

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SUZENNY NASCIMENTO DUTRA

**O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como sistema de
classificação e estigmatização em instituições escolares de São Luís – MA**

São Luís
2022

SUZENNY NASCIMENTO DUTRA

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como sistema de classificação e estigmatização em instituições escolares de São Luís – MA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão para obtenção de título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Lopes de Carvalho Filho.

São Luís
2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Nascimento Dutra, Suzenny.

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDAH como sistema de classificação e estigmatização em
instituições escolares de São Luís MA / Suzenny
Nascimento Dutra. - 2022.

124 f.

Orientador(a): Juarez Lopes de Carvalho Filho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Ciências Sociais/cch, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2022.

1. Desvio. 2. Estigma. 3. Instituições escolares. 4.
Instituições Totais. 5. TDAH. I. Lopes de Carvalho
Filho, Juarez. II. Título.

SUZENNY NASCIMENTO DUTRA

**O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como sistema de
classificação e estigmatização em instituições escolares de São Luís – MA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais da Universidade Federal do Maranhão
para obtenção de título de Mestre em Ciências
Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Lopes de Carvalho
Filho.

Aprovado em: ___/ ___/ ___

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr. Juarez Lopes de Carvalho Filho – UFMA
Presidente

Doutor em Sciences Sociales et Économiques – Institut Catholique de Paris-França

Prof^o Dr. José Benevides Queiroz – UFMA
Membro Interno ao PPGCSoc - UFMA
Doutor em Ciências Sociais pela UNICAMP - SP

Prof^o Dr. Jesus Marmanillo Pereira – UFMA
Membro Externo ao PPGCSoc - UFMA
Doutor em Sociologia pela UFPB

Aos meus pais, Elisangela Nascimento e José Ribamar Dutra, à minha irmã Suhenny e ao meu padrinho Jone Rodrigues.

AGRADECIMENTOS

Este espaço não será suficiente para descrever todos os sentimentos que me tomam neste exato momento e nem será capaz de expressar em palavras meu agradecimento às pessoas que fizeram parte do processo da construção deste trabalho.

Agradeço, em primeiro lugar, à Deus, por ter me dado força, paciência e por não ter me deixado desanimar durante a realização desta pesquisa. Por ter me permitido superar algumas dificuldades da vida e conseguir chegar até aqui.

À minha família, minha mãe Elisangela Soares Nascimento, meu pai José Ribamar Pereira Dutra, por todo amor, compreensão, dedicação à minha criação e incentivo aos estudos.

À minha irmã, Suhenny que, sem dúvida, é parte fundamental da minha base familiar; obrigada por todo amor, carinho, parceria e companheirismo.

Aos meus amados avós, Jonathan, Maria, Carmelita e Godofredo. Em especial, ao meu avô Jonathan que sempre foi incentivador dos meus sonhos e dono da pergunta “vai pra escola ou vai dar aula?”

Ao meu padrinho, Jone Rodrigues, meu pai do coração, por todo apoio, atenção, conversas, paciência e todo incentivo à minha caminhada acadêmica. À tia Belinha, minha tia e avó do coração e à tia Geanne, por todo amor, carinho, preocupação e incentivo.

Aos meus tios maternos, Japonês, Margareth, Ulisses, Vilma, Ubiratan, Marilva e Júnior, por todo carinho e por fazerem parte da minha trajetória de vida.

Aos meus tios paternos, André e Gorete, por serem sinônimo de amor e acolhimento.

Aos meus primos, Alicia, Dhavy, Dryelle, Hanna, Layna, Lyana, Marcelo, Wesley e aos meus amados afilhados Benício e Hyago, por todo amor e gestos de carinho.

À minha madrinha, Maria Alice, que foi uma das primeiras pessoas a colaborar com minha caminhada de estudante e incentivar nos meus estudos.

Agradeço especialmente, à Gabryelle Figueredo, pela amizade sincera, por me aturar quando eu corria pra ela e dizia “lê aí pra mim e vê se está bom” (risos). Obrigada por ser sinônimo de parceria, por sempre ter uma palavra de incentivo e por torcer pelas minhas conquistas.

À minha melhor amiga, Sâmia Michele, pela amizade, parceria, por toda compreensão, empatia, escuta, pelas conversas, momentos compartilhados e por aturar meus pequenos surtos. AH! Não posso esquecer, obrigada por ceder uma das salas na tua clínica quando eu precisava de silêncio para estudar e escrever. Obrigada por ser alguém que faz a vida ser mais leve, alguém com quem posso contar, que torce e vibra pelas minhas conquistas.

Ao meu melhor amigo, Magno Cruz, ele que me aturou tantas madrugadas, suportou minhas inseguranças, lia meus textos com paciência e sempre voltava com um feedback cheio de incentivo. Obrigada!

Aos meus amigos, Gabriel, Victor Hugo, Maika, Luciana, Jullyana, Aline, Nely, pela amizade, companheirismo, conversas e risadas.

Ao meu orientador, o professor Juarez Lopes, pela paciência, apoio e pelas suas valiosas sugestões, apontamentos feitos durante a realização da pesquisa. Obrigada por ser exemplo de profissional docente, por responder minhas dúvidas, por ser cuidadoso na hora de avaliar e corrigir meu trabalho.

À toda minha turma de mestrado, pelas conversas e reflexões durante esse tempo. Em especial aos que deixaram de ser apenas colegas de mestrado e passaram a ser amigos, Aérica Malheiros e Joallysson Bayma. Com estes, durante a trajetória acadêmica, entre artigos, disciplinas, escrita e pesquisa empírica, dividi dúvidas, medos e angustias, mas também muitas conversas, reflexões e boas risadas.

À Juliana Carvalho, por ser sinônimo de parceria nas reflexões, escritas acadêmicas e por ser amiga além dos muros da universidade.

À Weslhyia Patrícia, pelo carinho, parceria e auxílio. Obrigada pela amizade, cumplicidade e doses de incentivo.

Ao meu amigo Mardson, por ser muito prestativo em qualquer circunstância e sempre que precisei estava disposto a me ajudar.

Aos amigos que fiz nos últimos meses, Walbiene, Neto, Rayssa e Diego, que fizeram a caminhada final da escrita ser mais leve, me proporcionando bons momentos de risada e de pequenos gestos de incentivo, um “vai dar certo aqui” e outro “já deu certo ali”. Meus presentes da Rosa, obrigada pela amizade e parceria.

À Andréa Garcia, por ser exemplo de profissional e pessoa. Uma socióloga super competente e prestativa, que sempre tem uma palavra de incentivo e está sempre disposta a ajudar.

À professora Mércia, por sempre ser solícita e por não medir esforços quando eu precisava de um Help.

À duas pessoas que foram importantes durante essa caminhada, Luciana Barreto e Tamires Araújo, por toda paciência, escuta, auxílio e compreensão e profissionalismo.

À Manu e ao Leandro pelas ajudas e colaborações na construção do meu projeto de mestrado. As dicas desses dois, antes e durante a elaboração pesquisa científica foram valiosas.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que partilham seus conhecimentos durante as aulas, por todas as contribuições com a minha formação e de alguma forma com a minha pesquisa. Especialmente à professora Martina Ahlert e ao professor Igor Grill, pelas aulas incríveis e por me fazerem visualizar minha pesquisa de outras formas.

À todas as instituições que contribuíram para a realização desta pesquisa, em especial à CAPES, pela concessão da bolsa de estudo durante a formação.

Aos professores, José Benevides e Jesus Marmanillo por aceitarem ler, avaliar e contribuir com este trabalho.

Agradeço a todos os entrevistados que aceitaram participar e contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa, muito obrigada!

“É muito comum encaminharmos crianças com comportamento desajustado ou “anormal” para o psicólogo e eles voltarem para casa/escola com um laudo. E, também, é muito comum passarmos a chamar essas crianças pelo nome do transtorno: “Ah, o fulano é TDAH” ou “Aquele é o TOD”! resumindo a existência da criança ao seu transtorno, o que é um fator absurdamente limitador na vida de um indivíduo que é muito maior que o transtorno, um indivíduo repleto de potenciais!”.

Depoimento retirado da iniciativa social “A escola fala”

RESUMO

Este trabalho busca analisar de um ponto de vista histórico social se o processo de classificação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) contribui para que o transtorno seja visto como uma categoria de estigmatização dentro do contexto educacional. Ou seja, buscamos compreender e explicar como o transtorno é reconhecido dentro das instituições escolares e como estas contribuem para o processo de classificação de determinados atores sociais como tendo o transtorno. Esta análise se situa na perspectiva de uma sociologia do desvio e uma sociologia das instituições (totais) e, nesse sentido, são mobilizadas duas categorias analíticas, a saber estigma/desvio do Howard Becker e “instituição total” do Erving Goffman. Como campo empírico escolhemos duas escolas: “Nova Geração”, uma escola que oferta uma educação de modelo integral e técnico, que é da rede pública estadual de ensino e fica localizada no Centro da cidade de São Luís-MA. E a escola “Universo Jovem”, localizada no bairro do Cohatrac, também em São Luís, da rede municipal pública de ensino. Para a construção dos dados empíricos da pesquisa foram mobilizadas, a observação direta, acompanhada de entrevistas semiestruturadas com atores institucionais, responsáveis/famílias e alunos.

PALAVRAS-CHAVE: TDAH. Instituições escolares. Desvio. Estigma. Instituições Totais.

ABSTRACT

This paper seeks to analyze from a social historical point of view whether the process of classification of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) contributes to the disorder being seen as a category of stigmatization within the educational context. That is, we seek to understand and explain how the disorder is recognized within school institutions and how these contribute to the process of classifying certain social actors as having the disorder. This analysis is situated in the perspective of a sociology of deviation and a sociology of institutions (totals) and, in this sense, two analytical categories are mobilized, namely stigma/ deviation of Howard Becker and "total institution" of Erving Goffman. As an empirical field we chose two schools: "New Generation", a school that offers an integral and technical model education, which is the state public school network and is located in the city center of São Luís-MA. And the school "Young Universe", located in the neighborhood of Cohatrac, also in São Luís, the municipal public school system. For the construction of the empirical data of the research were mobilized, direct observation, accompanied by semi-structured interviews with institutional actors, parents/families and students.

KEYWORDS: ADHD. Educational institutions. Deviation. Stigma. Total Institutions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
AEE	Atendimento Educacional Especializado
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CIC	Centro de Iniciação Científica
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DDA	Distúrbio do Déficit de Atenção
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
LCM	Lesão Cerebral Mínima
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAGEA	Secretaria Adjunta de Gestão da Rede do Ensino e da Aprendizagem
SEDUC	Secretaria de Estado da Educação
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SUPMODE	Supervisão de Modalidades e Diversidades Educacionais
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Sumário

INTRODUÇÃO.....	14
Definição do objeto, problema e contextualização da pesquisa.....	14
Campo teórico-epistemológico.....	16
Metodologia.....	29
Plano de trabalho.....	33
CAPÍTULO I	
1. Sociogênese do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): identificação, reconhecimento e nomenclaturas.....	34
1.1 Um panorama histórico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	34
1.2 A psiquiatria e as formas de classificação das “doenças” mentais.....	41
1.3 Perspectivas sociológicas sobre saúde, doença, normalidade e patologia.....	50
1.4 Patologia como marca da “diferença” representada pela ideia de estigma.....	53
CAPÍTULO II	
2. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e as instituições escolares	58
2.1 Institucionalização das crianças: a escola como instrumento de ordem social	58
2.1.1 O sistema educacional brasileiro e o TDAH.....	62
2.2 A instituição escolar brasileira, o TDAH e os aspectos legais.....	65
2.3 A anamnese como símbolo de ação dentro do contexto escolar.....	68
CAPÍTULO III	
3. Instituição escolar como uma instituição total: o processo de classificação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	71
3.1 A estrutura física e o funcionamento da instituição escolar Nova Geração.....	72
3.2 Os aspectos organizacionais e físicos que envolvem a instituição escolar Universo Jovem.....	75
3.3 As instituições escolares Nova Geração e Universo Jovem como instituições totais	77
3.4 As instituições escolares Nova Geração e Universo Jovem: efeitos da classificação diagnóstica do TDAH na produção social de atores estigmatizados.....	83
3.4.1 A escola Nova Geração.....	85
3.4.2 A escola Universo Jovem.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	117

INTRODUÇÃO

Definição do objeto, problema e contextualização da pesquisa

Este trabalho dissertativo é intitulado “O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como sistema de classificação e estigmatização em instituições escolares de São Luís – MA” e se insere no âmbito de um projeto de mestrado aprovado no ano de 2019. O projeto de mestrado encontra sua gênese no trabalho de conclusão de curso da graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), defendido em 2018, com o título “As relações sociais e escolares de alunos com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na educação básica: uma análise do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão - IEMA”¹.

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sua primeira referência histórica em 1845. Contudo, na sociedade brasileira os conhecimentos e estudos sobre o transtorno só começam a ganhar ênfase por volta da década de 1990, refletindo na intensificação das discussões que dizem respeito ao encaminhamento de crianças com comportamentos considerados “anormais” para um psiquiatra, neuropsicólogo ou psicólogo.

Apesar do aumento significativo das discussões e pesquisas sobre esse transtorno e tudo o que ela envolve, notamos que estudos são frequentemente encontrados nas áreas de psicologia, educação, neurologia, farmacologia e até mesmo dentro das ciências sociais, mas com ênfase voltada para o controle do corpo da criança através do tratamento medicamentoso.

Um dos principais objetivos da pesquisa dissertativa foi analisar a partir de uma perspectiva histórico-social se o processo de classificação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) constitui, também, uma categoria estigmatizante dentro do contexto social.

Dito isto, buscamos compreender e explicar como o transtorno é reconhecido dentro das instituições escolares e como estas contribuem para o processo de classificação de determinados atores sociais como tendo o transtorno. Uma questão norteou o desenvolvimento deste trabalho foi: O diagnóstico de TDAH é um elemento de estigmatização e exclusão nas escolas Nova Geração e Universo Jovem?

Para emprendermos essa análise, foi escolhido como campo empírico: a Nova Geração: uma escola que oferta uma educação de modelo integral e técnico. A escola faz parte da rede pública estadual de ensino e fica localizada no Centro da cidade de São Luís - MA. E

¹ O trabalho de conclusão de curso foi apresentado ao Curso de Ciências Sociais da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) no ano de 2018.

a escola Universo Jovem, localizada na região do Cohatrac em São Luís – MA; uma escola de ensino fundamental da rede pública. A escolha da escola “Nova Geração” se deu pelo interesse em compreender a forma de funcionamento de uma escola em tempo integral, e pelo contato feito com a instituição durante a realização do estágio curricular obrigatório durante a graduação, e a “Universo Jovem” foi pela sinalização pela Secretaria Municipal de Educação como instituição com o público alvo desta dissertação. Mantemos as duas instituições como campo empírico pois testamos uma das categorias analíticas que foi utilizada durante esta pesquisa, além de tomá-las como parâmetro de comparação.

Em termos específicos, propôs: analisar os processos históricos e sociais que implicam, direta ou indiretamente, na caracterização do TDAH como categoria classificatória; investigar como as estruturas internas nas instituições escolares resulta em uma relação família-escola; compreender as implicações da classificação para a construção das carreiras escolares dos alunos diagnosticados com TDAH.

Após a conclusão da graduação outros questionamentos foram surgindo: como o transtorno é identificado em outras instituições públicas de São Luís? Alguma instituição escolar é especializada para lidar com alunos classificados com o TDAH? Como as famílias desses alunos classificados com TDAH se relacionam com a gama de profissionais envolvida com os/as filhos/filhas? Quais as diferenças podem ser perceptíveis no tratamento de um aluno com TDAH e os demais colegas de classe? dentre outros.

Diante disso, a problemática construída nesta pesquisa dissertativa buscou compreender como e quais mecanismos internos das instituições escolares colaboram com o processo de classificação do TDAH como categoria estigmatizante e classificatória.

As investigações em torno do transtorno começaram a ganhar ênfase a partir da década de 1990 do século passado e até os dias de hoje os estudos relacionados ao transtorno têm suas maiores visibilidades em áreas de conhecimento como na psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, farmácia, neuropsicologia, entre outras. Portanto, há uma necessidade de compreender o TDAH para além da literatura especializada nas áreas da saúde física e comportamental – os manuais diagnósticos e estudos sobre sintomas, diagnóstico e tratamento – para valorizar as vivências escolares cotidianas dos indivíduos envolvidos com o transtorno.

Atualmente, já existem estudos sociológicos sobre esse tema, porém os estudos encontrados estão voltados para a resolução do problema do tratamento e controle da infância. Estas considerações instigaram-nos a refletir sobre uma problemática ainda pouco explorada dentro nos estudos consagrados e dedicados à sociologia do desvio e sociologia das Instituições Totais.

A ausência de estudos que enfocam o transtorno como tema de análise sociológica, especificamente sob a ótica de uma sociologia do desvio e das instituições (totais) demonstra a relevância dessa investigação. A pesquisa mostrou-se relevante por explorar várias dimensões que ligam as dimensões acerca do transtorno a outros domínios sociais, deixando um pouco de lado apenas o discurso médico que recai sobre a temática. A reflexão sociológica sobre esse tema, que é quase um monopólio da área da saúde, transcende a barreira que separa as áreas, além de abrir um diálogo entre as ciências da saúde (médicas e biológicas) e as ciências humanas.

Campo teórico-epistemológico

Para alcançar os objetivos proposto na pesquisa, inicialmente foi imprescindível fundamentação com a obra “História da Loucura: na Idade Clássica”, de Michel Foucault (1926-1984). É a partir deste autor que compreendemos como a psiquiatria vai adentrando espaços sociais e passa a ser incumbida de explicar e classificar as “doenças da mente”.

Foucault (2010), em “*História da Loucura: na Idade Clássica*”, analisa a loucura a partir de uma perspectiva sócio-histórica, objetivando compreender a estrutura de exclusão dos corpos e como as tecnologias dessa exclusão funcionavam em sua lógica interna.

É a partir desse contexto que se compreende que o processo classificatório de fenômenos comportamentais em “doenças” mentais não se inicia com o TDAH, mas com noção de loucura historicamente construída. Contextos passados já vivenciavam a prática de classificação de comportamentos como doenças e/ou problema médico, seguindo para um enquadramento do que seria considerado normal e anormal.

Além disso, é a loucura por meio do discurso clínico e/ou classificatório (nosológico) que abre espaço para o entendimento do que conhecemos atualmente como transtornos mentais, que comumente são relacionados a doenças e comportamentos considerados anormais.

No que tange ao debate epistemológico desta pesquisa, demos destaques a dois autores que contribuíram no debate aqui proposto: Erving Goffman (1922-1982), que estudou sobre as estruturas e funcionamentos das instituições totais e como as dinâmicas destas reforçam e legitimam o estigma. E Howard Becker (1928), sociólogo, como Goffman, da segunda geração da Escola de Chicago, que desenvolveu trabalhos importantes e considerados indispensáveis sobre os estudos a respeito de comportamentos desviantes.

O estudo das instituições não é um tema de investigação recente dentro do campo das ciências sociais. Desde os fundadores da sociologia e antropologia, até autores contemporâneos destas ciências há uma preocupação em estudar as instituições. A começar pelo senso comum,

que compreende que uma instituição corresponde a um conjunto de regras sociais, valores e de práticas comuns a um grupo de indivíduos. A família, a escola, as igrejas são instituições sociais das mais determinantes na sociedade e são analisadas por diversos autores das ciências sociais.

