. Aí o que que a gente costuma fazer lá, a gente nunca deixa eles sentarem em mesas separadas, não. Eu arrumo sempre a minha sala ou em forma de círculo ou em forma de agrupamento (P03).

E como que é fulano em casa? Né? Aí ela fala: i menina. Que horas que fulano vai dormir? Ah, fica até tanto da noite no celular meu lá na mão. Aí ela vai, vai soltando e depois que ela solta tudo que eu já sei que é o reflexo da escola, né. Aí eu falo, pois é, mãe, pois é, vó, aqui também, isso tá refletindo na vida dele, ele não está conseguindo fazer isso, ou ele tá dormindo na sala de aula, ou ele tá com indisciplina, pois é. Aí, começo a conversar, vamos fazer essa parceria, eu cobro aqui, mas você cobra em casa também, né (P03).

Podemos afirmar que essa visão do comportamento das crianças se inscreve no discurso durkheimiano, como nos apresenta Fernandes (1994, p.131),

[...] se, para Durkheim, a crise de modernidade é, fundamentalmente, uma crise da moralidade, não basta trabalhar na construção de uma ciência que aponte os elementos constitutivos da moral laica; a crise permanece suspensa na possibilidade da inscrição desses elementos na subjetividade infantil. Em outros termos, a vocação terapêutica do discurso da moral laica só pode realizar-se na crença de que o desejo do educador é ativo, eficaz e competente, ou seja, de que a “natureza infantil” é maleável, moldável, educável [...].

A Professora 03, mesmo afirmando que o trabalho se dá a partir do lúdico, também aponta a rotina como importante no controle das crianças.

E aí o nosso trabalho lá é voltado para, éee... o lúdico, né, trabalha muito com o concreto, com o lúdico, com rotinas que eles precisam ter, né, essa rotina pra gente cronometrar o tempo, né, que eles precisam de isso, porque geralmente em casa eles não têm isso não. Aí, no primeiro semestre, né, que é a adaptação, aí, a gente tem um pouquinho de trabalho, né. Aí depois que eles começam a perceber já que lá, eles têm hora pra tudo [...].

Houve também apontamentos sobre as características das crianças, suas singularidades e de que forma a professora trabalha essas diferenças de comportamento em sala de aula.

[...] na hora de eu fazer esses agrupamentos, hum, na hora de colocar eles nos lugares, na forma de roda, eu tento colocar sempre um mais solto, né, espontâneo, junto com o mais tímido, porque no conversar ele vai se soltando, às vezes, ele não tem coragem de falar pra sala toda, mas pro coleguinha do lado, às vezes, eles falam. (P03)

Então, tem o momento do lazer, na escola tem uma casinha, uma vez por semana, a gente leva eles, cada turma nessa casinha, que lá eles brincam de boneca, as meninas, os meninos brincam de carrinhos, tem merenda, tem a hora do recreio, temos toda uma rotina que é trabalhada todos os dias com eles. (P03).

No entanto, historicamente a educação infantil tem sido construída sobre bases que desconsideram o ambiente social e a experiência pessoal das crianças atendidas, como nos aponta Oliveira (2011, p. 43-44).

Já a pré-escola, mesmo quando em busca de uma identidade própria dentro do sistema de ensino, tem, em geral, adotado uma concepção de ensino individualista e apartada do ambiente social, propondo à criança, atividades pouco significativas para sua experiência pessoal, realizadas dentro de rígidas rotinas e em turmas organizadas segundo princípios de seriação.

A importância da conversa com a criança, ouvi-la em sua individualidade, é uma proposta que defendemos em nossa pesquisa, uma vez que tem ficado claro, que as crianças têm sido faladas pelos adultos, sem, ao menos, serem ouvidas. Ideia também defendida pela Supervisora: “Esse diálogo, de tá conversando com a criança de modo especial, perguntando para ele o que tá acontecendo, entendeu? E, às vezes, a gente acaba com esse clima de diálogo, de conversa, melhorando o comportamento dele. Entendeu”?

Nas entrevistas, fica clara a preocupação das profissionais com o comportamento dos alunos. Elas relatam a importância da conversa, de tentar entender o que está acontecendo com eles. A prática da escuta da criança, uma escuta qualificada, não do fazer de conta que ouve, mas aquela que nos ajuda a compreender o que está acontecendo com seu comportamento.

A falta de diálogo pode nos levar a situações como as apontadas por Catão (2020, p.8).

[...] sem essa escuta, ficamos perdidos em uma lista às vezes infinita de queixas e de sintomas que não serve para apontar uma direção de trabalho. Desorientados e angustiados, recorreremos à tentativa de inclusão do quadro em alguma classificação conhecida. E lá se vão o que de particular define aquele sujeito e a possibilidade real de ajudá-lo.

5.1.4 As Crianças e suas Famílias

Em relação as famílias das crianças atendidas, a escola historicamente tem queixas a respeito da família quanto a sua postura diante da indisciplina dos filhos, como demonstra o relato da Diretora da escola:

Eles acham que os filhos são sempre os certos, os corretos, mesmo que eles já tão acostumados com o comportamento, talvez pior do que aqui na escola em casa. Mas diante de nós, eles colocam os filhos sempre como “santos”, né, no pedestal

Também relatam sobre a relação que acreditam existir entre as situações familiares e os comportamentos das crianças na escola. Situações estas que, na maioria das vezes, ficam silenciadas no seio da família, como um segredo que não deve ser revelado de forma alguma na escola. No entanto, esses acontecimentos refletem diretamente nas atitudes das crianças, como podemos confirmar nas falas das entrevistadas. “Que quando a gente percebe que, às vezes, éee que a criança é um pouco agitada, certamente ou, assim, na maioria das vezes, tá acontecendo alguma coisa anormal em casa” (SE).

Às vezes acontece muita coisa que foge da normalidade, em casa, e a criança, na escola, fica um pouco agitada, porque criança de dois a quatro anos, não fica assim tão agitada, de bater, não é essa agitação, inquieta, ela fica um pouco inquieta, desatenta, então a gente busca muito a família (SE).

As professoras relataram inclusive que, em alguns casos, os pais tentam se esquivar da sua responsabilidade com os filhos, fingindo que nada está acontecendo com o seu filho, não se permitindo buscar uma solução para a situação junto com a escola. É o que se pode comprovar nas falas das entrevistadas: “E aí, como a mãe já sabia

que tinha um problema, toda vez que eu ia conversar, ou, então, mostrar as atividades, né, que tinha reunião, ela já pegava a pasta e falava assim: “Éee... já sei como que ele é, tá bom, e ficava naquilo” (P01).

[...] meu filho, não tem nada, o médico disse que ele não tem nada. Que que eu podia fazer? Nada, né. E ele tomava uma medicação no berçário, se ele tomava algo tinha, mas eu acho que a família, tem tanto medo, tanto receio e aí ficou nisso [...] (P01).

Outra situação comum é a busca da escola para que a família compreenda a necessidade de ajuda profissional para seus filhos, como aponta a Professora 02, “Olha, nesses quatro anos, eu tive duas experiências não muito boas, né. Dois anos que eu vi, que eu lutei o ano todo, foram anos que eu lutei bastante, pra que a família compreendesse o fator ajuda extra”. Corroborando com a professora 02, a professora 03 também aponta para o mesmo problema: “Ano passado, eu tive um aluno, que eu tive até de chamar a mãe e perguntar à mãe como ele era em casa. Aí, ele não morava com a mãe, morava com a avó, e a avó deixava ele fazer o que ele queria”.