As instituições têm forte influência na vida dos indivíduos; elas são determinantes para a forma como cada um age na sociedade. Desde o seu nascimento o indivíduo está submetido a regras morais que o direcionam conforme os grupos institucionais em que ele perpassa. Segundo a perspectiva durkheimiana as instituições determinam as maneiras de pensar, sentir, agir e estas características antecipam a existência dos indivíduos; ao nascerem, estas regras já existem fora de suas consciências individuais, e dotadas de uma força coercitiva, capaz de exercer sobre os mesmos uma pressão impondo-se a eles (DURKHEIM, 2004).

A construção de ideias norteadas pela orientação das instituições historicamente construídas produz representações e percepções do que pode ser classificado em sociedade como adequado ou inadequado. Essas representações se materializam através de circunstâncias e símbolos imprimindo força coercitiva sobre os indivíduos, que a expressam por meio das regras, normas e, por vezes, construções materiais. Há que se considerar o ponto de conexão utilizado para que essas representações persistam e sejam disseminadas. Trata-se aqui, do processo socioeducativo.

Ao se tomar o ambiente da escola como espaço concebido por representação de um entendimento de educação, é possível perceber que a força das normas envolvidas em moralidade exerce sobre os que estão nesse contexto formas de conduta e atuação. Pode-se dizer que nesse ambiente as forças dessas representações sobre o que é permitido ou não, demarcam-se em dois sentidos: no primeiro os indivíduos imbuídos de alguma autoridade concedida pelos seus postos na instituição exercem autoridade coercitiva e ao mesmo tempo sentem a pressão das regras de conduta a que estão submissos; no segundo ocorre a inculcação das representações incorporadas nas instituições sobre os que estão no processo educativo.

Esse parece ser, parte do processo pelo qual a força das representações concebidas pelos indivíduos em seus processos de experimentação se transfere a instituições externas, adquirindo uma autoridade que extrapola os que a instituíram. São as instituições sociais, compostas por representações formuladas ao longo do tempo que contribuem para o estabelecimento de força coercitiva, estigmas e definição do que é aceitável nas relações humanas.

O trânsito das representações entre diferentes campos da vida em sociedade não é incomum, e por essa razão, é possível perceber como diagnósticos elaborados no campo da medicina inferem sobre o campo educacional e de formação dos indivíduos. Formas específicas

de se trabalhar com um público diagnosticado com TDAH, como por exemplo, as atividades e avaliações adaptadas, exprimem o que a instituição escolar espera desses alunos, refletindo num possível estigma em cima desse diagnóstico médico.

É a partir da afirmação da loucura como marca de diferença e anormalidade que determinados indivíduos passam a ser vistos como perigo ou fardo que impossibilitava o progresso nacional, gerando assim a emergência de um discurso dominante que exercesse um controle sobre esses indivíduos. Tomando como base a obra de Michel Foucault, foi possível perceber como o TDAH passou a ser um transtorno enquanto instituição, ou seja, é socialmente construído e a ele são atribuídos diferentes explicações e sentidos ao longo de sua história. Frisamos que não pretendemos negar a existência do suposto transtorno, mas desnaturalizá-lo “em seu caráter tão arraigadamente biológico” (LOBO, p. 21).

No transcorrer dos séculos XVI ao XIX há uma mudança significativa referente as representações sociais dos indivíduos que eram vistos como “degenerados”. A modificação na forma de ver esses indivíduos reflete em uma mudança de paradigma importante no que se refere aos sentidos atribuídos a eles; passa-se do domínio das semelhanças para o das representações, o que acaba propiciando uma nova ordem de classificações. Durante o século XIX, existiu um projeto de intervenção higiênica e moral. O Estado buscava trabalhar em cima de uma ideia de prevenção, pois a percepção que se tinha das “doenças” era de que eram caracteres adquiridos hereditariamente. Tanto as características físicas, quanto as morais eram transmitidas à descendência, é isto que acaba por fundamentar a entrada dos discursos médico-pedagógicos em espaços familiares, com a ideia de prevenir a proliferação dos “inadaptados”, “degenerados”, etc., geralmente vistos como indivíduos anormais.

O objetivo do projeto higiênico e moral era baseado em uma ideia de salvação nacional. É esta ideia que vai fundamentar o controle dos corpos e à manutenção dos bons costumes. É durante o século XIX que os médicos iniciam a caça aos indivíduos vistos como “degenerados”, apropriando-se deles, classificando-os, e, principalmente regulando hábitos e costumes familiares, incorporando progressivamente sua ação normalizadora. Tudo isso com a justificativa de proteger a nação dos indivíduos que representavam um perigo social, lançando sobre eles um julgamento que, antes de tudo parecia ser moral, embora refletisse diretamente sobre seu comportamento.

Com o discurso de manutenção de uma ordem nacional, tem-se início a “inclusão institucional” ou mais especificamente o processo de institucionalização, onde os indivíduos “anormais” passam a ser apropriados pelos discursos científicos que os constituíram, e a partir de classificações e separações, acaba por justificar novas formas de tratamento e controle sobre

estes corpos. Começam a criar estabelecimentos especializados, que se constituíram como espaços de afirmação de saberes acerca dessas pessoas sobre os quais os discursos médico-pedagógicos vinham operando seu poder de dominação e coerção.

É a partir da criação dessas instituições que também surge a noção de infância enquanto instituição, apropriação da figura infantil, sobretudo aquela classificada como anormal, pelos discursos médico-pedagógicos que resultou na criação de instituições específicas a se debruçarem sobre elas, como por exemplo o Instituto dos Surdos Mudos².

No início do século XX, a partir da proposta de educabilidade do “idiota” baseada em uma noção de desenvolvimento, a infância se torna foco dos estudos e investigações da psiquiatria, além de objeto de apropriação da mesma, com o intuito preventivo, dada a potencialidade dessa criança se tornar louca ou degenerada. A construção da figura da criança anormal passa a integrar definitivamente os discursos e práticas médico-pedagógicas e incorpora-se dentro do discurso jurídico social uma nova categoria ligada à infância - o menor anormal - de quem a sociedade deveria ser protegida, face ao perigo social que este indivíduo passava a representar.

A análise pioneira no que se refere à responsabilidade da sociedade no desvio dos indivíduos é do sociólogo francês Émile Durkheim. Este autor estudou e analisou as regras morais impostas pela sociedade, propondo a mudança da origem da moral e de seu fundamento. Para este autor, a verdadeira origem das regras morais encontra-se no conjunto de interações e representações sociais de acordo com cada sociedade. Segundo ele, a moral é definida por um sistema de regras e ações que orientam o comportamento de um indivíduo, podendo, então, a questão moral ser resumida na expressão: “Agir bem significa obedecer bem” (DURKHEIM, 2010, p. 65). É partir desse entendimento que a educação vai ser vista como meio para que o indivíduo aja corretamente, obedecendo o conjunto de regras existentes na sociedade.

Para Durkheim, para existir a coesão, é necessário que os indivíduos integrem grupos sociais e que se unam em conjunto de valores comuns. O autor afirma ainda, que o diferencial da sociedade é a solidariedade, ou seja, conjunto de regras, direitos e deveres, estabelecidos mediante uma moralidade que tem como objetivo manter o equilíbrio e a coesão social. Nesse sentido, a divisão do trabalho social está ligada à visão de moral, pois as necessidades de ordem, harmonia, de solidariedade social são geralmente tidas como morais (DURKHEIM, 2010).

Objetivando compreender a moralidade e o papel que ela desempenha na sociedade, este autor apresenta em suas obras algumas reflexões sobre as regras impostas pela sociedade.

² O primeiro instituto, Institut National des Jeunes Sourds (para surdos) foi criado no ano de 1760, em Paris, na França, pelo abade Charles-Michel de l'Épée.

Segundo ele, a sociedade necessita de uma organização mínima e de uma moralidade para atingir uma idealização de sociedade. A moral, objeto recorrente nos estudos e obras de Durkheim, é considerada por ele como um sistema de fatos executados que possuem ligação com as atividades gerais de um grupo a qual está inserido. Desta maneira, ele objetiva abordar os fatos da vida moral a partir do método das ciências positivas (DURKHEIM, 2010).

A partir do ensino da moral nas escolas e da autonomia conferida ao comportamento individual, a moral se racionaliza, se encontra a igualdade entre os membros do grupo e se propaga por meio de novas regras que a modificam. As regras morais vêm de um grupo de indivíduos e entram em um jogo a partir do momento em que o grupo impor restrições a seus membros sob “autoridade”, pois a responsabilidade surge do próprio coletivo. Dessa forma, a sociedade representa e dissemina a autoridade moral sobre seus membros e, assim, as regras morais são, portanto, coercitivas sob os indivíduos dispostos em um grupo (DURKHEIM, 2004).

Por outro lado, não apenas o dever, a dimensão do dever envolvem o conceito de moralidade, pois não realizamos ações meramente em virtude de imposições sem conteúdo ou significado. Portanto, apesar de sua natureza coercitiva e coletiva, o fim moral deve ser desejável porque existe uma expressão de vontade coletiva, que a distingue da coerção natural sem desejo racional em ação. Para agir de acordo com a moralidade existente no grupo, os indivíduos muitas vezes abrem mão de seus próprios desejos para se adequarem às regras do grupo, ou seja, desconsideram os desejos individuais e agem de acordo com a expressão da vontade do grupo. nossa própria natureza. Assim, o autor conclui que não há ato de mero dever ou mero desejo de agir, mas sim por meio da convergência dessas características (DURKHEIM, 2004).

Do ponto de vista analítico, para Durkheim, a moralidade é definida como um conjunto de regras de conduta, geralmente inconscientes, que, embora impostas aos indivíduos como obrigações, também são esperadas, desde que correspondam ao que se deseja ideal. As regras são morais apenas como fatos, como regras que efetivamente se impõem à consciência e são efetivamente esperadas em geral, e cujo sinal mais externo é o fato de que seu desrespeito sempre produz sanções.

A coerção social, determinada por regras, é um meio utilizado pela sociedade para cumprir suas próprias obrigações estabelecidas, visando manter a harmonia dos interesses gerais e implementar regras gerais. Nesse contexto, surgem normas e obrigações legais que regularão o comportamento dos indivíduos segundo um conjunto de regras – a moral – e

amparados pela proteção social. Assim, é indispensável um conjunto de normas para regular a convivência dos indivíduos em qualquer sociedade.

Todas as regras dadas e todas as expressões da vontade humana vêm da sociedade. Durkheim descartou a possibilidade de que as regras morais tenham objetivos individuais, entendendo que a moralidade necessariamente afeta a sociedade como um todo, aproximando os indivíduos dos grupos. Assim, as regras morais abrangem todos os indivíduos de um grupo, e a moralidade é uma criação intersubjetiva, compartilhada e criada por um grupo de indivíduos. Além disso, considera a sociedade como um meio pelo qual os indivíduos se realizam, ou seja, a sociedade é o bem que os indivíduos aspiram. Portanto, se o indivíduo não pode ser separado da vida social, como Durkheim acreditava, ele negará a si mesmo, então toda a sociedade ou todo o grupo estará moralmente vinculado. Vale ressaltar que, embora a moralidade seja coletiva, nunca será universal devido às diferenças sociais, históricas e culturais que existem em uma sociedade global. (DURKHEIM, 2004).

Regras e padrões de conduta são predeterminados no momento do nascimento de um indivíduo. Diante da coerção imposta pela sociedade em que vive, o homem se interpreta para uma sociedade que orientará suas atitudes, pensamentos e tendências. À medida que os indivíduos desempenham seus papéis na sociedade, eles automaticamente replicam padrões de comportamento socialmente aceitos, e o aprendizado produz fatos sociais que suavizam ou confundem a força coercitiva das regras. Com isso em mente, Durkheim analisa o que são fatos sociais e compara como as crianças são educadas:

Quando se observam os fatos tais como são e tais como sempre foram, salta aos olhos que toda educação consiste num esforço contínuo para impor à criança maneiras de ver, de sentir e de agir às quais ela não teria chegado espontaneamente. Desde os primeiros momentos de sua vida, forçamo-las a comer, a beber, a dormir em horários regulares, forçamo-las às limpezas, à calma, à obediência; mais tarde, forçamo-las para que aprendam a levar em conta outrem, a respeitar os costumes, as conveniências, forçamo-las ao trabalho, etc., etc. Se com o tempo, essa coerção cessa de ser sentida, é que pouco a pouco ela dá origem a hábitos, a tendências internas que a tornam inútil, mas que só a substituem pelo fato de derivarem dela (DURKHEIM, 2004, p. 18).

Assim, para Durkheim, os fatos sociais são “toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior, (...) que é geral na extensão de uma sociedade dada, e, ao mesmo tempo, possui existência própria, independentemente de suas manifestações individuais” (DURKHEIM, 2004, p. 23).

Embora o objetivo de Durkheim fosse a análise do social pelo social, ele introduziu no campo da sociologia o binômio normalidade e desvio, distinguindo, em um capítulo da obra “As regras do Método Sociológico”, o normal e o patológico. Para o autor o crime e o desvio

são considerados como fatos sociais, imprescindíveis para a sociedade: ocorrência de crimes é “normal porque uma sociedade que dele estivesse isenta seria inteiramente impossível” (DURKHEIM, 2004, p. 78).

Para Durkheim, não existem duas classes de regras morais, comportamento socialmente aceitável e comportamento condenado, mas são uma e a mesma. Além disso, as características da moralidade não são únicas e exclusivas, mas estão presentes e consistentes em todos os grupos ou sociedades, variando de acordo com a história e o contexto específico de cada sociedade.

Nesse terreno fértil da diferença moral, temos diferentes formas de desvios e deslocamentos morais, ou seja, em um lugar é moral e em outro pode não ser. Imoral hoje, moral amanhã. Durkheim descreveu a mudança moral da seguinte forma:

Não é mais possível hoje contestar que não apenas a moral e o direito variam de um tipo social a outro, como também mudam em relação a um mesmo tipo, se as condições da existência coletiva se modificam. Mas, para que essas transformações sejam possíveis, é preciso que os sentimentos coletivos que estão na base da moral não sejam refratários à mudança, que tenham, portanto, apenas uma energia moderada. [...] ora, se não houvessem crimes, essa condição não seria preenchida; pois tal hipótese supõe que os sentimentos coletivos teriam chegado a um grau de intensidade sem exemplo na história. Nada é bom indefinidamente e sem medida. É preciso que a autoridade que a consciência moral possui não seja excessiva; caso contrário, ninguém ousaria contestá-la, e muito facilmente ela se cristalizaria numa forma imutável. Para que ela possa evoluir, é preciso que a originalidade individual possa vir à luz; ora, para que a do idealista que sonha superar seu século possa se manifestar, é preciso que a do criminoso, que está abaixo do seu século, seja possível. Uma não existe sem a outra (DURKHEIM, 2004, p. 71).

Como mencionado anteriormente o crime ou o desvio das normas é comum em todas as sociedades, segundo Durkheim (2004). Além disso, ele afirma que é desejável desviar-se de algumas maneiras. Uma sociedade imparcial sob suas regras morais é uma sociedade sábia, uma sociedade impossível fundada em uma consciência social homogênea e rígida.

Durkheim influenciou vários estudos após sua morte. Da mesma forma, o desvio de normas continuou sendo debatido, ganhando destaque em pesquisas empíricas, formando a denominada Escola de Chicago. Howard Saul Becker e Erving Goffman, principais representantes desta escola na sua segunda geração, procedem do estudo de Durkheim sobre os desvios de normas analisados a partir de modelos sociais, porém, através de uma ênfase inovadora voltada para a microssociologia. Deste modo, pesquisas sobre imigração, relações étnicas, delinquência e drogas, temas que permeavam o contexto social da cidade, eram analisados de maneira recorrente através de pequenos grupos de indivíduos, com o objetivo de entender a própria sociedade.

A questão do desvio em Becker enfatiza o papel do coletivo, onde as regras são impostas por processos sociais, vendo o desvio como um produto de transações entre grupos sociais e segundo os quais os indivíduos violam determinadas normas (BECKER, 2008).

Analisando a relativização de determinados desvios pela sociedade, Becker busca entender como certos crimes são tolerados e como grupos (microsociais) estão associados a desvios e, portanto, suas sanções. Além disso, ao conceituar o *outsider*, ele analisa o comportamento dos indivíduos desviados frente às normas e sanções impostas pela sociedade. Na avaliação do autor, para ser considerado desviante, é necessário tratar os indivíduos como distintos e estigmatizados por seu descumprimento, como no caso de um grupo de desviantes legais, ou seja, os indivíduos são distintos, mas não ilegais. (BECKER, 2008).

Através do estudo de Becker, podemos analisar desvios e normas como imposições sociais em seus contextos:

Tal pressuposto parece-me ignorar o fato central acerca do desvio: ele é criado pela sociedade. Não digo isso no sentido em que é comumente compreendido de que as causas do desvio estão localizadas na situação social do desviante ou em “fatores sociais” que incitam a ação. Quero dizer, isto sim, que grupos sociais criam desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio, e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como *outsiders*. Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator”. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal (BECKER, 2008, p. 21-22).

Becker e sua abordagem interacionista trata o desvio como um processo em constante mudança. Ele analisa perfeitamente como o comportamento de determinados grupos só é considerado anormal em determinadas circunstâncias, como é o caso dos homossexuais. Dessa forma, avalia como eles assumem o status de grupo desfavorecido, com cidadania precária, e, assim, compara visões de vida que são consideradas “normais” pela sociedade e visões que são percebidas como erradas pelas ações dos *outsiders*.

Como mencionado anteriormente, a relativização do desvio, ou a representação do desvio em termos de cada grupo social, é um tema central de Becker. A linha tênue entre impor uma norma e desviar dela contribui para a organização e eficiência social.

Aplicando metodologicamente a técnica da “observação participante” em sua obra "Manicômios, Prisões e Conventos", Erving Goffman (2015) mergulhou em uma cultura para compreender a experiência vivida e suas regras internas. Dessa forma, analisou o doente mental e seu espaço terapêutico, tratando o hospital como uma instituição social especializada na saúde dos indivíduos, sem entrar de fato no problema do doente mental. Descreve a vida cotidiana do ponto de vista dos internos, procurando analisar comportamentos diante dos constrangimentos

de um hospital psiquiátrico, oferecendo diferentes interpretações e explicações para esses comportamentos.

Goffman (2015) em seu trabalho, enfatiza o papel da instituição. Todos os membros dela - as instituições mentais - são vítimas das “instituições sociais” que moldam o comportamento. Ao definir três elementos da instituição como um todo, segregação, racionalização e controle disciplinar, o autor destaca práticas que fragilizam as identidades sociais e pessoais de indivíduos que, ao ingressarem nessas instituições, são despojados de sua liberdade e se tornam rituais de degradação.

As instituições sociais apresentadas por Goffman demonstram como essas criam a anormalidade, como elas transformam o indivíduo em pacientes e a sua identidade como algo patológico. Entende o autor, que a ênfase do desvio, assim como para Durkheim, é de responsabilidade das instituições. Além disso, rompe com a tendência de justificar as formas de controle e normalização social.

O desvio de normas impostas pela sociedade, de acordo com Goffman, é na verdade uma diferença com relação às normas sociais. O normal, segundo o autor, é o comum, o homem médio, ou seja, “homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano heterossexual (...)” (GOFFMAN, 2015, p. 139). Qualquer desvio desse modelo de indivíduo, pode levar a uma diferença chamada desvio social. Desse modo, Goffman e Becker, desenvolvem uma sociologia do desvio das normas, revelando as condições em que essas normas foram estabelecidas pela sociedade.