A Educação Infantil, enquanto modalidade de ensino, voltada para a criança da primeira infância, surge, segundo Bujes (2001), de uma visão mais otimista e das possibilidades as quais as crianças são expostas, mas não afastando objetivos como o controle através da correção e da disciplina, afinal, acreditava-se que as crianças representavam uma ameaça ao progresso e a ordem social.

Nas entrevistas realizadas, percebemos que, mesmo de forma inconsciente, os objetivos da correção e da disciplina ainda permanecem presentes na atualidade da Educação Infantil. Como podemos comprovar com as falas das professoras, “[...] porque muitas vezes, a criança chega sem nenhum limite [...]” (P02). Outros relatos também apontam a falta de limites em casa.

E como que é fulano em casa? Né. Aí ela fala: ih, menina. Que horas que fulano vai dormir? Ah, fica até tanto da noite no celular meu lá na mão. Aí ela vai, vai soltando e depois que ela solta tudo que eu já sei que é o reflexo da escola, né. Aí eu falo, pois é, mãe, pois é, vó, aqui também, isso tá refletindo na vida dele, ele não está conseguindo fazer isso, ou ele tá dormindo na sala de aula, ou ele tá com indisciplina, pois é. Aí começo a conversar, vamos fazer essa parceria, eu cobro aqui, mas você cobra em casa também, né. (P03).

Em relação ao comportamento das crianças, é apontado pelas professoras que as famílias, onde as crianças são criadas pelos avós, mães solteiras e/ ou casais muito jovens, estes não acreditam não conseguem lidar com seus filhos de forma a garantir os limites necessários. Como na fala da Professora 03, “Ano passado, eu tive um aluno, que eu tive até de chamar a mãe e perguntar à mãe como ele era em casa. Aí ele não morava com a mãe, morava com a avó, e avó deixava ele fazer o que ele queria”. Foi apontado também a visão que as famílias têm dos professores e da escola, nas palavras da Professora 02, “É.... eu vejo que os pais, hoje eles têm uma dificuldade, porque nossa profissão de professor, ela é vista, ela não é bem vista, bem valorizada, como deveria ser, você sabe disso, né”. Mas demonstra também a importância de uma equipe unida diante desses desafios com a família.

A gente não é bem vista, a família acha que a gente não está desenvolvendo um trabalho bom, e que a culpa é do professor, mas, assim mesmo com essa dificuldade, a gente sempre bate na mesma tecla, tecla, a gente sempre conversa, sempre orienta, e não é orientação só minha que eu, graças a Deus, eu trabalho em equipe, minha equipe é nota 10 (P02).

Já a professora 04 apresentou um aspecto mais positivo em relação ao seu relacionamento com as famílias.

Olha, Eudes, eu, graças a Deus, assim, quando eu tenho uma criança que necessita, assim, de mais atenção ou com laudo, ou sem laudo e que é difícil de lidar em sala de aula. Eu sempre tenho esse contato direto com a família, seja por telefone, por mensagem, ligação a qualquer hora.

Entendemos que as queixas das escolas sobre as famílias são muitas, vivemos um contexto complexo onde as relações têm se tornado cada vez mais complicadas do ponto de vista do relacionamento e do comportamento. Por um lado, a escola acusa a família de não dar a devida importância à vida escolar dos filhos; por outro, as famílias que, em sua maioria, estão se sentindo perdidas e despreparadas para lidar com essas situações adversas.

Todas essas realidades acabam convergindo para uma solução comum, a busca por ajuda profissional, principalmente nos campos da psiquiatria e a neurologia. No entanto, a criança que é a parte mais importante do processo acaba sendo a que mais perde neste processo, sendo relegada, na maioria das vezes, a tratamentos ineficientes e prejudiciais à sua saúde física e emocional.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INFLUÊNCIAS EXTERNAS SOBRE O DISCURSO DA ESCOLA A RESPEITO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

No capítulo 02 (dois), explanamos sobre a construção dos diagnósticos de distúrbios mentais na infância, ficando claro a influência da indústria farmacêutica, que busca ampliar, cada vez mais, o seu campo de atuação, estando acima, até mesmo, do bem-estar do paciente, com diagnósticos que estão afetando cada vez mais crianças, adolescentes e adultos mundo a fora. Através do DSM's e suas várias edições, ao longo dos anos, desde a sua primeira edição, em 1942, até a sua quinta e última edição atualizada, o DSM-V, busca-se uma padronização da vida, do comportamento humano, pois tudo que sai do suposto padrão pode e será transformando em doença. Como nos afirmam Collares, Moysés e Ribeiro (2013, p.15).

As diferenças que caracterizam e enriquecem a humanidade são tornadas *transtornos*. Desigualdades são escamoteadas, transformadas em *doenças*. As questões coletivas, de ordem política, social e econômica, cultural, afetiva, que afligem milhões de pessoas, são transformadas em individuais e rerepresentadas como *doenças, transtornos, distúrbios*. Problemas políticos são tornados biológico, inatos à pessoa (grifos das autoras).

Fica clara a influência da indústria farmacêutica na definição de inúmeros transtornos psiquiátricos, que vem classificando a população mundial como portadora de distúrbios mentais em números, no mínimo, alarmantes, Como nos aponta Frances (2016, p.124).

Hoje, 7% dos norte-americanos são viciados em alguma droga psicotrópica legal. O abuso de medicamentos vendidos sob prescrição tornou-se mais problemático do que a de drogas ilícitas. Se houver uma fórmula concebível de vender um novo diagnóstico de modo que as pessoas acreditem incorretamente que o tem, os fabricantes já a terão descoberto e a venderão com êxito – às vezes, contra a lei [...].

Nesse contexto, no que diz respeito à infância, o Dr. Allen Frances (2016, p. 124) faz uma constatação que todos nós educadores, pais, familiares, autoridades ou público em geral deveríamos tomar conhecimento.

[...] quando o mercado de adultos pareceu saturado, os fabricantes de remédios expandiram sua demografia de clientes direcionando produtos para crianças- não por acaso todas as epidemias recentes de transtornos

psiquiátricos ocorreram entre jovens. E crianças são clientes particularmente seletos – conquiste-as cedo e poderá tê-las para sempre[...].

O diagnóstico de doenças mentais em crianças, a partir dos DSM's, só tem aumentado o número de crianças medicalizadas.

Diante da influência da indústria farmacêutica, seja pela mídia, seja pelos próprios profissionais da área da saúde, nos questionamos: Isso estaria contribuindo com a construção de um discurso patologizante entre os profissionais da educação?

Como exemplo dessa influência, as profissionais afirmaram ter dificuldades, em determinadas situações, com os pais e familiares que não concordam muito com o possível diagnóstico levantado pela escola mostrando que há resistência às falas da escola sobre os filhos, chegando a situações bem delicadas, como a relatada pela professora 04, “[...] eu fui chamar a mãe pra levar o filho no psicólogo, o pai falou assim, ‘fala com essa professora que meu filho não é doido’ [...]”.