Durkheim redefiniu o conceito de moral e defendendo a moralidade racional institucionalizada através de uma educação laica, afastou a moralidade das concepções teológicas e filosóficas. Apoiado em sua abordagem sociológica, este autor pretendia ir além da definição de sociedade, e buscou encontrar soluções para os conflitos sociais que existiam em seu tempo. A análise do comportamento feita por ele foi muito importante para essa nova ciência, pois também discutiu suas origens, responsabilizando a sociedade pelas regras impostas às pessoas nela incluídas. Portanto, a sociedade não é apenas um produto da ação e da consciência individual, mas os modos individuais de fazer e pensar possuem uma realidade exterior aos indivíduos que se origina na sociedade

Goffman e Becker, embora tenham algumas divergências com Durkheim, analisam os desvios das regras morais usando pequenos grupos para descrever a sociedade da época. Embora analisando pela microsociologia, esses autores explicam a origem das regras morais como decorrentes dos grupos em que as pessoas estão inseridas, abordando a proposta de Durkheim como origem da sociedade.

Entende-se que as regras de conduta e os desvios dessas regras devem estar de acordo com a situação, de acordo com a sociedade ou grupo. Assim, o tema do comportamento e do desvio torna-se moderno, levando a novos estudos e análises, sem abandonar as correntes analisadas.

Este último define os limites entre o que é normal e o que é patológico na história de cada sociedade. Analisando o TDAH do ponto de vista durkheimiano, podemos dizer que o transtorno percebido é um fenômeno social comum, no sentido geral e não patológico, considerando que este é um comportamento que vem de diferentes épocas e sociedades, embora de formas distintas (DURKHEIM, 2004).

Partindo das contribuições de Durkheim (2004), pontuamos que assim como toda instituição social, produto da sociedade, estabelecida antes do indivíduo, toda escola, possui um conjunto de regras e normas que devem ser observadas e seguidas pelos indivíduos que nelas ingressam.

Cabe aqui recuperar o que Durkheim e o Goffman afirmam sobre os papéis sociais que são estabelecidos socialmente. Para o primeiro autor, os papéis sociais são gerais numa dada sociedade, são anteriores aos indivíduos e se impõe a estes de forma coercitiva. Goffman (2015) por sua vez, partindo dessa definição durkheimiana, detém sua análise no micros social e volta seu olhar para a compreensão das interações sociais, ou a “ordem da interação”, buscando analisar as situações sociais que estabelecem o cenário em que os atores sociais se inserem e que tem em sua base pressuposições cognitivas compartilhadas que se apresentam como normativas e autoimpostas.

Em suma, cabe frisar que a legitimidade do discurso psicopedagógico e sua força institucional pode contribuir para a reprodução da estigmatização através da classificação do aluno com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

As relações, os processos sociais, a coerção, as formas culturais, as representações e a violência simbólica contribuem para pensar a gênese da história das instituições. Compreender como estas se tornam um aparelho de dominação é relevante não apenas para entender as instituições sociais estudadas por Bourdieu como Estado, família e escola, como também auxiliam em uma reflexão sobre as instituições totais empregada pelo Goffman:

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu (GOFFMAN, 2015, p. 22).

A utilização do conceito de Instituição Total como categoria analítica foi decisiva, na medida em que a mesma revela como as “identidades” dos alunos classificados com o TDAH são construídas neste tipo particular de instituição, onde todos os cuidados com estes passam pela gama de profissionais que compõem o corpo escolar, além de indicar como é o modo do funcionamento burocrático dessa instituição e quais os tipos de contato que se estabelecem entre os alunos classificados com o transtorno e a equipe escolar.

As instituições totais operam de forma coercitiva, pois “seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (GOFFMAN, 2015, p. 16), exercendo uma violência simbólica entre as pessoas que nelas adentram.

Na obra “Manicômios, Prisões e Conventos” (2015), Goffman propõe uma explicação sobre o que seria uma instituição total. Segundo ele, seria “um local de residência e trabalho”, onde determinados indivíduos em “situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2015, p. 11).

O interesse sociológico ao utilizar essa categoria está no fato da instituição escolar apresentar uma organização formal e dentro de sua estrutura básica existir dois grupos integrados, onde existe constantemente a divisão entre uma supervisão de um pequeno grupo (direção escolar) e um grupo grande e controlado (alunos) e há todo um controle e organização burocrática. Outros aspectos que a instituição escolar apresenta como uma instituição total é o fato de as atividades diárias dos alunos serem realizadas na companhia de outras pessoas e serem obrigadas a fazerem determinadas atividades em conjunto. Sendo assim, considera-se outras características do conceito de Instituição Total que dizem respeito a sua estrutura física, o formato e sua relação com o mundo externo:

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. [...] Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado [...] (GOFFMAN, 2015, p. 15).

Goffman (2015) ressalta que no interior das instituições totais as atividades são rigorosamente estabelecidas em horários contínuos. Toda uma série de atividades é imposta pela equipe dirigente e por um sistema de regras explícitas. As atividades encontram-se reunidas em um plano racional e único, elaborado para atender aos objetivos oficiais do estabelecimento institucional, existindo também um controle de muitas das necessidades humanas pela

organização burocrática de grupos inteiros (corpo discente). Portanto, os atores são condicionados pela força da coerção que a instituição total exerce sobre eles, através de normas, disciplina e violência simbólica, mostrando que a passagem de um indivíduo por uma instituição total contribui para a formação de determinados aspectos de suas carreiras escolares.

Ainda ao se referir a instituição total, Goffman pontua que esta é vista “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2015, p. 11). Para o autor, essas instituições podem ser divididas em cinco grupos:

Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias dos empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros. (GOFFMAN, 2015, p. 16-17).

Outra categoria do Goffman que mobilizamos foi a noção de “estigma”, importante para objetivar em que medida os alunos diagnosticados com o transtorno são estigmatizados pelos demais atores, ou seja, possuindo um determinado “rótulo” que pode estar ligado à sua maneira de se comportar nos espaços escolares. O possível estigma que recai sobre esses alunos pode acabar afetando a “fachada” que os demais atores sociais procuram manter. Por fachada, Goffman destaca que é “o valor social positivo que uma pessoa efetivamente reivindica” (GOFFMAN, 2012, p. 13). A proposta ao operacionalizar com essa noção coube para compreender as fachadas dos diversos atores profissionais, das famílias e dos atores que possivelmente tem sua fachada “afetada” pelo estigma.

No entanto, consideramos fundamental para não cair nas oposições “clássicas” das ciências sociais, que opõe, por exemplo, as análises diacrônicas ou históricas às análises sincrônicas, ultrapassar uma compreensão que seja apenas sócio-histórica e analisamos as dinâmicas internas de uma determinada escola, classificada aqui como Instituição Total, visando em uma compreensão de como esta contribui para a classificação do aluno com TDAH e, possivelmente também, do estigma.

Outro aspecto que merece destaque é o monopólio do saber psicopedagógico que o profissional possui dentro da instituição escolar acerca da compreensão sobre o que pode classificar um indivíduo com o TDAH, podendo ser entendido como parte de um mesmo processo que produz e reproduz a classificação do TDAH como uma categoria estigmatizante. O estigmatizado sofre com os efeitos do estigma na vida cotidiana, mas o aceita e o internaliza, contribuindo inconscientemente para a reprodução deste, além de acreditar no parecer psicopedagógico, certificado pela legitimidade social do saber escolar e pela legitimidade social e institucional do profissional psicopedagógico especializado, e por fim, atestado pela força social e simbólica de uma instituição total.

A instituição escolar se encaixa nas definições de instituição total na perspectiva de Goffman no sentido de que os alunos estão envolvidos em uma situação semelhante e em um mesmo espaço de tempo, convivendo e sofrendo influência da administração da instituição. Além disso, ao analisar sociologicamente as estruturas do “eu” envolvidas no âmbito escolar, destacamos o que Goffman acrescenta como característico dessas instituições totais.

No que tange à perspectiva do Howard Becker, a categoria analítica desse autor que exploramos foi a noção de desvio. Por desvio Becker entende que “não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete um ato e aquelas que reagem a ele” (BECKER, 2008, p. 27).

É importante compreender como a instituição escolar favorece ou não comportamentos dos classificados como desviantes, pois o desvio pode ser levado em conta através das diversas interações que acontecem dentro das relações sociais presentes no espaço escolar.

Partindo de uma análise interacionista, consideramos o desvio como uma definição social, onde de certa forma o aluno com TDAH recebe rótulos que são atribuídos através das demais pessoas. É interessante destacar que o aluno poderá ser considerado desviante pelos demais por qualquer outro motivo, “menos pelas características pessoais e sociais dos desviantes do que pelo processo através do qual estes são considerados estranhos ao grupo, assim como por suas reações a esse julgamento” (BECKER, 2008, p. 33).

Um aspecto essencial enfatizado por Becker é que o processo social em que certos indivíduos são definidos coletivamente como desviante engendra uma nova categoria de problema social. Como consequência, métodos de controle são colocados em práticas e a institucionalização do “tratamento” das pessoas rotuladas é estabelecida. O que se vai levar em conta seguindo a reflexão pautada na perspectiva de Becker sobre o desvio, é abandonar o “tratamento” das formas de desvio que visam classificar o/a aluno/a classificado/a com TDAH buscando explicação na origem dos atos na psicologia individual dos desviantes ou no ambiente

clínico. A questão era compreender até onde os atores sociais contribuem para que esse rótulo de desviante seja reproduzido pelos demais atores sociais presentes dentro da escola.

Outra categoria fundamental é a noção de carreira. Para Becker (2008) carreiras se referem “a uma sequência de movimentos de uma posição para outra num sistema ocupacional”. Seus estudos foram desenvolvidos para compreender a noção de ocupações de um indivíduo, incluindo em suas discussões a ideia de “contingência de carreira” que envolve a mudança de posições. Becker afirma: “contingências de carreiras incluem tanto fatos objetivos de estrutura social quanto mudanças nas perspectivas, motivações e desejos do indivíduo” (BECKER, 2008, p. 35). Assim, o autor mostra que nos estudos sobre ocupações, a noção de carreira é usada para distinguir os que têm uma carreira bem-sucedida e os que não têm. Logo, o modelo é fundamental para compreender os percursos desviantes, mostrando que nem todo indivíduo segue uma carreira de modo convencional.

Pontuamos que Goffman e Michel Foucault foram dois autores que contribuíram como núcleo central no debate feito nessa dissertação. Contudo, há diferenças e semelhanças nas perspectivas desses dois autores. Um dos pontos de contatos que encontramos entre esses dois autores é que Foucault estudava a sociedade disciplinar e suas instituições, estudando de modo particular como os indivíduos são constituídos como sujeitos sociais em meio às complexas relações de saberes e poderes que o circundam. Além disso, uma das principais instituições estudadas por esse autor foi o hospital. Foucault tenta compreender o hospital historicamente e todo seu poder de tratamento e classificação sobre a figura do “louco”. Goffman, por sua vez, empreendeu seu estudo sobre as instituições totais, suas estruturas, formas de funcionamento e legitimação do estigma sobre a figura de um internado.

Tanto Foucault, quanto Goffman pensam o hospital enquanto instituição total. Contudo, o que Foucault faz é um estudo de como o hospital passa a ser uma máquina de tratamento, enclausuramento, mostrando sua verdadeira forma de funcionamento, o lugar onde a sociedade jogava indivíduos que perturbavam a ordem social. Goffman, fez uma descrição do cotidiano do hospital enquanto instituição psiquiátrica, das interações que acontecem ali dentro e como essa instituição tenta originar um processo de normalização de indivíduo.

Metodologia

Inicialmente, como o interesse da pesquisa era a investigação em escolas públicas de São Luís, para que seu desenvolvimento fosse realizado em instituições escolares, foi necessário a submissão de um ofício para um parecer favorável para prosseguir com seu desenvolvimento.

Desse modo, foram emitidos ofícios às Secretaria Municipal de Educação (SEMED), Secretaria de Estado da Educação (SEDUC), Secretaria Adjunta de Gestão da Rede do Ensino e da Aprendizagem (SAGEA) e à Supervisão de Modalidades e Diversidades Educacionais (SUPMODE). Além dessas, também foi emitido ofício à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Luís (APAE). Porém, a responsável pela direção nos informou que a instituição não tinha alunos matriculados com o transtorno.

Contudo, apesar do parecer ser favorável e das aprovações dadas pela Secretaria Adjunta de Gestão da Rede de Ensino e Aprendizagem (SAGEA) e pela Secretaria Municipal de Educação (SEMED) para realização da pesquisa, alguns percalços precisaram ser superados para obtenção de informações. Ressaltamos que por conta do período pandêmico (Covid-19), inicialmente o levantamento de dados acabou ficando comprometido. Para superar tal lacuna, recorremos à aplicação de questionários aplicados a alguns interlocutores, porém sem muito êxito.

O período pandêmico foi apenas uma das dificuldades que esta pesquisa enfrentou. Outra dificuldade foi, que apesar do parecer das Secretarias ser positivo, as direções de várias escolas não foram favoráveis a realização da pesquisa na escola de sua responsabilidade; isso por fatores como: pais que não eram favoráveis aos filhos participarem da pesquisa, pais que não aceitavam e preferiam esconder o diagnóstico do filho, resistência dos profissionais da quando sabiam o foco de investigação da pesquisa.

Partindo do pressuposto de que o transtorno é um fenômeno marcado pelo social e que em diversos momentos ele é institucionalizado, a abordagem aqui apresentada é feita a partir de uma perspectiva sociológica, compreendendo que “(...) tratando-se de um problema social, o objeto de pesquisa do sociólogo consiste, antes de tudo, em analisar o processo pelo qual se constrói e se institucionaliza o que, em determinado momento do tempo, é constituído como tal” (LENOIR, 1996, p. 59).

Lenoir defende que empreender o estudo da emergência de um problema social é fundamental para auxiliar o sociólogo a superar a dificuldade de cair no senso comum, além de ser um instrumento revelador do trabalho de construção social da realidade. A estigmatização de alunos considerados desviantes no sistema de ensino básico é um problema social e, portanto, se apresenta como uma realidade social a ser explorada. A esse respeito, Lenoir faz a seguinte ponderação:

Com efeito, os “problemas sociais” são *instituídos* em todos os instrumentos que participam da formação da visão corrente no mundo social, quer se trate dos organismos e regulamentações que visam encontrar uma solução para tais problemas,

ou das categorias de percepção e pensamento que lhes correspondem. Isso é tão verdadeiro que umas das particularidades dos problemas sociais é que, em geral, estes se encarnam, de forma bastante realista, nas “populações” que apresentam “problemas” a serem solucionados. Muitas vezes, tais populações chegam a ser determinadas segundo critérios “fisiológicos” (“mulheres”, “jovens”, “excepcionais”, certas categorias de doentes ou deficientes físicos etc.) (LENOIR, 1996, p. 62).

Partindo desta afirmação, o autor sugere discutir a lógica que há por trás dos problemas, demandado em uma análise de dados e buscar a elaboração que existe por trás deles. A esse procedimento é que denomina de problema sociológico, que por sua vez, se difere do problema social.

Diante de tais abstrações, o sociólogo é levado a empreender uma dupla abordagem que implica romper com as definições socialmente admitidas do fenômeno que estuda, na medida em que são demasiado gerais e/ou históricas. A primeira consiste em observar as diferenças entre grupos sociais em relação ao seu objeto (...) a segunda visa recolocar essas diferenças em conjuntos mais gerais que podem ser designados por “contexto”, no qual se desenrola o fenômeno observado (LENOIR, 1996, p. 80)

Nesse sentido, Lenoir sugere que não adotemos apenas a perspectiva objetivista, mas adotemos um olhar observador a como os fatos se relacionam no mundo social.

No que diz respeito à dimensão metodológica, a pesquisa partiu da compreensão de que é importante pensar relacionalmente, como sustenta Bourdieu: “as opções técnicas mais ‘empíricas’ são inseparáveis das opções ‘teóricas’ de construção do objeto” (BOURDIEU, 1989, p. 24). Portanto, é fundamental que o pesquisador não tenha uma visão segregadora em relação ao método, a teoria e ao contexto do objeto de pesquisa. Dessa maneira, mobilizamos diferentes técnicas para construção teórica e empírica do objeto deste trabalho.

É válido ressaltar que a observação direta, foi de extrema importância para conhecer os diversos ambientes e as dinâmicas de uma instituição. E mais: as entrevistas etnográficas aparecem como complementos da observação e não menos indispensável. Relacionando descrições do pesquisador (observação) e as dos pesquisados (entrevistas), sendo assim caracterizadas por não serem “isoladas”, nem independentes da situação de pesquisa (BEAUD; WEBER, 2014).

No terceiro capítulo, utilizou-se informações presentes em *sites*, além da descrição do campo empírico através da observação. As informações extraídas dos *sites* que foram mobilizadas neste trabalho estão relacionadas aos objetivos de pesquisa. Inicialmente, construiu-se uma leitura do campo empírico e do ensino desta oferta a partir das informações fornecidas em *sites*. Neste sentido, além da utilização das informações coletadas, descreve-se os espaços internos das instituições.

Especificamente, no terceiro adotamos como primeira estratégia metodológica a observação empírica articulada à perspectiva goffmaniana de compreender os estabelecimentos sociais pelas impressões que eles tentam idealizar de si mesmos. A segunda estratégia foi a entrevista, especificamente com a gestão escolar, gestão pedagógica, profissionais AEE, psicopedagogo/a, professores e alunos.

Como parte da pesquisa utilizamos como complemento metodológico, as entrevistas semiestruturadas para que estas nos possibilitassem com a descrição das atividades, do cotidiano e das relações sociais com os demais (BOURDIEU, 2008; BEAUD; WEBER, 2014), compreender os diferentes pontos de vistas que cercam o transtorno dentro do ambiente educacional e fazer uma análise do ponto de vista subjetivo dos agentes sociais envolvidos no âmbito escolar. A utilização da entrevista foi um recurso metodológico fundamental desta pesquisa.

“A observação etnográfica sustenta-se sobre o encadeamento destas três técnicas fortemente entrelaçadas: perceber, memorizar, anotar” (BEAUD; WEBER, 2014, p. 97). Vê-se, então, a importância de não deixar que essas três técnicas fossem conduzidas de maneira separadas, pois uma sustenta a outra.

No que tange à diferenciação das instituições escolares aqui estudadas, considerou-se que a perspectiva etnográfica seria fundamental para analisar como os diferentes atores sociais que compõem o quadro multidisciplinar/multiprofissional nas instituições estabelecem relações com os atores sociais classificados com o transtorno. Ela nos permitiu compreender os espaços internos das instituições escolares.

Antes de mais nada, é necessário conhecer os efeitos de uma relação de entrevista, como ela é percebida e interpretada pelo pesquisado e de que forma o pesquisador compreende não apenas o que está sendo dito, como também o não dito. Como destaca Bourdieu (2008, p. 63), “é o pesquisador que inicia o jogo e estabelece a regra do jogo, ele é quem, geralmente, atribui à entrevista de maneira unilateral e sem negociação prévia, os objetivos e hábitos, às vezes mal determinados, ao menos para o pesquisado”.

A escola passa a ser uma ferramenta para se compreender os eventos observados que acontecem dentro de seus espaços internos, levando em conta que é um meio de interconhecimento, onde todos os envolvidos naquela cena social se conhecem do qual ninguém sai. Ao tratar da escola como campo de investigação levamos em conta os diferentes grupos que estão inter-relacionados, não apenas em seu espaço interior, como também no exterior e nesse caso trata-se de experiências partilhadas entre diversas pessoas (WEBER, BEAUD, 2014).

Como trata-se de uma pesquisa de cunho sociológico foi fundamental ter um olhar desnaturalizado, um olhar que vai além do conhecido senso comum em relação ao que se objetiva com a pesquisa. Foi necessário abandonar qualquer tipo de preconceito, pré-noções ou teorias abstratas, evitar uso de estereótipos que temos pré-concebidos (DURKHEIM, 2014; BECKER, 2008, p. 31). É preciso (re) conhecer o contexto escolar como um local de relações sociais.