[...] seu filho precisa de ajuda, ele precisa de uma ajuda extra, que não é só a escola que vai estar ajudando, talvez no fonoaudiólogo, talvez um psicólogo, talvez um neuro, então isso é muito difícil pro pai, a família falar assim, meu filho não tem problema, ele não precisa de ajuda, ele é normal. (P02).

Infelizmente, percebemos que a crença das profissionais entrevistadas está enraizada em crenças seculares, que os problemas de aprendizagem estão diretamente ligados a problemas em seus alunos, como nos aponta Esteban (2020, p.174, grifos da autora).

O discurso pedagógico está fortemente estruturado para atender essa demanda, encontrando um apoio relevante na medicalização do ensino. A avaliação é um dos procedimentos pedagógicos que atuam com maior intensidade na identificação, classificação, hierarquização e segregação dos diferentes, com suas diferenças. A relevância da *dificuldade de aprendizagem* como explicação para os maus resultados alcançados expressa essa articulação e deixa em segundo plano a desigualdade como produção histórica e sociocultural, que afeta especialmente as classes populares cujos os sujeitos expressam, na escola, a diferença cultural.

O que nos assusta mais nessa análise dos discursos das professoras entrevistadas é a influência exercida por elas sobre as famílias, que faz com que os mesmos

desconheçam os efeitos maléficos da medicalização exagerada nas crianças. Na tentativa de contornar a singularidade de cada um, causando assim, um certo alívio para suas preocupações em relação aquele aluno que parece não aprender, que não obedece, que foge ao seu controle de professora.

Essas profissionais, muitas vezes, acabam se tornando um tipo de especialistas, em quem as famílias buscam referências em relação ao comportamento dos filhos, que fogem à regra da sociedade homogeneizadora em que vivemos.

Eu mostro uma atividade, aquilo ali eu já falo, olha fulano tá assim, assim, se ele tem alguma dificuldade eu já explico, eu falo assim: Olha ele invés de, ele não está recebendo meus comandos, eu mando pintar aqui, e ele tá pintando aqui, eu mando fazer isso, ele tá fazendo isso, né, na hora da brincadeira eu mando ir pra cá, ele vai pra lá. Aí o pai já fica assim, nossa, isso é verdade, será que tem alguma coisa. Aí eu já, né, se é uma criança que eu vejo que precisa, né, de ir na fono, de ir pra alguma coisa, eu já, já coloco o pai já, pra ele ficar meio, tipo assim, né, já pensativo, né [...] (P01).

[...] a gente não é formada, mas nós temos noções de que algo está errado e que algo tem que ser feito, e a gente não sabe determinar, a gente éee... não tem capacidade de saber o que é, mas sabemos que tem algo diferente acontecendo, e nem sempre a gente encontra pais que querem, que aceitam, mas na maioria das vezes, hoje em dia, a gente percebe que tá mais aceitável essa situação. (P04).

Destacamos também que as entrevistas revelaram a importância dada aos relatórios das professoras e da escola por partes de médicos e especialistas, na avaliação dos possíveis transtornos das crianças. Em todas as entrevistas, vimos que os relatórios são instrumentos amplamente utilizados para o diagnóstico das crianças, como nos confirma a Supervisora Escolar “[...] quando a gente já conversa com o familiar e os familiares vão levar em um especialista, eu já elaboro junto com os professores o relatório”. Isso acontece porque a escola entende que é de suma importância esse tipo de relatório para o acompanhamento da criança.

Assim, eles não têm como chegar lá no médico sem nada. A escola já faz o relatório. E aí ele continua dando feedback, dá uma devolutiva pra escola, aí pede pra voltar daí quatro meses e também levar o relatório. A gente faz o relatório, todos os casos, a gente faz relatório (SE).

[...] primeira coisa que a escola faz, quando a gente encaminha pra um especialista, primeiramente, a diretora já vem e a gente já sabe, faz relatório desse aluno. Então, a gente tenta colocar o máximo que a gente consegue de coisas mínimas que a criança faz, a gente tenta preencher aquele

formulariozinho lá, bem bonito, pra que o especialista tenha uma noção de como a criança é na escola (P04).

Infelizmente, esses relatórios podem levar a uma interpretação errônea no diagnóstico de um possível distúrbio mental. Afinal, como já apresentamos no terceiro capítulo, a identificação do TDAH se dá pela observação de vários comportamentos que são considerados como típicos do distúrbio, ao mesmo tempo que também podem ser comportamentos típicos das crianças em idade pré-escolar. Como preceitua Conners (2009, p.18),

Crianças normais, entre 3 e 4 anos de idade, com frequência, apresentam um padrão de déficit de atenção e de atividade excessiva que pode ou não estar relacionado ao TDAH. Apesar de muitas das que têm 3 anos aparentemente terem todos os sintomas da doença, é difícil distingui-las das normais com temperamento difícil.

5.2.1 Os Especialistas em Educação

Nos últimos anos, praticamente todos os profissionais do magistério que atuam na Rede Pública Municipal de Ensino já contam com licenciatura em Pedagogia e especialização em Educação Infantil e/ ou Anos Iniciais do Ensino fundamental⁴, outorgando a esses profissionais o título de especialistas em Educação Infantil, o que contribui para que exerçam, de certa forma, o papel de orientadores para as famílias em relação ao comportamento e aprendizagem dos seus filhos, como podemos constatar nas falas das entrevistadas. Esse papel da escola que compreendemos de suma importância, também pode estar levando as famílias a uma visão distorcida do comportamento dos seus filhos, levando-os a acreditar que os filhos têm algum tipo de distúrbio.

Nos relatos feitos, vemos bons exemplos sendo desenvolvidos entre os alunos e familiares, mas também devemos considerar que muitas vezes a escola pode estar assumindo funções que não são sua responsabilidade. Para analisarmos melhor a questão, vejamos as falas de alguns profissionais.

⁴ Dados constantes do Censo Escolar/2018 – INEP/Brasil

[...] eu sempre tentei conversar muito com os alunos, fazer o aconselhamento, é sempre partir desse, dessas primícias, porque, às vezes, a conversa ehh... de um diretor, né, de um pedagogo, ele vale mais até que da conversa com o próprio pai, que só fala, às vezes, agressivamente com a criança, né? Então, às vezes, nós que estamos aqui na escola conseguimos até melhores resultados do que a própria família, né [...] (DE).

Mas assim, é... as famílias que a gente tem atendido, tem aconselhado, são poucas aquelas que não nos, nos dão retorno, na verdade, existem sim aqueles casos de pessoas bem instruídas que querem saber já até mais do que a gente, então não aceitam muito a nossa é... proposta, né, do que fazer (DE).

O mesmo comportamento pode ser observado nas demais profissionais entrevistadas, como no relato da supervisora escolar

[...] uma coisa que acho também muito importante quando a gente observa esse tal comportamento, de tal dificuldade de aprendizagem e que a gente começa também, parece que ao educar a criança parece que a gente começa também a, é, orientar o pai e a mãe no que podem fazer em casa.

Esse atendimento, muitas vezes, se torna, de certa forma, personalizado e tem contribuído para que a escola assuma, cada vez mais, a responsabilidade pela orientação na condução das famílias com seus filhos, como nos apresenta a professora um “[...] eu já tive pais, em outras épocas, de me mandar mensagem onze horas da noite, porque o filho tava chorando e não sabia o que fazer [...]].

Eu mostro uma atividade, aquilo ali eu já falo, olha fulano tá assim, assim, se ele tem alguma dificuldade eu já explico eu falo assim: Olha ele invés de, ele não está recebendo meus comandos, eu mando pintar aqui, e ele tá pintando aqui, eu mando fazer isso, ele tá fazendo isso, né, na hora da brincadeira eu mando ir pra cá, ele vai pra lá. Aí o pai já fica assim, nossa isso é verdade, será que tem alguma coisa. Aí eu já, né, se é uma criança que eu vejo que precisa, né, de ir na fono, de ir pra alguma coisa, eu já, já coloco o pai já, pra ele ficar meio, tipo assim, né, já pensativo, né [...] (P01).

[...] a gente não é formada, mas nós temos noções de que algo está errado e que algo tem que ser feito, e a gente não sabe determinar, a gente éee... não tem capacidade de saber o que é, mas sabemos que tem algo diferente acontecendo, e nem sempre a gente encontra pais que querem, que aceitam, mas, na maioria das vezes, hoje em dia, a gente percebe que tá mais aceitável essa situação (P04).

Consideramos que boa parte das orientações que são repassadas às famílias pelos profissionais das escolas estão relacionadas ao aumento do número de novos distúrbios, incluídos no DSM-V, principalmente, voltados para a infância, que se encaixam nas diversas situações adversas que envolvem o comportamento e o

aprendizado dos alunos. Assim, a ampla divulgação desses novos distúrbios na mídia, nos consultórios médicos e seus novos medicamentos que prometem controlar tudo, servem de base para os profissionais recomendarem tratamentos às famílias.

A avaliação dos alunos, por parte da escola e sua orientação junto aos familiares, busca por ajuda profissional, em especial, da médica psiquiátrica e/ou neurológica, e encontra amparo em obras como ' Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento', de C. Keith Conners (2009), da editora Artmed, que consta nas referências deste trabalho. A autora destaca a importância do papel da escola na identificação de transtornos entre os alunos, neste caso em especial o TDAH. Ela apresenta em sua obra ferramentas e técnicas que podem ser utilizadas pelas escolas para avaliar os aspectos do TDAH em relação ao desenvolvimento escolar dos possíveis pacientes, levando à construção, por parte das escolas, de minuciosos relatórios que são encaminhados para as famílias para que apresentem nas consultas médicas dos seus filhos, como já relatado anteriormente.

5.2.2 A Urgência em ensinar e aprender

Nas falas, destaca-se a preocupação das profissionais entrevistadas no processo de ensino aprendizagem, de certa forma focada na alfabetização, o que poderia estar contribuindo com o pensamento de que os alunos, que não aprendem da forma esperada pela equipe escolar, têm algum problema de cunho psicológico. Para Oliveira (2011, p.185), é preciso um novo olhar sobre a Educação Infantil

Para tanto, é necessário repensar o modelo de escolarização vivido, especialmente, em muitas pré-escolas: rituais, formaturas, suspensões, lições de casa. Isso remete à crítica de uma metodologia de trabalho com os pequenos centrada no professor, *como propostas de tarefas iguais para todos a serem realizadas em um mesmo ritmo*, especialmente com trabalhos à mesa (grifos nossos).

É recorrente, na fala das profissionais, essa preocupação de que as tarefas devem ser realizadas de forma ritmada por todas as crianças, levando-as a buscar respostas em especialistas, principalmente da área médica, para essas aparentes dificuldades, como podemos corroborar com as entrevistas realizadas.

[...] o modo de aprendizagem delas oscila muito, principalmente nesse ano que estamos vivendo na prática o conhecimento que eles estão adquirindo, que a gente sabe que eles estão adquirindo muito conhecimento, mas aquelas crianças que, às vezes, apresentam um certo tipo de dificuldade, nós não estamos conseguindo lidar com essas dificuldades e ajudar pra que essas dificuldades sejam superadas, a gente observa isso até nas atividades que eles nos dão uma devolutiva, não são todas as crianças que conseguem fazer o que é pedido nas atividades. Que a gente já sabe que aquela criança, por ser criança da escola de anos anteriores, que ela não compreendeu o que foi solicitado pelo professor (SE).

[...] não é tão normal uma criança não ter esse desenvolvimento de tipo você perguntar a ele o nome da mãe, da professora, o nome do pai, a criança não saber. Então, uma criança de cinco anos, ele precisa ter um desenvolvimento melhor, a gente percebe quando a gente precisa de ajuda na escola (SE).

[...] mas o currículo tá excelente, eu tiro o chapéu mesmo, foi bem estruturado, aqueles campos de experiência, ficou muito bem elaborado, eu acho que vai atingir a todos os requisitos que a criança precisa sair da Educação Infantil e entrar no Ensino Fundamental, e que ela não chegue lá e fale assim, nossa, tô perdida, ela não vai estar perdida, que ela recebeu uma base muito boa na Educação Infantil, e vai chegar lá preparada para se relacionar bem com o outro, pra respeitar o outro, pra ter um comportamento adequado, durante a aula. Entendeu? Pode ouvir as instruções da professora e realmente ser alfabetizado (P02).

[...] em relação ao apoio, principalmente na parte dessas crianças especiais, né, que não conseguem acompanhar a turma ou por ter algum tipo, né, de distúrbio ou é hiperativo, tem que ter ajuda, né, de profissionais e que nem sempre a gente tem esse apoio, e nem sempre os pais têm condições de correr atrás, de pagar um neuropediatra, que geralmente é muito caro, psicólogo, o fonoaudiólogo, né (P04).

Assim, percebe-se nos discursos uma preocupação que se fundamenta na busca por uma turma perfeita, homogênea, que chegue ao ensino fundamental com as condições que se acreditam ideais para uma continuidade de excelência do processo educativo. Não podemos deixar de destacar que essas metas almejadas também são reflexos dos desejos da administração pública, em suas avaliações internas e externas, e da própria família que deposita em suas crianças uma expectativa que, muitas vezes, vai além das respostas que elas podem dar.

Dessa maneira, corremos o risco de que aconteça o que Postman (1999, p. 167) já nos alertava em seu livro: O Desaparecimento da Infância. “ Não é concebível que nossa cultura esqueça que precisa de crianças. Mas está a caminho de esquecer que as crianças precisam de infância. Aqueles que insistem em lembrar prestam um nobre serviço”.

A preocupação com o ensino aprendizagem do aluno é constante na fala da supervisora, no que diz respeito ao período da pandemia que estamos vivendo em que as crianças estão tendo aulas remotas. Ela faz um diagnóstico da situação e coloca sua preocupação em relação àqueles que não estão conseguindo avançar nas atividades propostas.