Plano de trabalho

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O capítulo I, intitulado “Sociogênese do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): identificação, reconhecimento e nomenclaturas”, propõe uma contextualização histórica acerca do surgimento do transtorno, compreendendo quais acontecimentos históricos influenciaram em seu reconhecimento. Descreve a trajetória histórica do que seria o transtorno em questão, identificando causas, sintomas e diagnósticos ao longo dos anos. Além de repertoriar nomenclaturas utilizadas para nomear o TDAH.

O segundo capítulo (II) “O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e as instituições escolares”, compreende quais processos permitiram que o transtorno fosse ligado e reconhecido dentro das instituições escolares, primeiramente pontuando como o movimento higienista marcou tanto a educação europeia quanto a educação brasileira. Além disso, apresenta como a escola passa a ser instrumento disciplinador, de classificação e de manutenção da ordem social.

No capítulo (III) “Instituição escolar como uma Instituição Total: o processo de classificação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade”, apresenta-se uma etnografia da instituição escolar “Nova Geração”. No primeiro tópico, descreve-se a estrutura física da escola, situando-a dentro das características da instituição total segundo Erving Goffman (2015). No segundo tópico descrevemos a escola “Universo Jovem”, fazendo uma breve comparação com a “Nova Geração”, tentando elencar onde uma e outra se encaixam na categoria de instituição total.

No quarto tópico que compõe o capítulo, além da descrição das instituições, descrevemos como ocorre a recepção das escolas com os estudantes com TDAH, quais procedimentos e dinâmicas escolares os profissionais organizam com esses alunos, professores e família e realizamos a análise das entrevistas, situando se estas colaboram com a estigmatização dos alunos classificados com TDAH.

1 - SOCIOGÊNESE DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): IDENTIFICAÇÃO, RECONHECIMENTO E NOMENCLATURAS.

Para uma abordagem do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade como fenômeno a ser explorado sob a perspectiva de uma sociologia das instituições totais e de uma sociologia do desvio, fez-se necessário, previamente, compreender quais processos sócio-históricos influenciaram na caracterização do TDAH enquanto um transtorno médico psiquiátrico, seu diagnóstico e tratamento.

Antes de chegar a ser reconhecido como “TDAH”, o conceito passou por um longo percurso histórico, originando-se com relatos clínicos de países europeus. O significado clínico dos sintomas do transtorno é conhecido há mais de dois séculos e embora os relatórios iniciais não usassem a terminologia “TDAH”, eles já descreviam crianças que apresentavam a sintomatologia que atualmente compõe o quadro classificatório do diagnóstico do transtorno.

Este capítulo trata de descrever um panorama histórico do transtorno, identificando suas causas, sintomas e diagnósticos ao longo dos anos. Além, de repertoriar as principais nomenclaturas que aparecem no processo sócio-histórico para nomear o TDAH.

O presente capítulo está dividido em quatro tópicos. Inicialmente, apresentamos um panorama da história do transtorno, repertoriando suas principais nomenclaturas. Em um segundo momento, discorremos sobre a história da loucura, já que a figura do “louco” é uma das primeiras classificações dominada pelo discurso clínico da psiquiatria, passando a ser visto socialmente como um indivíduo anormal. No terceiro momento, discorremos sobre os conceitos “normal” e “patológico” baseadas a partir o Émile Durkheim (2004) e Georges Canguilhem (2009). Por fim, apresentamos os conceitos de estigma e desvio, baseando nossas reflexões nos autores Erving Goffman (2019) e Howard Becker (2008).

1.1 Um panorama histórico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como atualmente é conhecido, ocupa uma posição bastante relevante ao ser descrito como um transtorno neurobiológico, frequentemente fazendo-se referência aos sintomas de inquietude, desatenção e impulsividade. Tem seu percurso histórico iniciado no final do século XIX. Apesar disso, em meados do século XVIII, alguns médicos já observavam em crianças comportamentos que poderiam ser considerados problemas da infância. Os estudos sobre o transtorno e suas causas

começam a ganhar notoriedade no início do século XX, com um aumento significativo de diagnósticos em crianças e adolescentes.

Na sociedade contemporânea o transtorno é identificado pela nomenclatura TDAH. No entanto, a terminologia utilizada para se fazer menção ao transtorno nem sempre foi essa e passou por diversas mudanças até ser reconhecido oficialmente como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por vários países e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo Edyleine Benczik (2000), problemas relacionados à infância eram mencionados desde as grandes civilizações. De acordo com Benczik (2000), Cláudio Galeno, médico da Grécia antiga, por exemplo, foi um dos primeiros profissionais a fazer referência desse problema na infância, receitava ópio para o tratamento de pacientes com cólica infantil e sintomas de impaciência e inquietação. Porém, uma das referências históricas em relação aos estudos sobre hiperatividade e sua primeira descrição do transtorno, Russell Barkley (2008), menciona que desde 1845, o médico psiquiatra alemão Heinrich Hoffman, já descrevia em seus textos alguns comportamentos que caracterizam o que atualmente é reconhecido com TDAH. Heinrich Hoffman, em seu livro *Der Struwwelpeter* (publicado no Brasil como “João Felpudo”), já descrevia comportamentos de uma criança hiperativa, chamada Felipe, um personagem desastrado, distraído, agitado e inquieto que, por possuir um comportamento hiperativo, acabava se envolvendo em situações conflituosas.

Na primeira metade do século XX, a história diagnóstica do TDAH é marcada por dois momentos, inicialmente pelas descrições do médico George Still³ e posteriormente pelo surto de encefalite letárgica⁴. A partir destes marcos a história do transtorno começa a delinear contornos significativos, onde seu primeiro registro é feito em 1902, sobre o uso do termo “criança hiperativa” com os médicos pediatras ingleses George Frederic Still e Alfred Tredgold⁵ (BARKLEY, 2008; RHODE; HALPERN, 2004), que descrevem o transtorno como uma alteração de defeito na conduta moral associada a uma inquietação, desatenção e resistência diante de regras. Still e Tredgold são considerados pioneiros no que diz respeito ao estudo

³ George Frederic Still (1868-1941) foi um pediatra inglês, primeiro professor de doenças infantis do King's College Hospital Em março de 1902 apresentou palestras sobre “algumas condições psíquicas anormais em crianças”, no Royal College of Physicians (Londres).

⁴ A encefalite letárgica também conhecida como “doença sonolenta” ou “doença europeia do sono”, é um formulário incomum da encefalite e foi assim definida por Constantin von Economo em 1917.

⁵ Alfred Frank Tredgold (1870-1952) foi um psiquiatra e neurologista britânico do século XX, também foi um dos membros da Sociedade de Educação Eugênica.

clínico de crianças com comportamentos semelhantes ao que atualmente caracteriza o TDAH. (CARVALHO FILHO, DUTRA, 2021)⁶.

No ano de 1902, George Still observou e descreveu crianças com problemas de atenção, que manifestavam comportamentos indisciplinados. Suas observações identificaram que as crianças apresentavam comportamentos pouco controlados, agressivos, desafiadores. Para ele, o conjunto de manifestações comportamentais dessas crianças deveria ser denominado “defeito na conduta moral” (BARKLEY, 2008).

Para Still, a atenção é um aspecto significativo no que diz respeito ao controle moral do comportamento e o defeito nessa conduta moral, poderia estar ligado a uma doença cerebral. Além disso, ele também considerou características em relação a influência hereditária, e estabeleceu uma associação entre hereditariedade e moralidade.

No período inicial da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o interesse de estudiosos pelo transtorno e suas causas pareciam ter ficado esquecido, manifestando-se outra vez entre 1916 e 1927 quando acontece um surto epidêmico de encefalite letárgica⁷ que atingiu principalmente a Europa e a América do Norte, deixando sequelas nas crianças que sobreviveram ao referido surto epidêmico. Ainda que, atualmente a definição do transtorno seja marcada pela biografia médica, há variadas pesquisas feitas em referência a sua terminologia e até o período de 1927 a descrição do termo continuou sendo utilizada sem sofrer alteração. As crianças atingidas pelo surto epidêmico que sobreviveram, passaram a manifestar parte dos sintomas (inquietação, impulsividade e desatenção) que atualmente compõe o quadro do diagnóstico de um indivíduo com o TDAH. Elas passaram a ser vistas “(...) como limitadas em sua atenção, na regulação das atividades e da impulsividade, bem como outras características cognitivas, incluindo a memória” (BARKLEY, 2008, p. 17)

Um novo estudo sobre o aparecimento de comportamentos considerados hiperativos e desatentos foi desempenhado por Hohman, entre 1917 e 1918. Após a epidemia de encefalite, o autor descreve que os profissionais da esfera da saúde começaram a observar crianças atingidas pela doença. Ele defende a ideia de que, mesmo após a recuperação, algumas crianças passaram a apresentar comportamentos inquietos, hiperativos e problemas de atenção.

⁶ Esta parte do trabalho consta no artigo intitulado “O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como categoria classificatória e estigmatizante: um estudo de caso nas instituições de ensino Colégio Avanço e Universo Jovem em São Luís – Ma”, apresentado e publicado nos anais do 20º Congresso Brasileiro de Sociologia de 2021 (CARVALHO FILHO, DUTRA, 2021).

⁷ Após o surto epidêmico de encefalite letárgica, parte significativa das crianças que sobreviveram ao surto apresentaram sequelas que se assemelhavam aos sintomas do que hoje é característico do transtorno. Ressalta-se que o TDAH não resulta de um surto epidêmico.

Comportamentos que não eram apresentados antes da encefalite, e passaram a ser os resultados de um prejuízo cerebral causados pela doença (BENCZIK, 2000).

Em 1937, surge um novo personagem no percurso histórico do transtorno e, conseqüentemente seu primeiro tratamento. Charles Bradley, um psiquiatra americano, constatou que a anfetamina⁸ propiciava um efeito calmante em crianças consideradas agitadas. Ele realizou experiências com crianças e adolescentes institucionalizadas (asilos e orfanatos) e descobriu que o uso da anfetamina em crianças tidas como “normais”⁹ possuía um efeito colateral oposto ao das crianças classificadas com problemas comportamentais ou de aprendizagem (BRADLEY, 1937). Bradley observou que após o uso da anfetamina, as crianças expressavam melhora significativa com relação aos sintomas comportamentais e ao desempenho escolar. Em último caso, a administração do medicamento estimulava o desempenho escolar, mantinha controle sobre as manifestações corporais das crianças, além de influenciar na obediência.

Em 1944, outro medicamento começa a ocupar um lugar de destaque na história do tratamento do TDAH, a saber, o Metilfenidato (comercializado com o nome de “Ritalina”). Uma vez que houve um crescente aumento de diagnósticos de crianças hiperativas, passou a também se aumentar o interesse pela utilização de medicamentos estimulantes no tratamento dessas crianças. O composto foi sintetizado pelo químico italiano Leandro Panizzon, que passou a comercializar a droga no ano de 1954 quando trabalhava em uma companhia farmacêutica. O metilfenidato, inicialmente era usado para tratamentos de indivíduos em estados depressivos, psicoses e fadiga crônica. Atualmente é o medicamento psicoestimulante mais indicado para tratamento do TDAH, bastante utilizado no Brasil e em outros países.

O período que corresponde à Segunda Guerra Mundial (1939-1945) fomentou as pesquisas na área da psiquiatria. Houve um aumento significativo nos casos de internações psiquiátricas e, conseqüentemente, no número de diagnóstico de novas “doenças” resultantes do efeito pós-guerra. No decorrer desse contexto de classificações psiquiátricas, as pesquisas no que corresponde ao transtorno voltam a ganhar ênfase. Verificou-se que inúmeras vítimas da guerra passaram a apresentar casos de traumas cerebrais, geralmente acompanhados de sintomas como: impaciência, desatenção e inquietação. Diante disso, os resultados das

⁸ Inicialmente sob a denominação comercial de benzedrina, a anfetamina é um fármaco controlado, classificada como uma substância com alto potencial de dependência química. No ano de 1990, o Adderall (fármaco à base de sais de anfetamina) foi introduzido no mercado farmacêutico para tratamento do TDAH.

⁹ Neste tópico ainda não fazemos referência ao conceito de “normal”, “anormal/patológico” a partir de debate presente na perspectiva sociológica. Aqui a referência é feita a indivíduos que não apresentam comportamentos considerados problemáticos ou agitados.

pesquisas serviram como base para que pudesse se afirmar que as crianças vítimas da guerra passaram a apresentar alguma sequela (disfunção ou perda cerebral).

O percurso histórico científico com referência a hiperatividade é marcado por vários relatos de danos cerebrais em crianças que tinham um comportamento considerado “anormal”. Em vista disso, em 1940, a nomenclatura passou a ser “*Lesão Cerebral Mínima*” (LCM), apresentada pela literatura médica. A terminologia era baseada na ideia de que os comportamentos considerados hiperativos eram causados por lesões cerebrais em diferentes níveis de gravidade, desde lesões mínimas que eram responsáveis pelos problemas de comportamentos e aprendizagem, ou lesões graves que causavam paralisia cerebral ou uma “deficiência” mental.

Porém, no final de 1950 e começo de 1960 surgem críticas em relação à terminologia “Lesão Cerebral Mínima”. Estudiosos argumentavam que existia uma imprecisão em relação à identificação de uma lesão cerebral e sua correlação com características comportamentais. E a partir de 1960, com os progressos nos estudos que envolvem a temática surge um novo diagnóstico do transtorno, estabelecendo uma nova alteração em sua terminologia. Pesquisadores do âmbito da aprendizagem infantil de Oxford, na Inglaterra, descreveram um quadro de comportamentos e sintomas que as crianças manifestavam, e apontam que a nomenclatura referente ao transtorno deveria ser “*Disfunção Cerebral Mínima*” (DCM); definição da síndrome com relação a uma abordagem mais funcional. Assim como LCM, a DCM possuía uma classificação pouco definida, caracterizada pela associação dos comportamentos. Ou seja, uma causa orgânica imprecisa.

Na segunda versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)¹⁰, o DSM-II de 1968, o transtorno era nomeado como “Reação Hiperkinética”, a qual incluía as “desordens comportamentais da infância e da adolescência” e denominada nessa mesma época pela Classificação Internacional de Doenças (CID 9) como “Síndrome Hiperkinética”. O DSM-III (APA, 1980), por sua vez, modificou a nomenclatura, denominando-a de “Distúrbio do Déficit de Atenção” (DDA), com ou sem hiperatividade, e dava evidência aos principais sintomas do déficit de atenção e hiperatividade ou falta de controle. Em 1987, no DSM-III-R (Revisado) houve uma nova alteração na terminologia, passando a ser identificada pela denominação “Distúrbio do Déficit de Atenção e

¹⁰ O DSM é um guia classificatório utilizado em psiquiatria que possui sistemas que dividem os tipos de transtornos mentais, baseados em critérios com características definitórias. A primeira versão do manual oficial da American Psychiatric Association (APA) surgiu em 1952, resultante do aumento de pesquisas na área psiquiátrica por conta dos efeitos pós-guerra e do crescente casos de internações psiquiátricas.

Hiperatividade” e o manual voltou a dar destaque a hiperatividade. Em 1993, o CID 10 permaneceu com a nomenclatura “Transtorno Hipercinético” (ROTTA, 2006; BENCZIK, 2000).

O TDAH é um transtorno mental que integra o quadro nosológico da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Seu vínculo com a infância é destacado pelo Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM). Além disso, é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Durante a década de 1993, a OMS permaneceu com a terminologia do transtorno de acordo com a classificação feita pelo DSM-II. No entanto, em 1994 a versão do manual passa por uma revisão, passando a ser apresentada pelo DSM-IV, que passa a considerar o termo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e a tríade sintomática da classificação do transtorno inclui hiperatividade, desatenção e impulsividade.

Em 2000, é publicada uma revisão do DSM IV, que apresentou alterações no texto descritivo e nos códigos diagnósticos referentes ao transtorno, baseados de acordo com as atualizações do sistema da CID. No DSM-IV-TR (APA, 2002), o TDAH encontrava-se no capítulo intitulado “Transtornos que aparecem habitualmente na primeira e na segunda infâncias ou na adolescência” e caracterizava-se, essencialmente, pelos cinco critérios elencados a seguir:

- A – Padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com nível semelhante de desenvolvimento;
- B - Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou falta de atenção que causam problemas devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade. Contudo, muitos sujeitos são diagnosticados depois de os sintomas terem estado presentes durante vários anos, especialmente no caso de indivíduos com o Tipo Predominantemente Desatento;
- C – Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em duas situações (por exemplo, em casa, na escola ou no trabalho);
- D – Devem existir provas claras de um déficit clinicamente significativo do funcional social, acadêmico ou laboral.
- E – Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade). (APA, 2002, p. 93)

Com base na análise dos procedimentos listados no DSM-IV-TR, percebemos que a definição apresentada sobre a classificação da categoria diagnóstica de uma criança que pode ou não ter o transtorno é baseada na comparação de seu desenvolvimento, seja intelectual, físico e social, com o que é considerado normal de acordo com sua faixa etária.

A atualização mais recente do quadro diagnóstico e dos critérios classificatórios do transtorno é do ano de 2014, apresentada pelo DSM-V, publicada nos Estados Unidos, que o

descreve como um transtorno do neurodesenvolvimento, que causa nos indivíduos desatenção, impulsividade, desorganização e/ou hiperatividade em níveis prejudiciais. E de acordo com o guia, as interações no contexto familiar nos anos iniciais de uma criança podem chegar a influenciar no aparecimento dos problemas de conduta. Essa atualização do DSM V permaneceu com a nomenclatura “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade”, sendo a referência do termo utilizada na atualidade, principalmente no Brasil.

Na versão do DSM-V (2014), as modificações referentes ao transtorno foram poucas, o conjunto de 18 sintomas (nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade) permaneceu o mesmo. E continuaram organizados em dois grupos: um referente aos problemas comportamentais (hiperatividade e impulsividade) e outros referentes aos sintomas do déficit de atenção. As modificações da nova versão foram referentes ao critério diagnóstico de acordo com a idade, que estabelecia a classificação de crianças que apresentassem os sintomas antes dos 7 anos. Essa idade foi modificada para 12 anos. O transtorno passou a ter classificações de acordo com níveis de comprometimento causados pelos sintomas, podendo ser Leve, Moderado ou Grave. Além disso, o ponto de corte para o diagnóstico referente aos adultos baixou de seis para cinco e para as crianças continuou a ser seis. Os critérios diagnósticos presentes nos manuais psiquiátricos (DSM) são utilizados como pontos norteadores na classificação diagnóstica do TDAH, servindo também como parâmetro de tratamento do transtorno, que geralmente é medicamentoso e/ou terapias cognitivo-comportamental.

No Brasil, há muitos estudos e discussões acerca do TDAH e os conhecimentos sobre ele têm se difundido. Os pesquisadores Paulo Mattos¹¹, Luis Rohde¹² e Guilherme Polanczyk¹³ são referências no debate sobre o transtorno e defensores de sua existência. Além dos manuais diagnósticos, uma das principais fontes disseminação de informação sobre o transtorno e tudo que ele engloba, é a Associação Brasileira do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ABDA). De acordo com a associação, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurobiológico, de causas genéticas, que comumente origina-se na fase inicial da infância e acompanha o indivíduo por toda sua vida.

¹¹ Paulo Mattos é médico, ex-professor de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Possui mestrado, doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental e atualmente é professor do Programa de Doutorado em Ciências Médicas do Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino (IDOR).

¹² Luis A. Rohde é médico, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e sua residência médica foi em Psiquiatria, realizada no Hospital das Clínicas em Porto Alegre (HCPA). Atualmente é professor titular de psiquiatria da UFRGS e professor de nível de pós-graduação em psiquiatria da UFRGS e da USP. Além disso, atua como coordenador geral do Programa de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) do HCPA.