“[...]o modo de aprendizagem delas oscila muito, principalmente, nesse ano que estamos vivendo na prática o conhecimento que eles estão adquirindo, que a gente sabe que eles estão adquirindo muito conhecimento, mas aquelas crianças que, às vezes, apresentam um certo tipo de dificuldade, nós não estamos conseguindo lidar com essas dificuldades e ajudar pra que essas dificuldades sejam superadas, a gente observa isso até nas atividades que eles nos dão uma devolutiva, não são todas as crianças que conseguem fazer o que é pedido nas atividades. Que a gente já sabe que aquela criança, por ser criança da escola de anos anteriores, que ela não compreendeu o que foi solicitado pelo professor.

5.2.3 Medicalização como resposta às angústias da escola e dos pais

Ficou claro, para nós, a confiança de que a medicação é uma solução viável para resolução dos problemas apontados no comportamento das crianças. As falas da professora 03 são bem expressivas, neste contexto: – “[...] já tivemos vários casos diagnosticados, alunos, assim, na, em toda a Educação Infantil. O bom disso, é que se diagnostica cedo, você vê o resultado cedo, porque há recursos pra medicamento”; “A mãe pediu pra mim no dia. Levei o que eu achava, percebi nele, chegou lá, fez um mapeamento, né, fizemos o mapeamento, e, até hoje, ele tá no Ubaldina já estudando, ele toma medicamento, sim”.

Medicação, eram duas medicações, o médico neuro passou, é, ela insistia em dá um só o outro não, e a gente insistindo, mas não teve jeito até que ela conseguiu mudar de neuro é aí ela entendeu, não sei pela mudança do neuropediatra, entendeu a importância e começou a medicar a criança, mas é complicado essa questão (P04).

Relatos também nos mostram que, mesmo com o uso da medicação, os problemas continuam. A Professora 04 fez a seguinte observação, “em 2017, eu tive um aluno hiperativo, e ele não tava rendendo, passou-se dois meses e nada, e aí o quê que eu chamei a mãe e falei ‘ olha, mas ele já tomava medicação”. No entanto, a crença na medicação é muito forte, entre os profissionais, como aponta outro relato da mesma professora, “Com aquilo ali o médico viu que realmente não tava conseguindo ter

atenção que ele precisava, Então, ele mudou a medicação. Se eu te falar, assim, que de um mês e pouco, o menino já tava diferente”.

Percebe-se, nos relatos, que a credibilidade e crença na medicalização é muito forte por parte dos profissionais da educação, provando que o investimento da indústria farmacêutica em divulgação e propagação dessa eficácia dos medicamentos contra os distúrbios mentais, tem se tornado cada vez maior. Entretanto, não queremos aqui afirmar que os medicamentos não são necessários, mas questionamos o seu uso abusivo, já que a maioria pode causar dependência química em seus usuários.

Collares, Moysés e Ribeiro (2013, p. 18) apresentam uma visão muito clara sobre o papel que a medicalização tem assumido na sociedade atual.

A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos, desconfortos, conflitos, sofrimentos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando as vítimas em *portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem* (grifos das autoras).

Diante dessa realidade nefasta, nos perguntamos: Vamos ficar de braços cruzados, sem fazer nada? Poderíamos responder simplesmente que não, mas com certeza precisamos dar uma resposta as nossas crianças, antes que seja tarde demais.

5.2.4 A falta de uma Equipe Multiprofissional

Ficou claro, nas entrevistas, que a falta de uma equipe multiprofissional para contribuir na avaliação dos alunos que, supostamente, têm algum distúrbio, contribui para tomada de decisões que podem ser, no mínimo, equivocadas. Já que são dadas orientações sugerindo diagnósticos e escrevendo relatórios que poderão estar condenando crianças a se tornarem dependentes químicos de medicamentos que não lhes deveriam ser recomendados.

Mesmo o município tendo um Sistema Municipal de Educação próprio, com amparo legal para definir a política educacional da Rede Pública Municipal de Educação, e tendo sido aprovado, no ano de 2012 (dois mil e doze), através de Diretrizes Municipais da Educação Especial, por uma resolução do Conselho Municipal de

Educação, trazendo, entre outras obrigações para o poder público a responsabilidade da contratação de profissionais para formar uma equipe multiprofissional. Esta equipe atuou, por algum tempo, com três profissionais de nível superior (psicólogo, fonoaudiólogo e psicopedagogo), além de uma coordenadora municipal, as professoras de sala de recursos e outros profissionais de apoio. A equipe hoje se resume em apenas um profissional de psicologia, que não tem condições de atender satisfatoriamente as 10 (dez) unidades escolares municipais e os quase 2000 (dois mil) alunos matriculados, além dos professores da base nacional comum, bem como os professores das salas de recursos. Assim, não é surpresa que essa questão tenha sido recorrente na fala das profissionais entrevistadas como podemos confirmar nas falas transcritas neste trabalho.

Ao mesmo tempo, elas relatam a necessidade e falta de outros especialistas que deem suporte as suas angústias e dúvidas e que a ausência de uma equipe multiprofissional faz uma grande diferença nas atitudes tomadas por elas, em relação a essas crianças que apresentam problemas de aprendizagem e comportamento. Quase todas relatam essa necessidade em suas falas. [...] eu acho tem que ter uma equipe de multiprofissionais, no município, pra atender as famílias, tem que ter alguém na Educação Especial, eu sempre questionei isso, de tá só com a Educação Especial (P01).

[...] com essa equipe de multiprofissionais atuando no município, em todas as escolas, com certeza, a família vai ver, assim, não realmente, isso precisa melhorar eu preciso buscar outras ajudas, que assim meu filho vai se desenvolver melhor na escola [...] (P03).

A professora quatro traz um pensamento que tem se tornado comum nas escolas “[...] mas o que eu penso é que as escolas tinham que ter pessoas, já com esse crescimento que a gente vê, aí desses problemas, eu penso que a escola tinha que ter uma equipe, já tivemos equipe multidisciplinar nas escolas, né”. É cada vez mais forte a ideia de que precisamos de mais profissionais nas escolas para atenderem essas crianças com laudos médicos, alimentando a crença de que é o melhor caminho para esses desafios que estão cada vez maiores.

No entanto, para que o aluno receba o Atendimento Educacional Especializado, seja nas salas de recursos, seja com profissionais de apoio, é preciso avaliação dos laudos emitidos pelos profissionais da saúde, em especial psiquiatras e neurologistas. E acreditamos que isso também têm contribuído para o aumento do número de crianças com laudos de transtornos mentais, que recomendam uma atenção individualizada a essas crianças.

A presença de estagiários ou cuidadores, nas salas de aula com as crianças que apresentam laudos médicos, tem trazido uma tranquilidade aos professores que entendem que esse suporte traz possibilidades de desenvolverem suas atividades sem uma constante preocupação com aquele aluno com laudo, como nos relata a Professora 04.

[...] E tem outro papel importante que eu quero destacar aqui, que é a presença, hoje em dia, que nós temos do estagiário ou do cuidador na sala de aula, isso eu tive uns quatro anos, quatro cuidadores excelentes, que me deram, assim, um suporte bem bacana, que eu pude desenvolver meu trabalho e eu posso dizer que, eu não posso falar que foi um trabalho de excelência, não posso dizer isso, mas eu posso dizer que eu tive bons resultados, graças a Deus.

5.2.5 O discurso da escola sobre a criança: Comportamentos Associados

Durante as falas das professoras, percebemos que relataram comportamentos tipicamente classificados nos DSM's como TDAH, dando destaque para a agitação ou déficit de atenção, como podemos confirmar nas falas abaixo.