¹³ Guilherme V. Polanczyk é médico, possui mestrado, doutorado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pós-doutorado no Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience (London).

É caracterizado por sintomas como: inquietude, desatenção e impulsividade, que em porcentagem afeta de 3% a 5% dos estudantes (ABDA).

Os critérios diagnósticos utilizados para a classificação e diagnóstico do TDAH estão presentes no DSM-V. O manual descreve os sintomas e as características comportamentais a serem identificadas para diagnóstico de TDAH, cuja predominância de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade, em níveis desproporcionais, devam ser manifestados pelo indivíduo, se comparado com outros com desenvolvimento considerado equivalente, levando em conta que esses sintomas têm que apresentar-se em pelo menos dois contextos (família, escola ou trabalho) (BONADIO; MORI, 2013, p. 45-46).

Nesse panorama histórico, notamos que os comportamentos e as manifestações corporais infantis, geralmente, são encarados como “desequilíbrios” e passam a ser vistos como um problema individual, passando por categorias como defeito de controle moral, lesão cerebral, disfunção cerebral, até ser assimilado como um transtorno. A partir da década de 1960, a ênfase dos novos estudos acerca do TDAH e seu diagnóstico o legitimam como transtorno e há uma rápida difusão na sociedade sobre os novos conhecimentos dessa nova “doença” e seu conjunto de sintomas.

1.2 - A psiquiatria e as formas de classificação das “doenças” mentais

O processo classificatório de fenômenos comportamentais em “doenças” mentais não se inicia com o transtorno em debate. Contextos passados já vivenciavam a prática de classificação de comportamentos como doenças e/ou problema médico, seguindo para um enquadramento do que seria considerado normal e anormal. Contudo, ao partirmos da compreensão de que o TDAH é uma categoria psiquiátrica, já que seu diagnóstico é dado de acordo com manuais psiquiátricos (DSM), é relevante compreender como a psiquiatria surge e passa a ser incumbida de explicar as “doenças da mente”. Além disso, não podemos nos referir a essas classificações sem antes pontuar que é a loucura por meio do discurso clínico e/ou classificatório (nosológico) que abre espaço para o entendimento do que conhecemos atualmente como transtornos mentais, que comumente são relacionados a doenças e comportamentos considerados anormais.

Michel Foucault (2010), em sua obra *“História da Loucura: na Idade Clássica”* analisa a loucura a partir de uma perspectiva sócio-histórica, objetivando compreender a estrutura de exclusão dos corpos e como as tecnologias dessa exclusão funcionavam em sua lógica interna. Interessado em compreender como essa lógica se operava sobre a figura do

louco, descreve como a loucura é representada e modificada em alguns períodos históricos, concentrando suas análises na Idade Média, Renascimento e Classicismo. Nesse contexto, o autor evidencia como a loucura começa a ser transformada em doença, assumindo o status de um fenômeno patológico.

Uma das primeiras figuras que começa a fazer parte desse jogo de exclusão à qual Foucault se refere é o leproso. Durante a Idade Média, os leprosários começam a ser esvaziados e “a lepra se retira deixando sem utilidades esses lugares obscuros”. O objetivo não era eliminar a imagem do leproso, mas “mantê-la a uma distância sacramentada”. Contudo, mesmo com o desaparecimento da lepra, o espaço do leprosário permaneceu sendo uma estrutura de exclusão social.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (FOUCAULT, 2010, p. 6).

No final do século XV “a lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas”, fazendo com que os leprosários passem a ser utilizados para assegurar tratamento para essas doenças. A doença venérea se instala na ordem das doenças durante o século XVI e é “considerada num conjunto de juízos morais”. Dessa forma, no século XVII, como o leprosário funcionava como modo de internamento, ela se integra ao lado da loucura, e passa a partilhar desse “espaço moral de exclusão” (FOUCAULT, 2010, p. 8). Foucault pontua ainda que em meados do século XVII, antes da loucura ser dominada, ela tinha uma ligação “a todas as experiências maiores da Renascença” (Ibid., p. 8). Logo, a experiência da loucura ainda não era encarada de forma totalmente negativa e mesmo com suas singularidades ainda era aceita socialmente.

No período da Idade Média, a Nau dos Loucos era uma embarcação altamente simbólica, por meio dela os insanos buscavam razão. Todos aqueles indivíduos com doenças contagiosas, indivíduos que tinham comportamentos desviantes e desmedido eram abandonados, isolados e colocados à deriva nesta embarcação. Quando esta navegação era fechada “o louco era entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo” (Ibid. p. 12). Para Foucault, a figura desta embarcação representava a busca da razão pela purificação através da água e, os retratos dos insanos da Nau “são os avaros, os delatores, os bêbados”, figuras que se entregavam “à desordem e a devassidão” (Ibid. p. 25).

A partir da criação institucional da internação no século XVII que “a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (Ibid. p. 78). A partir desse momento, o sentido do internamento tem como finalidade social eliminar os considerados “a-sociais”. Para Foucault,

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo. O internamento seria a eliminação espontânea dos “a-sociais”; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia – tanto mais segura quanto cega – aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre as prisões, casas de correções, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas (FOUCAULT, 2010, p. 79).

Até o século XVII não existiam formas objetivas de cuidados com o “louco” e de evitar a loucura, como poderia ser realizado com outras doenças. Como o objetivo era manter a ordem urbana e impedir que a loucura contaminasse os indivíduos considerados normais, coube a psiquiatria reconhecer a imagem do “louco” em seu percurso ao longo dos anos. Foucault (2010) observa, nesse contexto que a loucura não foi uma descoberta, ela foi revelada no sentido de estranheza, de não ser vista como parte do meio social, resultando com que a fala e/ou verdade do louco fosse silenciada e vista como algo alienado; a loucura “vai ser reduzida ao silêncio” (Ibid., p. 45). Dessa maneira, na Europa, em meados do século XVII, o internamento transformou-se em um mecanismo de exclusão social dos considerados “a-sociais” que, vistos como um perigo para a sociedade, passam a ser tratados especificamente como, doentes, delinquentes, loucos, “figuras bizarras que ninguém reconhecia mais” (Ibid., p. 81). Esses personagens bizarros passam a ser conhecidos desta forma, pois são afastados da convivência social e das classificações que a sociedade permite.

Foucault observa que todos aqueles indivíduos que por qualquer motivo desagradavam socialmente eram classificados como loucos, faziam parte dessa classificação: “pessoas ordinárias”, “mulheres caducas”, “velhas senis ou enfermas”, “velha infantil”, “inocentes malformados e disformes”, “o espírito fraco”, “moças incorrigíveis”, “preguiçosos, intrujões e libertinos, doentes e criminosos, velhos indigentes e crianças”, “debochado”, “imbecil”, “pródigo”, “enfermo”, “espírito arruinado”, “libertino”, “filho ingrato” “pai dissipador”, “prostituta”, “insano”. (FOUCAULT, 2010, p. 82-83)

Na passagem do período que corresponde a Idade Média e da Renascença, há uma ruptura que marca a diferença do saber entre esses dois contextos, que conseqüentemente

modifica também a forma de visão sobre a figura do louco. Durante a Idade Média a loucura ainda era aceita socialmente e o louco possuía dois status sociais, de um lado era visto como aquele que profere uma revelação e por outro era visto como imprudente. Porém, com a ruptura muda-se a forma de visão sobre o louco, como retrata Foucault:

Presente na vida cotidiana da Idade Média, e familiar a seu horizonte social, o louco, na Renascença, é reconhecido de outro modo; reagrupado, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico. (...) Ora, o que caracteriza o século XVII não é o fato de haver ele avançado, menos ou mais rapidamente, pelo caminho que conduz ao reconhecimento do louco, e com isso ao conhecimento científico que se pode ter dele; é, pelo contrário, o fato de tê-lo distinguido com menos clareza; de certo modo, o louco foi absorvido numa massa indiferenciada. Esse século misturou as linhas de um rosto que já se havia individualizado há séculos (FOUCAULT, 2010, p. 121).

Foucault (2010) destaca que, os loucos, na Idade Média, pertenciam ao contexto social, pois havia uma experiência trágica da loucura que os conectava com o mundo como aqueles que diziam a verdade de forma extravagante, uma experiência que dava a eles o lugar da revelação. Portanto, a loucura inicialmente tinha uma linguagem aceita na sociedade, mesmo com suas singularidades. Os loucos ainda não faziam parte da exclusão da sociedade, pois pertenciam a um discurso e um local específico – as naus dos loucos – em relação aos outros indivíduos.

Segundo Foucault, no período do Renascimento (período científico), “a loucura é, para a razão, sua força viva e secreta” e “investida pela razão, ela é como que acolhida e plantada nela” (Ibid. p. 35). Diante disso, a loucura é submetida a razão crítica e tudo que estava relacionado à loucura era colocado à prova por meio da razão. Nessa época, a figura do louco passa a ser vista de maneira totalmente negativa, como uma figura possuída por satanás. Para a razão crítica, a loucura era uma razão incomum, “loucura da loucura está em ser secretamente razão” (Ibid. p. 207), uma razão que não é a razão de uma maioria, não era vista de forma positiva. Portanto, no período do renascimento a loucura é vista pelo crivo da razão crítica (cientificidade) e da religiosidade.

No período que corresponde ao Classicismo, período de domínio social, é onde se tem início a organização dos espaços da sociedade. A organização era centrada na ordem social e, é a partir dessa lógica de “organização” que passam a ser retirados de cena todos aqueles que na visão da burguesia causavam desordem.

Foucault (2010) pontua que na Europa neste período, é preciso “zelar pela boa conduta e pela ordem geral” (Ibid., p. 49), os excluídos eram isolados e postos sob regime de internamento (correção). Todos aqueles indivíduos que apresentavam incapacidade de

adaptação às ordens sociais vigentes passavam a fazer parte da política de segregação e, isolamento e correção da instituição, apresentada pelo autor como Hospital geral.

A lógica da internação do Hospital Geral funcionava com a finalidade de recolher, “alojar” e alimentar os indivíduos que para ele eram encaminhados, seja pela sua “autoridade real ou judiciária”. Vale ressaltar que o Hospital Geral não era uma instituição médica, mas uma instituição de punição, “uma espécie de entidade administrativa”, que detinha o poder de decidir, julgar e executar (FOUCAULT, 2010, p. 49). Em outras palavras, o hospital servia como local de isolamento, punição e correção para loucos, preguiçosos etc., assim como, se convertia em um lugar para trabalho. O trabalho visto como medida de correção e, também, como mão de obra barata.

A lógica de organização social aumenta o rol dos excluídos, internam-se¹⁴ devassos, portadores de doenças veneras, libertinos, blasfemadores, suicidas etc. A loucura começa a adentrar em uma variação de outras experiências que têm em semelhança com a desrazão e o desatino.

Esse desatino se vê ligado a todo um reajustamento ético onde o que está em jogo é o sentido da sexualidade, a divisão do amor, a profanação e os limites do sagrado, da pertinência da verdade à moral. Todas essas experiências, de horizontes tão diversos, compõe em sua profundidade o gesto bastante simples do internamento (FOUCAULT, 2010, p. 106).

Podemos dizer que a loucura, entre os séculos XV e XVIII, passou de um papel específico, a um indistinto. Portanto, o saber médico sobre a loucura não se desenvolveu, apenas funcionou como justificativa para transformá-la em uma patologia.

Mas quis o desatino, infelizmente, que as coisas fossem mais complicadas. E, de um modo geral, que a história da loucura não pudesse servir, em caso algum, como justificativa e ciência auxiliar na patologia das doenças mentais. A loucura, no devir de sua realidade histórica, torna possível, em dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental; mas não é este conhecimento que forma a verdade desta história, animando-a desde sua origem (FOUCAULT, 2010, p. 119).

Contudo, é somente no século XIX que a loucura deixa de ser uma questão moral e social e transforma-se em uma questão médica de exclusão. No movimento de institucionalização, classificação e tratamento da loucura, Philippe Pinel (1745-1826), alienista francês, é uma das principais figuras responsáveis pela transformação da loucura em doença e objeto de estudo da psiquiatria.

¹⁴ Foucault pontua que neste período o internamento representa tanto um papel negativo da exclusão, quanto um papel positivo de organização. (FOUCAULT, 2010, p. 83).

Entre os séculos XVIII e XIX, o nascimento da medicina social europeia contou com os frutos do “Iluminismo” para valorização e normalização da profissão médica. Podemos dizer então que, a classificação da loucura é marcada por dois momentos. Num primeiro momento, antes do chamado “Iluminismo” as explicações eram dadas com base no conhecimento mítico-religioso. No segundo momento, partir do “Iluminismo” (valorização das ciências e da racionalidade), quando o conhecimento científico passa a ter lugar na sociedade e a loucura passa a ser foco de estudo científico, ela que antes tinha uma explicação religiosa, agora havia uma tentativa de explicá-la por racionalidade científica. Antes de ser considerada uma doença mental, a loucura era vista como uma “alienação mental”. O “louco” era visto como um indivíduo desprovido de razão. Além disso, havia todo um estigma social pela figura do louco já que nessa época se priorizava muito a razão na sociedade.

No século XVIII e início do século XIX surgem os asilos com valor terapêutico e a loucura passa então a ser denominada como “alienação mental”, como sugerido por Pinel, começando a fazer parte do campo da medicina. No asilo, “o internamento torna possível esses famosos remédios morais – castigos e terapêuticas – que serão a atividade principal dos primeiros asilos do século XIX” (FOUCAULT, 2010, p. 87). Além disso, os loucos que eram “encerrados em grandes casas de internamento” agora possuíam um local que era só deles, o asilo (FOUCAULT, 2010, p. 382).

Na contemporaneidade, o asilo descrito por Foucault, concedeu lugar às rotinas descentralizadas no interior dos hospitais, consultórios psiquiátricos e psicológicos, locais onde pacientes passam frequentemente. Porém, só continuam em circunstâncias graves/preocupantes, e se encarados como perigo a si próprio e aos demais indivíduos ao seu redor. Nesses novos espaços psicológicos e psiquiátricos, a clínica adquire um papel essencial de intervenção, obtenção de dados e tratamento dos pacientes. Foucault (2018) pontua que os médicos no início do século XIX descreveram o que durante muito tempo permaneceu “abaixo do limiar do visível e do enunciável”. Isso significa que “a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio” (FOUCAULT, 2018, p. X-XI). Em outras palavras, a clínica “lê” o que está visível, aquilo que é evidente aos olhos da figura médica, assim como descobre problemas, dividindo as doenças em conjuntos, liberando suas verdades e fazendo visível o que até o momento era invisível. A loucura, com o surgimento da clínica e dos estudos sobre a psiquiatria passa a ser uma questão médica, sendo assim encarada como uma patologia.

Para Foucault (2018), isso só é possível por causa da percepção do clínico, da sua habilidade prática e a atenção vinculada com seus fundamentos teóricos; à capacidade de compreender não somente a linguagem verbal, como também a não verbal, passando do corpo aos órgãos, as coisas invisíveis de um indivíduo. O corpo e a mente doentes de um indivíduo transformaram-se, dessa forma, em objeto de saber, assim como suas manifestações, maneiras de alcançar o visível e o invisível, a produção e disseminação de discursos e saberes, convertendo tudo que pertence ao homem suscetível à intervenção médica e/ou tratamento medicamentoso.

Foucault (2018) pontua que “começa-se a perceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formam uma rede e exercem em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel e diferenciada. (FOUCAULT, 2018, p. 33). Assim, indivíduos classificados com transtornos mentais passam a ser, através do processo de medicalização, corpos de controle do profissional médico. Além disso, a medicalização segundo a perspectiva foucaultiana, é um mecanismo de poder disciplinar que implica que após a classificação diagnóstica de um transtorno a vida de um indivíduo não pode mais ser cuidada se não através de saberes e práticas elaborados pela área médica.

Desde o século XVIII o espaço médico já começava a penetrar os espaços sociais (família, infância) e, era através do processo de medicalização que os fenômenos sociais cotidianos eram transformados em problemas médicos. É a partir dessa época que a loucura começa a ganhar um enfoque médico. A medicalização, porém, não se limitava às doenças do corpo, abarcava também às “doenças da mente”. É a partir desse movimento que a psiquiatria é originada pela medicina social para dar conta da loucura, propiciando a medicalização da loucura e a patologização do comportamento do louco, transformando-o em um indivíduo classificado como anormal.

A medicina entre o final do século XVIII e início do século XIX, inicia seu processo de consolidação enquanto ciência moderna e, conseqüentemente, passa a ter o poder de classificar doenças e suas formas de tratamento. Nesse contexto, o campo biomédico torna o ser humano um objeto do qual se produz um saber científico, passando a orientar as formas de governar a vida desse indivíduo, tanto a nível individual, quanto coletivo. Não podemos esquecer que é a partir do desenvolvimento científico que a medicina constitui seu estatuto enquanto ciência, atribuindo-se a competência para legislar e normatizar o que seja saúde ou doença, além de surgir com a dupla promessa: de cura e prevenção de doenças. A medicina

transforma o corpo (individual e social) em um objeto passível de observação, vigilância e controle.

A valorização do saber médico e da medicina como estratégia de controle e administração da vida individual e social, favoreceu a implantação e o progresso da medicina social no Brasil. No Brasil, a loucura só começa a ser vista como desordem e perturbação a partir do século XIX. Até então os “loucos” faziam parte do convívio social (MACHADO et al., 1978). Se trata, então, de validar a “ofensiva médica, tanto no que concerne à consolidação e prestígio do ensino e da profissão, quanto em relação ao movimento da medicina social” que começa a intervir na sociedade, percebendo o louco como “um elemento de desordem e periculosidade urbana e prevê um lugar para sua correção” (MACHADO et al., 1978, p. 384). A partir disso, os médicos e higienistas brasileiros passam a reivindicar um local específico para tratamento e correção dos indivíduos classificados como “loucos”, é a partir dessa reivindicação que se cria o hospício, um local com finalidade terapêutica para os ‘loucos’.

No século XIX, o governo colonial brasileiro com o intuito construir um Estado “saudável”, busca organizar o espaço social, a população e, conseqüentemente, a medicina, visando prevenir as doenças e o caos. Dessa maneira, tudo aquilo que representava ameaça ao governo passou a ser alvo da atuação médica. Aos poucos os “loucos” passam a ser retirados da convivência em sociedade e isolados, inicialmente nas Santas Casas de Misericórdia e prisões públicas. A cidade do Rio de Janeiro, que era vista como a principal cidade do Brasil, passou a ser foco de investimento para produção de novos conhecimentos sobre o território e a população brasileira, gerando a emergência de “uma percepção da cidade e de seus habitantes como objeto específico de uma observação que produz saber e controle político” (MACHADO, 1978, p. 110). Sendo assim, poder e saber se envolviam e qualquer coisa que não era passível de estudo e controle era encarada como caos, desordem e até mesmo ociosidade.

No Brasil do século XIX coube inicialmente aos médicos higienistas distinguir as categorias de degenerados. Os psiquiatras os substituíram com mais precisão e eficiência só a partir da Primeira República, quando assumiram não só os discursos, bem como principalmente as práticas de tratamentos dos doentes mentais e da normalização de condutas (LOBO, 2015, p. 57).

Nesse sentido, no Brasil é somente a partir da Primeira República que a loucura passa a ser dominada pelo discurso médico-psiquiátrico e, com o intuito de substituir um tratamento considerado obsoleto e desumano por um tratamento de valores humanitários. Assim, a partir do século XIX a psiquiatria assume o discurso sobre a loucura e fica incumbida de seu tratamento, transformando-a em doença mental.

É certo que o doente mental, objeto de práticas psiquiátricas – e seu sujeito privilegiado, o psiquiatra -, não fora ainda objetivado pelo que se fazia com os loucos nos primeiros hospitais brasileiros, mas o “doente mental, enquanto conceito patológico definido pela nosologia psiquiátrica”, havia muito habitava os discursos médicos que, em geral, criticavam o atraso do país no “tratamento” dado aos loucos e a ausência de uma prática médica nos hospitais (LOBO, 2015, p. 57-58).

No Brasil, foi a partir do século XIX que os discursos da medicina passaram a constituir graus de degenerescência. De acordo com Lobo (2015) a primeira diferença estabelecida foi entre o “louco e o idiota, ambos afetados no cérebro ou no intelecto, ambos transgressores de norma”. A segunda diferença era feita entre o demente e o idiota e a terceira, menos precisa, “entre o idiota e o imbecil”, distinção essa que mais tarde vai ser feita pelo discurso médico-legal com mais eficácia. (LOBO, 2015, p. 58)

Essa mudança tem como resultado a reconstrução de concepções sobre saúde e doença e o papel do hospital enquanto instituição voltada a elas. A doença, que geralmente era associada à pobreza, ao vício e ao ócio, deveria ser eliminada antes mesmo de ser evidenciada e o hospital precisaria deixar de ter um perfil assistencialista para transforma-se em um lugar de organização e medicalização¹⁵. O hospital passa a ser encarado como um local de cura, produção e aprendizado do saber médico, classificação, vigilância e controle dos indivíduos.

A partir desse cenário, os hospitais e as cidades brasileiras começaram a ser reorganizadas. A cidade inicia então seu processo de urbanização. Nesse caso, com a justificativa da necessidade de prevenir o surgimento e a proliferação de doenças causadas pelo caos e sujeira, esse movimento deu aos profissionais médicos poder legítimo para cuidar da sociedade no geral. A preocupação e a reivindicação por um instrumento social que se incorpora uma nova prática profissional passam, então, a objetivar a estruturação de uma nova sociedade, planejada a partir de uma perspectiva de organização e proteção dos perigos que ameaçam sua ordem social. Diante disso, o Brasil conhece o processo de medicalização da sociedade somente a partir século XIX, quando a medicina avançou os limites e passa a adentrar em outras esferas sociais, inclusive no Estado, fundamentando seu exercício através da neutralidade científica e na ideia de promover o bem estar social. A disciplina é criada como “uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos” (MACHADO et al., 1978, p. 156), que transformava este desviante em ser normalizado.

Percebemos que assim como na Europa, no Brasil as formas de lidar com a loucura, a criação dos locais com finalidade terapêutica (hospitais, asilo, hospícios) para tratamento da

¹⁵ A medicalização passa a ser uma forma do controle médico sobre os corpos dos indivíduos e das instituições por meio da classificação, da vigilância e da disciplina.

mesma funcionaram muito mais como uma prática de exclusão social. Espaço para tratar o “louco” ou “doente mental” sempre vai na mesma direção, afastar esse indivíduo do meio urbano para que ele não perturbasse a ordem social, além disso, é a partir do internação dos indivíduos nesses lugares que de fato eles começam a ser vistos como diferentes e passam a ser estigmatizados socialmente.

A medicina entre o final do século XVIII e início do século XIX, inicia seu processo de consolidação enquanto ciência moderna e, conseqüentemente, passa a ter o poder de classificar doenças e suas formas de tratamento. Nesse contexto, o campo biomédico torna o ser humano um objeto do qual se produz um saber científico, passando a orientar as formas de governar a vida desse indivíduo, tanto a nível individual, quanto coletivo. Não podemos esquecer que é a partir do desenvolvimento científico que a medicina constitui seu estatuto enquanto ciência, atribuindo-se a competência para legislar e normatizar o que seja saúde ou doença, além de surgir com a dupla promessa: de cura e prevenção de doenças. A medicina transforma o corpo (individual e social) em um objeto passível de observação, vigilância e controle.

A partir do século XIX, a psiquiatria abandonou o termo “doente mental” e empregou o uso “transtorno mental”, buscando diferenciar e delimitar seu objeto de estudo em relação ao objeto do campo biomédico. Os transtornos mentais passaram a ser vinculados a doenças e comportamentos considerados anormais que, mesmo passando a serem classificados como patologias, ainda simbolizam perigo à sociedade.

Desse modo, foi possível perceber que, os processos de classificações diagnósticas de fenômenos como transtornos mentais, tratamento médico psiquiátrico e/ou medicamentoso não tem início com o TDAH. Desde o século XVIII quando a história da medicina psiquiátrica tem início, a psiquiatria já surge encarregada de tratar as doenças que não tinham causas orgânicas, que classificadas como “doenças da mente”, passam a ser tratadas como patologias psiquiátricas. Um transtorno mental se manifesta por meio de comportamentos classificados como patológicos, pois não se comprovam alterações no funcionamento do organismo e/ou na estrutura corporal de um indivíduo.

1.3 – Perspectivas sociológicas sobre saúde, doença, normalidade e patologia

A história destes dois fenômenos traçadas anteriormente, nos colocou diante da percepção de que a doença a partir do século XVII não se reduz apenas a sintomas fisiológicos e orgânicos patológicos e que a classificação diagnóstica de uma patologia é sustentada com

base em um padrão de normalidade. Dentro dos espaços institucionais¹⁶ criados como forma de controle normativo para indivíduos classificados com “transtornos mentais” – doenças e anormalidades comportamentais -, incluímos dentro dessa classificação a loucura e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois são fenômenos abrangidos pelo saber médico psiquiátrico e através dele transformados em fenômenos patológicos.

Ao traçar a história do TDAH percebemos que ele é classificado como um transtorno mental porque se manifesta através de comportamentos encarados como patológicos. Nesse sentido, foi necessário compreender os significados de “saúde”, “doença”, “normal” e “patológico”, uma vez que queríamos compreender o transtorno sob uma perspectiva sociológica. De antemão, frisamos que esses conceitos são produtos de processos e relações sociais que se modificam com base nas experiências dos indivíduos em sociedade e de acordo com modelos culturais. Portanto, para refletir sobre esse outro, que desde o século XIX é encarado como diferente, vamos nos ater em especialmente às representações de normal e patológico, nos baseando nas perspectivas teóricas do Émile Durkheim (2004) e do Georges Canguilhem (2009).

Émile Durkheim (1858-1917), é uma das primeiras referências sobre as representações que envolve esses conceitos. Para Durkheim, a sociedade estrutura as ações dos indivíduos e os retribui à medida que estes exercem seus papéis sociais e, se um destes indivíduos tenta ir contra o que a sociedade lhe impõe, a mesma aciona seus mecanismos de controle e coerção. Na obra “As Regras do Método Sociológico”, Durkheim dentro do capítulo III intitulado “*Regras relativas à distinção entre o normal e o patológico*” faz referência a esses conceitos:

Chamaremos normais os factos que apresentam as formas mais gerais e daremos aos outros o nome de mórbidos ou patológicos. Se concordamos em chamar tipo médio o ser esquemático que constituiríamos ao reunir num mesmo todo, numa espécie de individualidade abstrata, os caracteres mais frequentes na espécie com suas formas mais frequentes, poderemos dizer que o tipo normal se confunde com o tipo médio e que todo desvio em relação a esse padrão da saúde é um fenómeno mórbido (DURKHEIM, 2004, p. 58).

Percebe-se em Durkheim, uma correlação associativa entre o padrão de frequência, média e normalidade e a definição de seu oposto, o desviante, o anormal, o mórbido, o patológico. Ao comparar o estudo dos sociólogos com o dos fisiologistas que estudam as funções do organismo médio, Durkheim define que “um fato social não pode, portanto, ser dito normal para uma espécie social determinada, a não ser em relação a uma fase, igualmente determinada, de seu desenvolvimento” (DURKHEIM, 2004, p. 59).

¹⁶ Para a loucura os hospitais psiquiátricos e para o TDAH a escola.

Georges Canguilhem, em sua obra intitulada “*O Normal e o Patológico*” (2009) explora a história dos conceitos médicos: normal e patológico¹⁷, concebidos pela fisiologia e biologia durante os séculos XIX e XX. De acordo com Canguilhem (2009) o termo normal, tem sua definição encontrada no *Dictionnaire de médecine* de Littré e Robin definido como *normalis*, de norma, que está em conformidade com a regra, regular. O *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, de André Lalande, explicita ainda mais a terminologia normal, etimologicamente, definindo-o como aquilo que não se declina nem para direita, nem para esquerda, permanecendo no justo meio-termo, já que norma significa esquadro. Origina-se daí duas percepções: o normal como algo que deve ser e, no sentido mais comum, o que constitui a média de uma característica mensurável. Deste modo, essas conceituações são bastante limitadas, visto que “o conceito de normal não é um conceito de existência suscetível, em si mesmo, de ser medido objetivamente” (CANGUILHEM, 2009, p. 81), ou, mesmo porque “o conceito de norma é um conceito original que não pode ser reduzido (...) a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos” (CANGUILHEM, 2009, p. 92).

Segundo Canguilhem (2009), os fisiologistas descobriram no conceito de média um equivalente objetivo e um valor científico para a conceituação de norma e normal. Dessa forma, os fisiologistas, através de experimentos em laboratórios, anunciavam uma possível definição do normal. Definição esta que seria considerada absoluta, “a partir da qual qualquer desvio para além de certos limites seria logicamente taxado como patológico” (CANGUILHEM, 2009, p. 56).

Canguilhem (2009) apresenta uma definição de patológico oposta à média estatística, pela qual se compreende o conceito como o contrário de normal. O normal é definido pela ideia de normatividade, como adaptações ao meio ambiente que possibilita a sobrevivência, a origem de novas normas e a manutenção das normas eficientes, ao passo que o patológico é a presença de normas fracas e inferiores, que não possibilitam ao indivíduo a adaptação ao meio e não criação novas normas. O patológico é, diferentemente do normal, ausência de normatividade – mas não de normas. Essa mesma relação é estabelecida entre saúde e doença: “A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (Ibid., p. 73). Dessa forma, os conceitos de normal e de patológico possuem uma definição particular, variam de acordo com o meio e as relações sociais que se estabelecem em determinada sociedade, o que é patológico em determinada situação pode não ser em outra.

¹⁷ Para Canguilhem, os fenômenos patológicos são equivalentes aos fenômenos normais, salvo pelas variações quantitativas.

Percebe-se, assim, que o normal e o patológico estão diretamente relacionados a valores, o que para Canguilhem, impede da classificação de uma patologia de ser objetiva. Vale reforçar que o doente não é doente – e, portanto, patológico – em virtude da ausência da norma, mas porque é incapaz de ser normativo, de corresponder às exigências de seu meio. Dessa forma, conceituações de normal e patológico são baseadas em referenciais que podem variar de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, contudo, podem também sofrer com delimitações e padronizações feitas por saberes encarados como legítimos para operar sobre tais fenômenos e conceitos. Nesse sentido, se um indivíduo tem um certo ponto de vista sob sua condição, isso pode sofrer uma modificação caso este indivíduo receba de um médico um “diagnostico” baseado em critérios e classificações de sua profissão.

Diante disso, é necessário compreender que a definição do TDAH enquanto transtorno, seus sintomas e critérios diagnósticos foram, na realidade, criados com base em diferenciações entre o normal e o patológico, o aceitável e o rejeitado, como também entre indivíduos - a criança adequada (“normal”) e a inadequada (“anormal”) a determinados padrões estabelecidos socialmente.

1.4 - Patologia como marca de “diferença” representada pela ideia de estigma

A partir dos pontos inicialmente abordados notamos que desde o século XVIII, o indivíduo classificado com algum “transtorno mental” passou por diferentes percepções e julgamentos sociais e, é a partir desse contexto que qualquer referência feita aos transtornos é encarada como marca depreciativa. Portanto, as manifestações comportamentais de um indivíduo que são classificadas como patologias são vistas como um marcador de diferença.

O termo “transtorno” resulta na ideia de perturbação, desordem e a partir disso o “transtorno mental” é visto como algo irracional, monstruoso, sendo associado socialmente a ideia de desvio. Notamos então uma relação entre patologia, estigma e desvio.

Erving Goffman (2019), sociólogo e escritor canadense, dedicou seus estudos dentro da teoria social a análise das interações sociais e as “instituições totais”, lugares onde os indivíduos eram isolados do convívio social, com a finalidade de concentrar e normalizar as atividades desses indivíduos.

Goffman em sua obra “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (2019) desenvolve o conceito de estigma e é ele que se faz importante para essa pesquisa.

O processo de identificação e de estabelecimento de um diagnóstico, legitimado por um saber especializado, opera nos atores sociais como estigma. O termo estigma, segundo

Goffman (2019), foi criado pelos gregos para fazerem referência a sinais e/ou marcas no corpo, e, através delas, evidenciar algo extraordinário ou ruim sobre os que as possuíam. Essas marcas sinalizavam as pessoas cujo contato deveria ser evitado. Em nossa sociedade com seus esquemas de classificação, não há muita diferença na forma como o termo ainda é utilizado, já que, regularmente, lhe é atribuído um sentido depreciativo. Para Goffman “utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original” (GOFFMAN, 2019, p. 15). Contudo, o que se torna necessário é uma linguagem de relações, e não de atributos, visto que:

O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro (GOFFMAN, 2019, p. 148-149).

Portanto, para diferenciar o que é bom e ruim, o que é aceito e rejeitado, a sociedade define categorias e atributos considerados comuns e naturais para os membros de acordo com cada categoria social. Com base nisso, presume-se que em um primeiro contato com um indivíduo desconhecido, já se tem uma ideia em relação a qual categoria o indivíduo é pertencente. Esse caráter de estranheza e/ou diferença atribuído ao indivíduo é nomeado como identidade social virtual e as categorias e os atributos que esse indivíduo realmente possui, identidade social real. É necessário haver uma concordância entre esses dois tipos de identidade social, caso contrário este indivíduo é reduzido e visto como uma pessoa “estragada”, “diminuída”, até mesmo inaceitável enquanto um ser humano. Em outras palavras, ela passa a carregar um estigma.

O conceito de desvio tem relação direta com o conceito de estigma. Assim, tanto para Erving Goffman (2019) quanto para Howard Becker (2008), para haver desvio, é necessário que se tenha normas socialmente instituídas. São as regras sociais que “definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como ‘certas’ e proibindo outras como ‘erradas’” (BECKER, 2008, p. 15). Se as regras impostas forem infringidas por um indivíduo, este passa a ser visto como um tipo especial: um *outsider* ou um desviante. Dessa maneira, os próprios grupos sociais são responsáveis pela produção e imposição de regras que devem ser seguidas pelos indivíduos e pela classificação de atitudes e comportamentos como adequados e inadequados. certos e errados.

Nesse contexto, os desvios são criações sociais que rotulam aqueles que infringem as regras que são impostas. Portanto, estigma e desvio constituem-se através de situações sociais de contato misto em que as normas não são cumpridas. Com base nisso, tendo em vista que o convívio social é baseado em normas e regras já existentes, os impositores profissionais devem descobrir, identificar e punir os infratores destas, ou ainda notá-los como “‘diferentes’ e estigmatizados por sua não-conformidade”, criando “desviantes particulares que a sociedade vê como *outsiders*” (BECKER, 2008, p. 167).

Gilberto Velho (1981) em seu livro “*Desvio e Divergência*” revela que o comportamento considerado desviante não está presente no indivíduo, mas está na sociedade, pois é ela que ao estabelecer regras e normas de condutas, que se não são seguidas, constituem o que se caracteriza como desvio. Portanto, não existe um indivíduo desviante, se ele é assim visto, é em relação ao meio social em que está inserido. Como sinaliza Velho:

A própria noção de desviante vem tão carregada de conotações problemáticas que é necessário utilizá-la com muito cuidado. A ideia de desvio, de um modo ou de outro, implica na existência de um comportamento “médio” ou “ideal”, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social. (VELHO, 1981, p. 17).

Podemos dizer que Velho (1981) segue a mesma linha de percepção do desvio de Howard Becker (2008), pois para ele o desvio não reside no próprio comportamento e sim na interação entre quem transgredir as normas e quem reage à transgressão. Portanto, a concepção de que um indivíduo é desviante também não passa de uma construção social.

A forma de compreender indivíduos considerados desviantes, tomando nesse a classificação de um indivíduo como louco ou como tendo o TDAH, o problema do desvio está associado a uma noção de patologia, especialmente porque a normalidade é tomada a partir de uma perspectiva médica e estatística. Portanto, aquele que foge dessa média é classificado a um nível patológico.

Desde muito cedo as crianças têm contato com as regras sociais de sua sociedade, e estas regras são transmitidas a elas desde sua infância; elas aprendem como se deve pensar e agir no meio social. Segundo Becker (2008), “as regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”” (BECKER, 2008, p. 15). Moldar a partir de um ideal. Além da criação da imagem de um homem ou uma mulher “ideal”, criam-se classificações e punições para quem não condiga com essas regras: os desviantes ou estigmatizados. É por isso que existe uma classificação da figura infantil, como as crianças “adequadas” e as crianças “inadequadas” e,

todo processo de patologização dos comportamentos inapropriados que englobam uma variedade de transtornos, inclusive o TDAH.

A análise sobre o estigma em crianças diagnosticadas com TDAH releva uma relação do transtorno com a escola e sociedade por meio do estigma, ou melhor, da criação de regras e expectativas para determinados indivíduos e sua transgressão. Uma criança diagnosticada com o transtorno recebe um rótulo psiquiátrico que a difere das demais crianças.

Estes autores compreendem que os indivíduos não refletem sobre o uso dos rótulos, porém é preciso levar em conta sua continuidade de seu uso. Trazemos como exemplo a pesquisa intitulada “Alunos Excepcionais: um estudo de caso de desvio” realizada pela Dorith Schneider (1981)¹⁸. Trata-se de um estudo em escolas sobre crianças que são chamadas de “alunos excepcionais” ou “atrasados especiais”, comumente também denominados de “deficientes mentais educáveis”, que revelam a continuidade de rótulos atribuídas a elas. As crianças eram geralmente observadas pelos professores; e, se apresentassem alguma dificuldade ou atraso em sua aprendizagem, eram submetidas a um teste de inteligência (Teste de Nível Mental – TNM – Gille) que permitiria seu diagnóstico e a classificação como um aluno excepcional. A criança “excepcional” era considerada uma criança diferente que apresentava comportamentos como: tendência da frustração, teimosia, indisciplina, falta de concentração, inquietação (semelhantes aos comportamentos de um aluno classificado com TDAH). Os comportamentos e sintomas apresentados por esses alunos passam a definir o aluno “excepcional” como uma categoria social. Schneider (1981) ressalta que “uma vez definidas como desviantes, a tendência será sempre procurar nas crianças os sinais e sintomas do seu desvio; quaisquer manifestações de sua parte servirão de prova de sua ‘excepcionalidade’” (SCHNEIDER, 1981, p. 73). Nesse sentido, o rótulo de desvio pressupõe que um indivíduo classificado como desviante estará sempre sujeito a ter uma relação anormal com os demais indivíduos de seu convívio social. O trabalho escrito por Schneider, permite compreender como discentes “classificados” como alunos “excepcionais” eram inseridos na conjuntura socioeducacional da instituição escolar. A partir dele é possível compreender como o diagnóstico e a categorização do educando com necessidades educacionais especiais resultam em uma divisão e catalogação desses alunos como desviantes, implicando assim em relações sociais consideradas atípicas no ambiente escolar e social, devido ao impacto que a categorização como desviante resulta na vida do indivíduo. Durante o convívio dos indivíduos em sociedade foram empregados diversos mecanismos de padronização social de tudo que é

¹⁸ O estudo realizado por Dorith Schneider se desenvolveu em escolas do Estado da Guanabara no Rio de Janeiro (RJ).

tido como “normal” e socialmente aceito. Desta forma, tudo que é considerado atípico carrega em si uma forte exclusão social, estabelecendo no indivíduo a indispensabilidade de ajustes para ser aceito e se encaixar dentro dos parâmetros socialmente estabelecidos.