É, eu tive um outro aluno, que eu fiquei dois anos com ele, é, ele era muito agitado, mas muito mesmo, é assim, minha turma era um pouco agitada, mas ele era demais, por quê? Ele não parava quieto, na hora da história, geralmente se a criança, a criança não para quieta, mesmo que ela seja agitada, mas na hora da história ela vai parar, ela vai prestar atenção [...] (P01).

Aquela criança que eu vejo, que não interage, nem comigo, nem com os colegas, ou, então, éee... não fala direito, né, não tá falando, que eu tive criança assim, que nem falar, falava, de três, quatro anos, que não falava nada, né, só ficava gesticulando, fazendo gestos, que queria aquilo, então é onde você colocava ela, ela ficava, tipo ela não reclama de nada, nem que estava ruim, nem que estava bom, tipo não tinha reação nenhuma, então, aí, você já vê que tem algo de errado na criança (P01).

[...] desde o primeiro ano que eu estou na Educação Infantil, eu tenho tido essas anormalidades, vamos dizer assim, especialidades diferentes, com crianças bem diferentes, uma bem calada e outra bem agitada, que dá muito trabalho, corre na sala [...] (P02).

Assim, observamos na fala a mesma preocupação das professoras, que participaram da pesquisa, que é a busca por um comportamento mais uniforme possível, em que todos os alunos e alunas de determinada idade devem dominar certas habilidades sociais e comportamentais, visando o aprendizado esperado e um atraso nessa expectativa da escola pode ser tornar um distúrbio de aprendizagem a ser investigado, medicalizado e porque não dizer eliminado.

Dentre os aspectos relevantes observados pela supervisora e demais membros do corpo docente, está o fato daquelas crianças com características supostamente atípicas para aquela idade ou situação. São comuns as seguintes orientações a respeito das crianças “Diante do caso das crianças que são tão quietinhas, a gente conversa com o professor, planeja junto com o professor e orienta o tempo todo o professor a inserir essa criança no meio das atividades [...]” (SE).

Ao mesmo tempo, há uma preocupação com situações do tipo: “Geralmente a criança não quer fazer nada, não demonstra interesse, e um dos fatores que a gente fica, assim, um pouco preocupada, geralmente essa criança bate demais nos colegas” (SE).

Destaca-se também a fala sobre a dificuldade no relacionamento com as famílias dessas crianças, levantando-se um questionamento sobre o ambiente familiar delas: “Que quando a gente percebe que, às vezes, éee que a criança é um pouco agitada, certamente, ou assim na maioria das vezes, tá acontecendo alguma coisa anormal em casa [...]” (SE). Baseada em suas experiências pedagógicas, construídas ao longo de vários anos, a supervisora faz seguinte fala:

Às vezes, acontece muita coisa que foge da normalidade em casa e a criança, na escola, fica um pouco agitada, porque criança de dois a quatro anos não fica assim tão agitada, de bater, não é essa agitação, inquieta, ela fica um pouco inquieta, desatenta, então, a gente busca muito a família”.

Vamos percebendo também nas falas da supervisora uma busca por alternativas mais centradas na escola e na criança. Em relação ao cuidado, ela aponta que o caminho é ir “(...) dialogando, conversando, incentivando, orientando e não desistindo daquela criança. Ela precisa também avançar. É o nosso papel, então, é esse de tá buscando, tentando não deixar aquela criança pra trás”. E faz a seguinte recomendação: “Agora, as crianças que são pouco mais agitadas, aí a gente precisa que o professor seja bem paciente com a criança, que dialogue, que converse, que tranquilize, que acompanhe” (SE).

A identificação de atitudes que são consideradas características de possíveis patologias mentais, induz toda a equipe pedagógica a acreditar que essas crianças são portadoras de algum transtorno mental. Isso tem contribuído na construção do discurso patologizante na escola. Essas suspeitas são alimentadas por atitudes das crianças, que podem estar relacionadas a esses possíveis transtornos.

Nós tivemos casos de alunos que mordiam professor, que agrediam professor e não aceitavam limites. Então, a gente vê assim, que é um comportamento que não é só na escola, esse comportamento já veem de outros lugares também, né. Não é a não aceitação da escola (DE).

A diretora apresenta uma grande preocupação em relação às crianças, que as professoras identificam com possíveis problemas, sejam eles quais forem, dando destaque para os sintomas que possivelmente seriam de problemas mentais, trazendo para a escola uma busca incessante pela ajuda a essas crianças, como no relato que segue

Nós, aqui na pré-escola, a gente, assim, não encontra muito problema de indisciplina, a gente, quando a gente tem problema, é porque a criança realmente tá passando ou por uma situação é.... complicada em casa ou vê as situações que acontecem em casa e traz pra escola, reproduzindo [...].

5.2.6 O Discurso da escola sobre a família

A preocupação com as crianças é uma constante na fala das entrevistadas, parecendo quase um desabafo de alguém que já nem sabe mais como lutar, atingir os objetivos que são inerentes a sua profissão e acabam se sentindo abandonadas pelas famílias

das crianças que, segundo elas, são as que mais precisam de cuidados em todos os aspectos. Como no relato desafiador da Diretora

É, às vezes, o problema tá mais na família em si, né, a terapia teria que ser feita na família toda, do que só na criança, né, só com a criança mesmo. Tem casos que têm patologias, têm. Mas têm outros que não que a gente vê que é falta de limite mesmo, que precisa mesmo de rotina, os pais parecem que perderam, né, ou os pais, então, são muito jovens, não estão sabendo lidar com essas situações hoje, porque, na minha época, a gente era mãe mais tarde um pouquinho, né. É hoje as coisas estão acontecendo muito cedo, e quanto mais cedo um, um.... jovem tem um filho, mais cedo a gente sabe que aquela criança, é, muitas vezes, não tem os pais não têm maturidade pra criar de uma maneira adequada. Então, geralmente, os filhos de jovens, são os mais problemáticos, né, que a gente não sabe como que foi a gravidez, como passou esse período de gestação, que foi, se usado, né, se teve uso de drogas, de álcool na gravidez. Então, tudo isso pode influenciar esse comportamento lá na frente, né. A falta de amor até pelo feto, né.

Outro fator marcante nas falas sobre a participação dos pais e familiares se dá no contexto de dois tipos de atitude, daqueles pais que se preocupam com as observações que a escola faz sobre seus filhos e aqueles que preferem apenas ignorar a situação. É o que nos aponta a Supervisora Escolar em uma de suas falas

Mas eu vejo casos que a gente conversa, orienta, que o pai se preocupa e busca também nos ajudar na escola mesmo, ou se for o caso procurar um especialista ou até uma fonoaudióloga mesmo, ele vai atrás, entendeu, viu. Têm esses dois tipos de comportamento dos pais. Só que no primeiro, como eu disse, que alguns pais ignoram, assim, é uma situação mais difícil, quando eu peço tem que levar num especialista, mas na verdade, eu não indico não, leva no médico pra ver, né. É o médico que dá o encaminhamento, né.