De acordo com o que foi abordado e descrito na pesquisa sobre os alunos “excepcionais”, levando ao cerne da questão relacionando aos estudantes com o TDAH, deve-se compreender como a criança está socialmente integrada e como classificações e rótulos implicam na construção do sujeito como indivíduo e no impacto do estigma nas relações sociais no ambiente escolar.

O estigma, portanto, está relacionado com a identificação, punição, necessidade de adaptação e de correção de um indivíduo para que ele possa integrar-se e conviver socialmente sendo reconhecido como alguém “normal”. Finalmente, quando voltamos nossa atenção para uma análise sobre crianças classificados com TDAH, devemos compreender quais são os modos pelos quais essas crianças são inseridas no âmbito escolar, sua relação com a patologização de seus comportamentos e sua identificação como um “diferente” ou um “desviante”.

2 - O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) E AS INSTITUIÇÕES ESCOLARES

O presente capítulo buscou traçar quais processos permitiram que o transtorno fosse ligado e reconhecido dentro das instituições escolares, inicialmente pontuando como o movimento higienista marcou tanto a educação europeia quanto a educação brasileira em séculos. No capítulo anterior vimos como a história do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi se consolidando e as classificações dos indivíduos como “anormais” é dominada pelo discurso clínico da psiquiatria.

Este segundo capítulo está subdividido em três tópicos: no primeiro tópico “Institucionalização das crianças: a escola como um instrumento promotor de ordem social” apresentamos como a escola passa a ser instrumento disciplinador, de classificação e de manutenção da ordem social.

No segundo tópico, intitulado “A instituição escolar brasileira, o TDAH e aspectos legais” abordamos os instrumentos legais que passam a ter relevância no processo de inclusão e garantia de acesso à educação dos alunos classificados com o transtorno.

No último tópico, “A anamnese como um símbolo de ação dentro do contexto escolar” apontamos como *anamnese* escolar implica nas relações e no tratamento que os alunos classificados com TDAH recebem dentro de uma instituição escolar. Para dar sentido a reflexão que é levantada sobre a anamnese enquanto símbolo de ação, nos baseamos nas perspectivas analíticas de Tim Ingold (2008; 2012) e do Bruno Latour (2012).

2.1 Institucionalização das crianças: a escola como um instrumento promotor de ordem social

Philippe Ariès em sua obra intitulada “*História social da criança e da família*” (1986) ao refazer o percurso histórico da importância social da criança e do sentimento de infância, indaga sobre o caráter biologizado da infância e constata que ideias e as abordagens feitas sobre a figura da criança não são definitivas. O autor destaca que no fim da Idade Média, as crianças não recebiam tantos cuidados de seu núcleo familiar e menos ainda das autoridades públicas, visto que as guerras, pestes e até mesmo a fome dizimavam boa parte da população, principalmente os indivíduos considerados fragilizados. No século XVII, no cenário europeu, eram comuns o infanticídio, maus-tratos e o abandono de crianças “órfãs”, “degeneradas” nas casas de rodas¹⁹.

¹⁹ Também conhecida como casas dos enjeitados, casas dos expostos ou casas de misericórdia. A casa de roda, criada em 1738, era uma instituição que funcionava como um sistema de recolhimento de crianças abandonadas.

As *casas de roda*, conhecida também como roda dos expostos, era uma instituição que tinha como objetivo caritativo-assistencial recolher as crianças que eram abandonadas. Durante o Brasil colônia, essa instituição tornou-se um grande depósito de crianças enjeitadas. A casa de roda foi um marco na história social de crianças abandonadas, tanto na Europa quanto no Brasil.

Durante o século XVII e mais precisamente o início do século XVIII - Iluminismo – houve mudanças significativas em relação a criança. As mudanças dos costumes, hábitos, costumes, formas de pensar proporcionaram mudança de abordagem e olhar sobre a infância: as crianças deixaram de ser misturadas aos adultos, passando a ser vistas como indivíduos inocentes e frágeis.

Apenas por volta do século XVII é que a criança vai ter uma certa importância social. É a partir desse momento que as famílias começam a se interessar pelo desenvolvimento físico e emocional de seus filhos, dando-lhes um tratamento mais individualizado. É levando isso em conta que surge a preocupação de separar o mundo infantil do mundo adulto, surgindo então a necessidade de escolas com o objetivo de alfabetizar.

A escola substituiu a aprendizagem como meio de educação. Isso quer dizer que a criança deixou de ser misturada aos adultos e de aprender a vida diretamente, através do contato com eles. (...) a criança foi separada dos adultos e mantida à distância numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo. Essa quarentena foi a escola, o colégio. Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização (ARIEËS, 1986, p. 11).

Desta maneira, a escola começou a ser o local da infância e a criança deixou de aprender apenas na convivência de sua família. As crianças então passam a ser retiradas do mundo adulto para que não tivessem contato com as imoralidades sociais, para não serem desvirtuadas.

A educação teria, então, duplo papel: a prevenção dos males, a fim de evitar o contágio físico e moral das crianças e dos jovens com os fatores de degenerescência²⁰ (como por exemplo, a promiscuidade, doenças transmissíveis, condutas morais etc.) e a correção dos males reversíveis pela ação da disciplina (LOBO, 2015).

Desse novo corpo proveio o modelo de *fardo social*, a produzir os sentidos que passou a ser chamado de “deficiência” objeto de novas coerções eugênicas ou sanções normalizadoras médico pedagógicas. Ele seria também o modelo preventivo a orientar a institucionalização das crianças (LOBO, 2015, p. 207).

²⁰ Partia-se da ideia de que a promiscuidade e a pobreza causavam desordem social.

Com a justificativa de prezar pela educação, saúde, moral e bem-estar infantil, a sociedade passou a distanciar a criança do mundo adulto, desenvolvendo o sentimento da infância, preparando a criança para um bom desenvolvimento físico e moral.

Em 1920, a escola primária passou a ser incumbida da tarefa de disciplinar a natureza da infância, através do poder de modelar hábitos, a saúde e da educação infantil. A escola então, começa a ser pensada como um local apropriado para dar continuidade à ordem social e a partir desse momento a educação passa a ser transformada em um aparelho disciplinar eficaz. Aos poucos o movimento higiênico vai aumentando a vigilância, a repressão e a disciplina, começando no núcleo familiar e se estendendo até o âmbito educacional. Os médicos higienistas partiam do pressuposto que, se o controle do corpo tivesse início na infância de um indivíduo, este cresceria seguindo as normas higiênicas e se tornaria um adulto com o ideal desejado. Em outras palavras, um adulto higiênico.

Na década de 1920 a diferenciação entre crianças “normais” e “anormais” era feita em conjunto de agentes sociais considerados donos de um saber autorizado, tais como professores, diretor e médico, que elaboravam e assinavam um documento que era conhecido como carteira biográfica escolar²¹. Nesse documento, deveria aparecer dados da observação que demonstravam características de normalidade, anormalidade ou degenerescência, além de constar aspectos físicos, traços morais, marcas de hereditariedade e detalhes do ambiente familiar.

A higienização como um modo de disciplina, foi penetrando e consolidando suas raízes nas instituições da infância, com isso a criança começa a ser pensada apenas através de ótica individual, moral e patológica. A escola enquanto instituição transforma-se então essencialmente em uma instituição disciplinar, propulsora do progresso científico e de ordem social.

Segundo os higienistas, saber diferenciar entre quando a personalidade de uma criança era normal ou anormal, era necessário para que se avançasse cientificamente e, nesse caso, caberia ao professor estar apto a ajudar nessa diferenciação que se estabeleceu na pedagogia científica, onde a intenção era tornar a prática mais humanitária. Em outras palavras, crianças consideradas anormais passariam a ser isoladas em uma escola própria, para assim serem corrigidas e disciplinadas. Dessa forma, a figura do educador passou a ser visto como um forte auxiliar higienista, cabendo a ele não apenas o papel de educar, mas também de identificar anomalias.

²¹ A carteira biográfica escolar foi criada em 1914 pelo italiano Ugo Pizzoli, médico-pedagogo criador da pedagogia científica e da Escola Normal em São Paulo.

A disciplina, ao consolidar suas raízes na escola, passa então a ser sinônimo de adaptação, moldagem e eficiência, buscando desenvolver e racionalizar a criança para discipliná-la, não apenas em seu aspecto físico, como também moral, pois a disciplina, como pontua Michel Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir* (2019), produz e dociliza os corpos:

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência) (FOUCAULT, 2019, p. 135).

Ainda seguindo essa linha de pensamento foucaultiana, essa “docilidade” acaba permitindo que a disciplina transforme o homem em “homem máquina”, em um ser analisável e produtivo, um corpo manipulável: “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (Ibid., p. 134).

Desde o século XVIII, as principais instituições sociais são penetradas e consolidadas pela disciplina. Contudo, é na instituição escolar que mais se enxerga a força desse disciplinamento, pois ela favorece a desigualdade, discriminação e controle infantil. E atualmente, na configuração social moderna, a escolarização faz da escola uma instituição autoritária, homogeneizante e normatizadora.

Sendo então a escola uma instituição de vigilância, que tem a sensação normalizadora como instrumento, ela funciona como um aparelho para punir os desvios. Ela vigia e pune todo e qualquer tipo de conduta desviante. A patologização, que será tratada mais especificamente, é uma forma de apontar os desvios, ao passo que a medicalização vem num segundo momento para punir, isto é, tratar o que se encontra em estado de anormalidade.

Podemos pontuar que, o exame, mais conhecido atualmente como prova ou avaliação, é uma das formas de punição e disciplinamento presente dentro do contexto escolar, pois é uma prática que acaba auxiliando o professor a detectar o nível de aprendizagem de uma criança. Foucault trata sobre o exame, dizendo que:

O exame combina as técnicas de hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade (FOUCAULT, 2019, p. 181).

Diante do exposto, chamamos atenção sobre o exame como um dos instrumentos que pode colaborar para que o professor sinalize que uma criança não tem um desenvolvimento adequado e pontue isso como um possível aspecto para que se investigue se um aluno tem algum tipo de transtorno.

Os anos se passaram e ainda hoje a ciência médica se faz presente nos espaços escolares. A escola continua sendo uma instituição classificadora e punitiva, que homogeneiza e patologiza comportamentos infantis. Aqueles alunos que “desviam”, são considerados “problema”, que não acompanham o desenvolvimento dos demais e passam a ser estigmatizados, sendo vistos como alunos sem condições de sucesso.

Nos dias atuais, a indisciplina de um aluno aparece como uma das principais queixas entre os educadores. Ela tem relação direta com o diagnóstico de TDAH, pois as crianças que apresentam comportamentos considerados indisciplinados acabam sendo patologizadas manifestação indisciplinar.

A história da infância foi constituída como um objeto passível de intervenção disciplinar e higiênica dentro do processo histórico e social brasileiro. A “infância como instituição, forma histórica como hoje é conhecida e valorizada não existia” (LOBO, 2015, p. 295). Podemos, então, dizer que a noção de infância começou a ser definida não apenas por aspectos biológicos, como também por aspectos históricos e sociais. À vista disso, a nova concepção sobre a figura da criança possibilita descrever o que há de social em sua vida, abarcando suas interações e relações com outros indivíduos, expressões e doenças. Diante disso, é possível se estabelecer uma relação entre sociedade, infância e TDAH.

2.1.1 O sistema educacional brasileiro e o TDAH

O Brasil sofreu forte influência do movimento eugênico europeu, tanto que no país não se tem muita diferença da história dos modelos hospitalocêntricos de tratamento com a figura louco e nem no modelo educacional de institucionalização das crianças, ambos influenciados por um modelo de higienização para manutenção da ordem social.

A história da educação brasileira, entre os séculos XIX e XX, ainda é marcada por resquícios de uma educação europeia, fundamentada em cuidados médicos assistencialistas que, marcada pelo período pós Primeira Guerra, começa a ter sua preocupação voltada para os serviços assistenciais. Segundo Lilia Lobo (2015),

O século XIX assistiu ao surgimento de novas formas repressivas e assistenciais de controle das populações das cidades (...) as institucionalizações promovidas pelo século XIX não se resumiram à criação dos poucos estabelecimentos especializados, antes inexistentes no país (alguns apenas de fachada): hospício para loucos e idiotas,

internatos especiais para surdos e cegos, além do caráter médico que os hospitais começavam a apresentar. As separações institucionais ocorreram também nos saberes, especialmente o médico-psiquiátrico das apropriações classificatórias das alienações, com subclassificações, e mais tarde, no início de século XX, a produção da figura da criança anormal, que passou a compor definitivamente os discursos e práticas médico-pedagógicas (LOBO, 2015, p. 250).

Vimos no capítulo anterior que a figura da criança com o TDAH possuiu um vasto repertório de classificações, entre as elencadas estão: uma criança com defeito no controle moral; uma criança portadora de uma deficiência mental leve; uma criança afetada pela encefalite letárgica, sendo identificada como hipercinética ou hiperativa; posteriormente, criança apenas com *déficit* de atenção, até chegar a ser reconhecida apenas como uma criança com transtorno do *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH). Essa foi a gama de denominações que as crianças com o transtorno tiveram antes de serem enquadradas como TDAH na literatura médica em meados do século XX. Salientamos que o Estado as classifica como “crianças anormais”, depois enquadra em instituições especializadas, não visando em incluir, mas preocupado com o que essa criança poderia significar socialmente.

A produção de subjetividades individualizadas, da valorização das identidades, deuse também pelo artifício das inclusões das institucionais – por sinal, no Brasil, bastante hierarquizadas – [...] A rigor, é muito difícil, hoje, alguém estar excluído das instituições especializadas (escola, empresa, prisão, quartel, hospital etc.) ou das classificações dos indivíduos que elas constantemente produzem. (...) É praticamente impossível alguém, por mais socialmente “excluído” que esteja, não ter sido colhido pelo olhar do fichário de hospício, abrigo, delegacia de polícia ou serviço de assistência; ter sempre parte da vida registrada, sujeita a classificação na ordem de um desvio qualquer, mesmo que nenhuma providência seja tomada para melhorar sua vida, o que é o mais provável (LOBO, 2015, p. 251).

É a partir dessa força potencializadora que o Estado tem de classificar (excluir e incluir) e enquadrar indivíduos, que as instituições educativas infantis surgem como estabelecimento especializados, não com uma visão inclusiva, mas como consequência de interesses jurídicos, religiosos, políticos, médicos e pedagógicos.

O século XX possui marcos significativos no que se refere ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e a história da educação brasileira. No primeiro capítulo vimos que é a partir dele que o TDAH ganha notoriedade e passa a ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é nesse mesmo século, que a história da educação brasileira começa a delinear contornos próprios e significativos. A escola se torna o local mais apropriado para a cultivar bons hábitos na infância, onde se objetivava a harmonização do espírito e do corpo através da disciplina.

No cenário nacional, o transtorno até hoje é foco de várias controvérsias entre pesquisadores da área da saúde. Alguns guiados por uma perspectiva positivista/organicista

defendem que o transtorno é de base genética, de causas neurobiológicas, que são responsáveis por sintomas como: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Outros pesquisadores, guiados por uma perspectiva sócio-histórica, afirmam que o transtorno representa um processo de patologização da educação, em outras palavras, há uma transformação das questões políticas, sociais e educacionais em questões médicas.

Nas instituições escolares brasileiras, desde a década de 1990, um número significativo de crianças e adolescentes passou a ser identificado com o Transtorno do *déficit* de atenção e hiperatividade. Percebemos que, geralmente, elas têm sido identificadas e encaminhadas por seus professores (a figura deste profissional acaba tendo legitimidade como diagnosticador primário de problemas comportamentais e emocionais de crianças e adolescentes) aos consultórios médicos mediante a justificativa de que suas condutas e comportamentos não condizem com o que é considerado normal dentro do ambiente escolar.

Santos e Freitas (2016), ressaltam que apesar da literatura médica ser capaz de explicar a trajetória do que atualmente é classificado como TDAH, desde cerca de cem anos, o surgimento desta explicação do transtorno no âmbito das escolas é mais recente. Nas primeiras décadas do século XX, na história de educação brasileira, encontramos discursos higienistas e eugenistas, mas recentemente encontramos discursos biomédicos relacionados às escolas e a seu corpo discente.

Ao analisarmos a contextualização acerca do TDAH no Brasil que estes autores fazem, é relevante entender como os diagnósticos médicos são elementos muito importantes para ratificar os diagnósticos escolares, além de parecer crucial para qualquer discussão sobre temáticas relacionadas ao transtorno. Ainda que o diagnóstico médico-clínico apareça como um elemento importante para o diagnóstico do transtorno, ele não deixa de lado o que tem sido pesquisado nas áreas da neurologia, psiquiatria ou genética. Nesse sentido, “as escolas estão delegando à medicina a autoridade para legislar sobre problemas ou questões que poderiam ser vistos como escolares ou sociais, num claro processo de medicalização” (SANTOS; FREITAS, 2016, p. 1079).

Ao examinar o transtorno dentro do cenário educacional brasileiro percebemos que o professor aparece como umas das figuras de potencial para perceber o “problema” ou que existe algo de “errado” com aquela criança/adolescente, muitas vezes antes até mesmo da família. O professor, identifica comportamentos ou sintomas e encaminha esse aluno para uma possível avaliação médica. Porém, na maior parte dos casos, os professores possuem um conhecimento limitado sobre o transtorno, ou até mesmo não tem nenhum conhecimento, fazendo com que o encaminhamento seja baseado em rotulações como “aluno mediano”, “indisciplinado”,

“bagunceiro” etc. Dados levantados por diferentes pesquisas sugerem que atribuir o diagnóstico de TDAH tem sido uma prática corrente para explicar um amplo conjunto de problemas apresentados pelas crianças nas escolas.

O processo de diagnóstico do transtorno pode ser feito por médicos (neuropediatras, neurologistas) com ou sem auxílio da equipe multidisciplinar (geralmente composta por psicólogo, psicopedagogo, neuropsicólogo e fonoaudiólogo). O diagnóstico do TDAH envolve algumas etapas: a primeira delas é a entrevista com os pais, onde se faz um levantamento dos sintomas e relato sobre os comportamentos da criança/adolescente no ambiente familiar e em ambientes sociais. Em um segundo momento, entrevistas são realizadas com professores, onde eles relatam sobre o comportamento da criança/adolescente no ambiente escolar, levantamento de queixas, sintomas, desempenho escolar e como é o relacionamento destes com os adultos e com os colegas. Para definir um diagnóstico de TDAH em uma criança/adolescente, pais e professores preenchem questionários e escalas de sintomas dos alunos/as em avaliação. O processo é composto por diferentes níveis de avaliação/observação desse aluno/a: uma em consultório, uma avaliação neuropsicológica, uma avaliação fonoaudiológica e uma avaliação psicopedagógica.

A partir do que foi exposto, podemos postular que o processo de transformações históricas pelo qual o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) passou, incluindo as consequentes mudanças em sua nomenclatura, até fazer parte da literatura médica e se institucionalizar no sistema de saúde mundial, contribuíram para a estigmatização do transtorno, envolvendo diferentes agentes sociais no processo de classificação do transtorno como uma patologia.

2.2 A instituição escolar brasileira, o TDAH e os aspectos legais²²

A Declaração Mundial²³ sobre Educação para Todos (1990), compreendendo que a educação, embora não como condição suficiente, tem importância imprescindível para o desenvolvimento pessoal e social. Em seu Artigo 3º (Universalizar o acesso à educação e promover a equidade) ressalta que:

As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

²² Ressaltamos que apesar da educação inclusiva não ser tema de debate desta dissertação, abordamos os aspectos legais de acesso à educação das crianças com TDAH, pois este capítulo buscou retratar como o transtorno está ligado as instituições escolares.