A professora quatro destaca que as conversas com as famílias são mais fáceis quando são feitas com pais que têm uma maior escolaridade e que a experiência profissional também conta nesse contexto: “Que a gente vai adquirindo certas experiências”. Em outro momento da entrevista, ela afirma que: “então, hoje, já tá muito bem, tá mais aceito, tá bem mais aceito, mas dependendo do grau de entendimento, de escolaridade do pai e da mãe”. Também expressa a dificuldade que encontrava em um outro Centro Municipal de Educação Infantil em que trabalhou durante anos, que se localiza em uma área de maior vulnerabilidade social, no município de Boa Esperança.

E, agora, por exemplo, que eu trabalho na escola Centro de Convivência, eu trabalhei muito, no, na Vila, né, no Polegar. Então, lá, os pais já eram menos estudados, já têm menos conhecimento de certas coisas, né. Então, você vê

que dá localidade que se encontra no município, na escola, é mais fácil lidar com certas situações (P 04).

Já, a Supervisora fala com entusiasmo sobre o trabalho com as crianças, com dificuldades de aprendizagem e/ ou comportamento, e como esse também influencia a família.

[...] uma coisa que acho também muito importante quando a gente observa esse tal comportamento, de tal dificuldade de aprendizagem, e que a gente começa também, parece que ao educar a criança parece que a gente começa também a orientar o pai e a mãe no que pode fazer em casa.

Um ponto importante a se destacar, na fala da supervisora, é sobre o processo de acompanhamento do aluno junto à família. Ela aponta que o trabalho em conjunto colabora para a solução de problemas de comportamento na escola.

[...] E também a gente conversa muito com o familiar pra saber por que que a criança é daquela forma, se é preciso buscar um psicólogo para ele também nos orientar, enquanto escola entendeu? E, às vezes, o que surte muito efeito é a conversa com o familiar. Que quando a gente percebe que, às vezes, éee, que a criança é um pouco agitada, certamente ou, assim, na maioria das vezes, tá acontecendo alguma coisa anormal em casa. Você tá entendendo?

E recorrente, nas falas das entrevistadas, a descrença por parte das famílias sobre os problemas relatados pela escola em relação aos filhos, como se não quisessem enxergar ou acreditar naquilo que a escola relata. Como nos afirma a Diretora Escolar: “Eles acham que os filhos são sempre os certos, os corretos, mesmo que eles já tão acostumados com o comportamento, talvez pior do que aqui na escola, é em casa. Mas diante de nós, eles colocam os filhos sempre como “santos” né, no pedestal”. Então, há uma busca de intervenção com a criança, antes da busca pela família: “A gente, assim, primeiro como eu falei, a gente faz bastante conversas com os alunos até chegar à família, porque a gente sabe que família é difícil de aceitar que o, o filho faça as coisas, né, longe deles” (DE).

5.2.7 A Disciplinarização da infância na escola

Outro aspecto importante, para nossa pesquisa, levantado nas entrevistas, em especial pela professora três, refere-se à disciplinarização na infância, em especial no contexto da Educação Infantil, sendo esta uma das justificativas mais fortes para a medicalização da infância.

Então, tem o momento do lazer, na escola tem uma casinha, uma vez por semana, a gente leva eles, cada turma nessa casinha, que lá eles brincam de boneca, as meninas, os meninos brincam de carrinhos, tem merenda, tem a hora do recreio, temos toda uma rotina que é trabalhada todos os dias com eles.

Aí, eu sentei, muita conversa, às vezes, no cantinho da disciplina tá, para ele pensar, refletir sabe, por quê? Porque nos víamos aqui, se ele não aprender o limite ali na escola, e na Educação Infantil. Quando ele chegar no Fundamental, ele não vai conseguir assimilar nada não, nem os conteúdos.

Com dois meses, eu consegui colocar ele na rotina, ele já sabia a hora de tudo, do que podia e não podia. Mas esse aí tinha até laudo, com medicamento e tudo. Mas nós já tivemos outros que não eram nada agitados mesmo, era falta de limite mesmo.

As demais entrevistadas relataram situações de indisciplina, mas não de forma direta como a professora 03. Percebe-se, no entanto, que a busca por um comportamento compatível com aquele que se julga normal, tem tornado todos os profissionais convencidos da necessidade da intervenção médica entre as crianças cada vez menores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto fundamental desta pesquisa sempre foi compreender como o discurso sobre os comportamentos infantis estavam se transformando em transtornos, em especial no contexto escolar.

Inicialmente, acreditamos que o discurso da escola poderia estar levando a um aumento do número de crianças com laudos psiquiátricos e neurológicos, que estariam condenando-as à utilização de medicamentos, que não apenas controlariam suas emoções, mas trariam consequências irreversíveis ao seu ser.

Estávamos assumindo o discurso generalizado da culpabilização das famílias, dos profissionais da educação e da própria comunidade como um todo. Quando, na verdade, os verdadeiros culpados estão inscritos em um sistema que visa, antes de tudo e acima de todos, o lucro, não importando quais vidas precisam ser destruídas, que profissionais se enxerguem como incapazes, que famílias acreditem que a resposta não está dentro delas, mas na fórmula mágica em forma de “comprimido”.

Considerávamos que o discurso escolar estava afetando diretamente essas crianças através dos rótulos que lhes eram dados. No entanto, não enxergávamos que a questão envolvia algo muito maior. Se os profissionais têm tanta fé nos tratamentos medicamentosos, em algum momento, foram convencidos de que esse era o melhor caminho.

Em nossos estudos, pudemos entender que a indústria farmacêutica é parte da medicina psiquiátrica, que, diga-se de passagem, é financiada por essa mesma indústria, que nos fez acreditar em uma solução mágica para nossas angústias, frustrações e, porque não dizer, desespero.

As profissionais entrevistadas tornaram-se tanto vítimas de um sistema nefasto, como as próprias crianças atingidas por esse mal, que hoje assola o mundo inteiro. Verifica-se, com essa análise, que é cada vez maior o número de crianças e adolescentes medicalizadas, rotuladas, drogadas, para sermos mais exatos em nossas conclusões.

Não queremos, contudo, afirmar e nem temos conhecimento e habilitação para concluir que, em alguns casos, não é necessária a intervenção medicamentosa e de outras terapias. No entanto, ao longo do nosso estudo, percebemos que esse, infelizmente, acabou se tornando o caminho mais fácil e lucrativo para governos, instituições e para a própria indústria farmacêutica, no que diz respeito a garantir a homogeneização da sociedade.

A não tolerância à diferença nos tornou seres ávidos pela homogeneização em todos os aspectos, aquele que não se enquadra precisa ser controlado para que chegue à perfeição esperada. No contexto educacional, abordado em nossa pesquisa, nos deparamos com a cobrança por uma educação uniforme, que sonha com alunos perfeitos, com comportamento e aprendizado padronizado, homogêneo. Afinal, essa é a expectativa depositada sobre a educação, que ela seja capaz de torna-nos seres iguais, preparados para uma sociedade que busca a perfeição, segundo um ponto de vista homogeneizador.

Os autores apresentados neste trabalho nos alertam para os perigos que essa visão de que os tratamentos utilizados podem trazer a felicidade, uma vida mais agradável do ponto de vista da sociedade atual. Não estamos levando em consideração os aspectos negativos, os efeitos colaterais.

Compreendemos, enfim, que a formação consciente dos nossos profissionais da educação, das famílias e da sociedade como um todo, a respeito de todas as faces, é extremamente necessária. Não é possível que continuemos assistindo o aumento do número de crianças laudadas, medicalizadas, controladas e condenadas, por uma visão econômica da vida.

É preciso assumir uma posição frente a essa guerra de interesses, antes que seja tarde demais para nossas crianças. E nós, que postura vamos assumir?

Uma última questão perpassa nossos pensamentos. Atingimos os objetivos propostos neste trabalho? Atrevemo-nos a dizer que sim, o maior objetivo era entender se, de alguma forma, o discurso da escola influenciava o aumento do número de casos de

crianças com laudos diagnosticadas como portadoras de distúrbios mentais na Educação Infantil, do Município de Boa Esperança -ES. Mas, por fim, entendemos que a engrenagem por trás desse aumento é muito maior e mais sofisticada do que acreditávamos, pudemos entender que não se trata do discurso da escola por si só, mas quais influências esses discursos estão sofrendo por parte daqueles a quem esses discursos mais interessam.

Concluimos, então, que o trabalho apenas começou, ainda é necessário que todos os envolvidos, em especial profissionais da educação e as famílias, entendam que há por trás disso tudo um jogo perverso de interesses econômicos escusos.

Para atingirmos esse objetivo, propomos que a temática aqui desenvolvida e apresentada se molde em um projeto de formação continuada dos profissionais da educação, envolvendo toda a comunidade escolar, com a colaboração da universidade como fonte de produção de conhecimento e como suporte técnico e pedagógico, cumprindo, assim, um dos seus objetivos institucionais de promover a formação continuada na comunidade, através dos seus programas de extensão universitária.

REFERÊNCIAS

- ABDA. Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **O que é TDAH?** 2020. Disponível em: <<https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>> Acesso em: 09 maio 2020.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman – 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- BARKLEY, Russell A. (org.); ANASTOPOULOS, Arthur D.... [et. Al.]; Tradução Ronaldo Cataldo Costa. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Manual para Diagnóstico e Tratamento** – 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BLECH, Jörg. Tristeza sem vergonha. **Spiegel On line**, Hamburgo, 6 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-83865282.html>> Acesso em: 30 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/boa-esperanca/panorama>. Acesso em: 13 fev. 2018.
- BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Escola Infantil: Pra que te Quero? In: CRAIDY, C. M.; KAERCHER, G.E. (orgs.). **Educação Infantil Pra que te quero?** – Porto Alegre: Artmed, 2001.
- CALIMAN, Luciana Vieira. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção / hiperatividade TDAH**.Psicol. cienc. prof. [conectados]. 2010, vol. 30, n.1, pp.46-61. ISSN 1414-9893. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Afonso. Controle e Medicalização da Infância: **Desidades Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**. n. 1. ano 1, p. 19, dez. 2013. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://revisas.ufrj.br/indez.php/desidades/rt/captureCite/2456/0>>.
- COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria A. A.; RIBEIRO, Mônica C. F. (Orgs.). **Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos**. – 1ª ed. – Campinas, SP: Mercado das Letras, 2013.
- CRAIDY, Carmem Maria; A Educação Infantil e as Novas Definições da Legislação In: CRAIDY, C.M.; KAERCHER, G.E. (orgs.). **Educação Infantil: pra que te quero?** – Porto Alegre: Artmed, 2001.
- DE CARLI, F.G.; FILHO, F.C.S; CEZAR, L. O. Medicalização, patologização, medicamentação na infância: como chegamos a isso? In: CATÃO, Inês (Org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça**. – Salvador: Ágalma, 2020.
- DISITZER, Silvia. Remédio não trata pensamentos: apontamentos. In: CATÃO, Inês (Org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça**. – Salvador: Ágalma, 2020.

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle**: Tradução Heitor M. Corrêa. – 1ª ed. – Rio de Janeiro; Versal, 2016.

Fernandes, Francisco; Luft, Celso P.; Guimarães, F.M. Diagnóstico. In: **Dicionário Brasileiro Globo**. 30ª ed. – São Paulo: Globo, 1993.

GIL, Antônio C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. - São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. 6ª ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

INEP. **Censo Escolar, 2018**. Brasília: MEC, 2019.

KRAMER, Sonia. **A política da pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2001.

KUHLMANN Jr. O Jardim-de-Infância e a Educação das Crianças Pobres; Final do século XIX, início do século XX. In: Monarcha, Carlos. (org.). **Educação da Infância Brasileira 1875-1983**. – Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

LACET, Cristine; ROSA, Mirian Debieux. **Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos**. Psicologia Revista. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 231-253, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27565/24036>> Acesso em: 13 ago. 2018.

LEITE FILHO, Aristeo Gonçalves. **História da Educação Infantil – Heloisa Marinha: uma tradição esquecida**. – Petrópolis, RJ: De Petrus, 2011.

LEGNANI, Viviane Neves; ALMEIDA, Sandra F. C. de. **A Construção Diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Uma Discussão Crítica**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 60, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v60n1/v60n1a02.pdf>> Acesso em: 17 ago. 2020.

LIMA, Rossano Cabral. Infância e adolescência em tempos de DSM-5 e CID 11: trajetórias da classificação e perspectivas de investigação crítica. In: CATÃO, Inês (Org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça**. – Salvador: Ágalma, 2020.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Breve História do Conceito. In: _____. **TDAH Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ao longo da vida**. – São Paulo: Artmed, 2010. Cap.01, p.13 -21. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=3FfFcnUJWhQC&pg=PA14&dq=inquieta%C3%A7%C3%A3o+mental+de+Alexander+Crichton&hl=ptBR&sa=X&ved=2ahUKEwje4cekms3rAhXCGrkGHddVBUEQ6AEwAHoECAAQAg#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MALHEIROS, Bruno Taranto. **Metodologia da Pesquisa em Educação**. – 2ª Edição, Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MILHORANCE, Flávia. **A perigosa indústria das doenças mentais**. O Globo (online), Rio de Janeiro, 17 out. 2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/a-perigosa-industria-das-doencas-mentais-14276925>>. Acesso em: 08 ago. 2020.

MOYSÉS, Maria A. A.; COLLARES, Cecília A. L. Medicalização: O Obscurantismo Reinventado. In: COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria A. A.; RIBEIRO, Mônica C. F. (Orgs.). **Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos**. – 1ª ed. – Campinas, SP: Mercado das Letras, 2013.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. – 13ª Edição, Pontes Editores, Campinas – SP. 2020.

POSTMAN, Neil. **O Desaparecimento da Infância**. Tradução de Suzana Menescal de A. Carvalho e José Laurenio de Melo. – Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

RANÑA, Wagner. Medicalização na infância e o tempo de desmedicalizar. In: CATÃO, Inês (Org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça**. – Salvador: Ágalma, 2020.

SIGNOR, Rita; SANTANA, Ana Paula. **TDAH e medicalização: implicações neolinguísticas e educacionais do Déficit de Atenção/Hiperatividade**. – São Paulo: Plexus, 2016.

SILVA, Marianna da Gama e. **TDAH: contribuições da psicanálise**. – São Paulo: Escuta, 2016.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.