²³ Aprovada em pela Conferência Mundial sobre Educação para Todos, em Jomtien na Tailândia.

O objetivo da conferência constitui-se como um marco significativo em relação ao processo de inclusão no sistema de ensino, não apenas de indivíduos com deficiências, como também todos aqueles que foram de certa forma marginalizados do processo educacional.

Nesse sentido, a Declaração de Salamanca (1994) só veio reiterar e complementar a perspectiva da conferência mundial. De acordo com a declaração o Estado é responsável por assegurar o acesso à educação dos indivíduos com deficiência que façam parte do sistema de ensino. Segundo o documento:

As escolas devem acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Devem acolher crianças com deficiência e crianças bem-dotadas; crianças que vivem nas ruas e que trabalham; crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos ou zonas desfavorecidas ou marginalizadas (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994, p. 17-18).

A partir da assinatura da Declaração de Salamanca, a ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção) inicia sua mobilização, visando conquistar garantias legais para as pessoas diagnosticadas com o transtorno do déficit de atenção e Hiperatividade). Em 2017, o Ministério da Educação instituiu a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva inclusiva, porém essa política não incluía os alunos classificados com o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) como público-alvo. Atualmente o transtorno já é reconhecido pelo Exame Nacional do Ensino Médio.

Nesse contexto de afirmação do direito à educação, no Brasil, a Lei nº 9.394 de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), pela primeira vez dedicou um capítulo referente à Educação Especial. No Capítulo V, Artigo 58º diz o seguinte:

Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

§ 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.

§ 2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

§ 3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.

É importante ressaltar que, apesar da LDBEN ser o instrumento que determina a organização escolar brasileira e abranger a inclusão em sua diversidade de aspectos, somente de alguns anos para cá os estudantes com TDAH conseguiram um amparo legal.

Ainda assim, a LDBEN não estabelece as singularidades que o aluno com TDAH possui, então busca-se um amparo legal para a inclusão desse aluno na Resolução CNE/CBE

nº 11/2001 (Brasil, 2001) que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na educação.

Art. 5º Consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentarem:

I - Dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos:

a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica;

b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências;

II – Dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis;

III - altas habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes.

Como no Brasil ainda não foi aprovada uma legislação específica de âmbito nacional que englobe os alunos diagnosticados com o TDAH, entre outros transtornos comportamentais, eles são beneficiados pelo conjunto de leis, resoluções e diretrizes nacionais que se referem ao sistema de educação, sendo público-alvo do atendimento educacional especializado (AEE) e clientela da Educação Especial.

No dia 9 de novembro de 2021 foi aprovado pelo Senado Federal o Projeto de Lei Nº 3517/2019 (Antigo PL 7081/2010). A seguir tem um trecho referente ao projeto (ABDA):

O projeto de Lei 7081/2010, de autoria do Senador Gerson Camata (PMDB), cuja relatoria é da Deputada Federal Mara Gabrilli (PSDB – SP), tem por objetivo instituir, no âmbito da educação básica, a obrigatoriedade da manutenção de programa de diagnóstico e tratamento do TDAH e da Dislexia. O projeto já foi aprovado no senado e faltam apenas 3 comissões para ser aprovado na Câmara dos Deputados. O projeto estabelece que as escolas devam assegurar aos alunos com TDAH e Dislexia acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem, e que os sistemas de ensino garantam aos professores formação própria sobre a identificação e abordagem pedagógica.

Projeto de lei 3517/2019 obriga o poder público a oferecer um programa de inclusão na educação e na saúde, através de capacitação de profissionais da área de ensino, assim como o diagnóstico e tratamento precoce a alunos da educação básica diagnosticados com dislexia, TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) ou qualquer outro transtorno de aprendizagem.

O projeto original, é de 2008, saiu do Senado e passou pela Câmara, passou por algumas alterações como: a ampliação do escopo da lei para todos os tipos transtornos de aprendizagem e não abrangendo apenas Dislexia e o TDAH. O tratamento previsto no texto engloba a identificação precoce do transtorno, o encaminhamento do educando para diagnóstico, o apoio educacional na rede de ensino, bem como o apoio terapêutico especializado na rede de saúde.

O projeto prevê ainda que os sistemas de ensino deveriam garantir aos professores da educação básica a capacitação para identificar os primeiros sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou ao TDAH, bem como para o atendimento educacional escolar dos estudantes.

2.3 A *anamnese* como um símbolo de ação classificatória dentro do contexto escolar

A *anamnese* é um documento que contém o histórico de um aluno, uma ficha extensa desenvolvida com o objetivo de conhecer e entender melhor as necessidades desse aluno. Ela permite e indica ao professor e a equipe pedagógica a melhor forma de fazer intervenção em sala de aula e, geralmente as informações presentes nesse documento são fornecidas pelos pais e/ou responsáveis dos alunos. Quando o aluno não possui um diagnóstico de algum transtorno, é através da *anamnese* que se dá os primeiros indícios de um encaminhamento para um possível diagnóstico.

A *anamnese* escolar molda e transforma os campos de ação da instituição, ou seja, é um objeto que não é inerte, ela tem papel fundamental, essencial nas associações presentes na estrutura de ação da escola. É ela indica como a gama de profissionais tem que agir de determinadas maneiras ou de outras, sem o diagnóstico presente nela, talvez a eles ações desses profissionais seriam outras.

As observações feitas em salas de aula e de atividades fora dela permitiram verificar que o fato de o aluno ser classificado com TDAH influencia na forma como a direção, professores e até os demais alunos o tratam. Portanto, pode-se afirmar que a *anamnese* acaba por conduzir a maneira como esse aluno tem que ser tratado dentro da instituição, é um documento que ganha vida. A *anamnese* dentro dos espaços escolares acaba sendo representada como coisa, pois “é através de sua imersão nessas circulações, portanto, que as coisas são trazidas à vida (INGOLD, 2008, p. 32). A percepção da *anamnese* como algo que atravessa diferentes relações sociais, leva em conta como os alunos são apresentados e representados através desse documento. Segundo Ingold,

[...] o modo como eles são apresentados carrega a marca de um certo modo de imaginar o sujeito humano – a saber, como um lugar de consciência, limitado pela pele é definido em oposição ao mundo – que está profundamente sedimentado no pensamento ocidental tradicional. O problema da percepção, então, diz respeito a como algo pode ser traduzido, ou “atravessar” de fora para dentro, do macrocosmo do mundo para o microcosmo da mente (INGOLD, 2008, p. 2).

A *anamnese* é uma ficha extensa que serve como documento de acompanhamento para psicopedagoga e psicóloga no contexto escolar. É por meio dela que essas profissionais têm

acesso a diversas informações sobre os alunos, como: o meio em que eles vivem, história de vida, suas reações passadas e presentes. Levando isso em conta podemos conceber a anamnese como uma coisa, pois como aponta Ingold:

a coisa, por sua vez, é um “acontecer”, ou melhor, um lugar onde vários acontecimentos se entrelaçam [...] Se pensarmos cada participante como seguindo um modo de vida particular, tecendo um fio através do mundo, então talvez possamos definir a coisa, como já havia sugerido, como um “parlamento de fios”[...] Assim concebida, a coisa tem o caráter não de uma entidade fechada para o exterior, que se situa no e contra o mundo, mas de um nó cujos fios constituintes, longe de estarem nele contidos, deixam rastros e são capturados por outros fios noutros nós. Numa palavra, as coisas *vazam*, sempre transbordando das superfícies que se formam temporariamente em torno delas (INGOLD, 2012, p. 29).

Ao transpormos essa reflexão para pensar o TDAH no interior da instituição escolar, frisamos que é através do diagnóstico feito com base na *anamnese* que as relações e interações dos alunos classificados com TDAH com os demais acaba sendo moldada. Diante disso, é perceptível que a *anamnese* não possui um caráter fechado, pois ela ultrapassa seu sentido de documento e passa a ser constituída e constituir as relações sociais que permeiam os alunos diagnosticados com o TDAH e os demais.

Muito já foi escrito sobre as relações entre pessoas e objetos com base na ideia de que a diferença entre eles é longe de ser absoluta. Se as pessoas podem agir sobre os objetos que as circundam, então, argumenta-se, os objetos “agem de volta” e fazem com que elas façam, ou permitem que elas alcancem, aquilo que elas de outro modo não conseguiriam (INGOLD, 2012, p. 33).

Diante disso, é importante ressaltar que as interações presentes no campo escolar não são neutras de um olhar diferenciado (positivo ou negativo) para com esses alunos, a realidade do papel e a realidade prática. É perceptível que a relação entre gestão escolar, psicopedagoga e os demais alunos está muitas vezes ligada a documentos como os laudos e a *anamnese*.

A perspectiva do Tim Ingold (2012) nos ajuda a perceber como a *anamnese* pode influenciar no tratamento que esse aluno recebe dentro da instituição escolar. Outro autor que nos permite pensar esse objeto por sua ação é o Bruno Latour (2012). Ele focaliza na relação entre aquilo que é humano e aquilo que é não humano (um objeto, um artefato), nesse caso a *anamnese*. Segundo o Latour um objeto:

[...] não deve ser visto como algo explicável pela “estrutura social” além de sua lógica interna; ao contrário, sua lógica interna é que pode explicar alguns traços daquilo que faz uma associação durar mais e estender-se por um espaço maior (LATOUR, 2012, p. 25).

O mesmo acontece com o laudo; ele é o objeto que nos permite explicar a dinâmica e as relações que acontecem dentro da estrutura social da escola, levando em conta o tratamento

com esse aluno. É através desses documentos, tanto do laudo quanto da anamnese que conseguimos compreender como a rede de associações da escola se estrutura para o possível tratamento e acompanhamento dos alunos classificados com TDAH. Porém, só temos a percepção que esse objeto acaba influenciando nas relações sociais que acontecem dentro da escola porque nosso olhar acaba sendo disciplinado a isso.

A *anamnese* acaba indicando qual tratamento esse aluno deve receber em sala de aula e fora dela; indica como os professores devem agir com esses alunos e quais metodologias de ensino utilizar em atividades, aulas e avaliações. Portanto, é sempre necessário refletir sobre o real papel de objetos, como a *anamnese* ou qualquer outro tipo de laudo influência nas relações sociais e nas vidas dos agentes presentes dentro do campo escolar.

3. INSTITUIÇÃO ESCOLAR COMO UMA INSTITUIÇÃO TOTAL: O PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

No capítulo anterior vimos como TDAH foi se firmando como um “problema” do âmbito educacional, uma vez que seus sintomas se apresentam com mais intensidade dentro desse contexto. Neste capítulo, o objetivo é descrever a instituição escolar “Nova Geração”²⁴, localizada na região central de São Luís – MA e a instituição escolar “Universo Jovem”, compreendendo como seu funcionamento e dinâmicas institucionais podem colaborar para a identificação e classificação do transtorno como uma categoria classificatória.

Do ponto de vista metodológico, mobilizamos técnicas pesquisas consideradas pertinentes relacionadas ao problema de pesquisa. Inicialmente utilizamos a etnografia, aporte metodológico que exige do pesquisador percepção para compreender a rotina, os gestos e as emoções dos indivíduos em sua singularidade. Nesse sentido, a observação direta, foi de extrema importância para conhecer os diversos ambientes e as dinâmicas da instituição. Além disso, para coleta de dados foram utilizadas entrevistas como complementos da observação e não menos indispensável. Relacionando descrições do pesquisador (observação) e as dos pesquisados (entrevistas), sendo assim caracterizadas por não serem “isoladas”, nem independentes da situação de pesquisa (BEAUD; WEBER, 2014)

Dentro do debate feito no primeiro tópico deste capítulo, apresentamos a instituição escolar como uma “Instituição Total”, levando em conta as características dessas instituições na visão de Erving Goffman. A instituição total, como a escola, é um local que determina o “eu” do indivíduo, reforça uma estigmatização do aluno com TDAH, a relação de poder que existe entre corpo docente (professores, equipe psicopedagógica, gestão escolar) e o corpo discente (alunos/as) e estabelece a figura do/a psicopedagogo/a como detentor/a de um discurso classificatório em relação ao aluno com transtorno. Embora o conceito de instituição total seja um tipo ideal no sentido weberiano e um ou outro aspecto ultrapasse certas características deste campo empírico, a descrição segue o conceito de instituição total goffmaniana.

Este capítulo está dividido em 4 tópicos. Nos dois primeiros tópicos descrevemos as estruturas físicas, organizacionais e as formas de funcionamento das duas instituições escolares. No terceiro tópico abordamos as características das instituições operacionalizando com a categoria Instituição Total. E por fim, no quarto tópico, apresentamos as análises das

²⁴ Tratam-se de nomes institucionais fictícios.

entrevistas das duas escolas, pontuando também quais dinâmicas institucionais corroboram com esse estigma sobre a figura do aluno diagnosticado com o TDAH.

3.1 A estrutura física e o funcionamento da instituição escolar “Nova Geração”

A escola Nova Geração, é uma instituição que oferta uma educação de modalidade integral. Nesse regime, os estudantes entram às 7h30 e são liberados às 17 horas. O modelo educacional da instituição é baseado em uma educação de ensino médio regular e profissional técnico.

Posto isto, a instituição escolar tem um espaço físico bem amplo, é cercada por muros altos e é composta pelas seguintes áreas: dezesseis salas de aulas; um Centro de Iniciação Científica (CIC) que possui um total de seis laboratórios, dois destes voltados para área de informática básica, um para área de matemática, um para área de física, um para área de química e outro para de biologia; uma sala de recursos pedagógicos (Atendimento Educacional Especializado); uma sala de direção, uma secretaria; uma sala de reuniões; uma sala de coordenação pedagógica; uma sala de professores; um refeitório (para almoço e lanche dos alunos); uma sala de Projeto de Vida²⁵; uma sala da gestão administrativa; uma sala de tecnologia da informação, uma biblioteca, uma sala de robótica, uma sala de coordenadores dos cursos técnicos, um auditório; duas quadras; um espaço com piscina e um amplo estacionamento para os funcionários.

A escola possui um total de 625 alunos, entre estes 16 possuem algum tipo de necessidade educativa especial. A instituição conta com dezesseis salas de aula em funcionamento, todas climatizadas, divididas entre seis turmas de 1º ano, cinco turmas de 2º e cinco turmas de 3º ano do ensino médio. Os horários das disciplinas são alternados entre as matérias básicas do ensino médio e as matérias do ensino técnico profissional. A instituição atualmente oferece 10 cursos técnicos, são eles: Técnico em desenvolvimento de sistemas, técnico em eventos, técnico em gastronomia, técnico em guia de turismo, técnico em informática, técnico em manutenção e suporte em informática, técnico em meio ambiente, técnico em produção de áudio e vídeo, técnicos em serviços jurídicos e técnico em serviços públicos.

²⁵ Dentro do contexto da educação integral, o Projeto de Vida faz parte do Projeto Político Pedagógico e é considerado um alicerce desse modelo educacional. O projeto é baseado em metodologias que possibilitem o desenvolvimento acadêmico e pessoal dos estudantes.

A escola conta com uma estrutura física dividida em 3 andares (térreo e mais dois andares superiores) e um subsolo. Depois do portão e corredor de entrada da escola, logo de início, à esquerda tem uma área com piscina, um laboratório do curso de áudio e vídeo, um espaço com mesa de jogos de ping-pong, um auditório e banheiros feminino e masculino. Descendo mais um pouco, ainda à esquerda do corredor principal da entrada, fica o CIC, local onde ficam todos os laboratórios da escola e duas turmas de terceiro ano. Um pouco mais abaixo, na lateral do CIC, descendo uma escada, tem uma quadra de esportes.

O piso principal da escola (térreo), em seu centro tem uma recepção. Logo depois de passarmos por este espaço, à sua direita fica a sala de secretaria, ainda à direita temos a sala de recursos pedagógicos e duas turmas de primeiro ano. À esquerda, depois de passar pela recepção encontramos uma sala de direção e logo depois um laboratório de informática. De frente para o laboratório de informática existe um corredor com mais três espaços, uma é sala da gestão administrativa, uma sala de tecnologia da informação (STI) e a biblioteca. O corredor principal do primeiro piso dá acesso ainda a uma escada que leva direto ao refeitório, onde os alunos fazem suas refeições e lanches.

A área que corresponde à biblioteca conta com um acervo significativo de livros, e está equipada com computadores para momentos de pesquisa dos alunos. Além disso, possui um espaço amplo com mesas e cadeiras para estudo dirigido e dois espaços específicos voltados para estudo em grupo.

O térreo possui duas escadas que dão acesso ao piso superior da escola ou segundo andar. Este, conta com sete salas de aula em funcionamento, divididas entre turmas de primeiro ano e segundo ano, uma sala da gestão pedagógica, ao lado desta fica a sala dos coordenadores de cursos. Dentro da sala existe um outro compartimento, que funciona como sala de reuniões da gestão. No terceiro piso, contém uma sala de professores e mais três sala de aula do terceiro ano.

Na instituição existe um espaço que chama bastante atenção: a sala de Recursos Pedagógicos, voltada para atendimento dos alunos com necessidades educacionais especiais. A sala é um espaço voltado para atendimento e acompanhamento dos alunos da educação especial²⁶ com um profissional do Atendimento Educacional Especializado (AEE). A sala serve como apoio à sala de aula comum; é um espaço que oferece meios e metodologias que proporcione um aprendizado efetivo aos estudantes. O profissional do AEE trabalha em conjunto com os professores e até mesmo com auxílio de outros alunos.

²⁶ O público alvo do AEE geralmente são alunos com algum tipo de deficiência (auditiva, visual), transtorno do espectro autista (TEA), com altas habilidades e superdotação.

Nos corredores da escola e também em outros espaços como biblioteca, os estudantes ficam sob a vigilância de diferentes autoridades. Além disso, outra coisa que chama bastante atenção é que todos os ambientes da escola, exceto os banheiros, possuem câmeras de segurança. Esta é uma característica das instituições sociais contemporâneas: a vigilância.

Das observações iniciais e dos contatos feitos durante a pesquisa *in loco*, pudemos observar que existem figuras cruciais no que tange à identificação ou à sinalização do TDAH no contexto educacional. Podemos pontuar que uma das principais é a figura do professor; a segunda é a psicopedagoga, e, por fim, a profissional do AEE. De maneira geral, o professor é o primeiro que sinaliza que o aluno tem limitações ou comportamentos que o diferem dos demais, fora do que a escola considera como “normal”. A sinalização deste profissional já apresenta estereótipos como “aluno mediano”, “indisciplinado”, “bagunceiro”, “irritado”, “inquieto”, “isolado” etc.

A partir da sinalização do professor, de que esse aluno se difere dos demais e de que este pode ter algum tipo transtorno ou dificuldade de aprendizagem, as profissionais do AEE e a psicopedagoga conversam com a direção escolar e a família desse aluno é convidada a comparecer na escola para uma reunião. A direção escolar explica a situação e repassa para a família as orientações necessárias para buscar o auxílio clínico/psicológico, para que diagnóstico desse aluno seja feito. É este mesmo procedimento que o corpo escolar faz, para reconhecimento e encaminhamento de um aluno para o diagnóstico de TDAH.

Esse processo de identificação e de estabelecimento de um diagnóstico, legitimado por um saber especializado, opera nos atores sociais o que o sociólogo Erving Goffman chamou de estigma. O termo estigma, segundo Goffman (2019), foi criado pelos gregos para fazerem referência a sinais e/ou marcas no corpo. Através delas se evidenciava algo extraordinário ou ruim sobre os que as possuíam. Essas marcas sinalizavam que o contato com essas pessoas deveria ser evitado. Em nossa sociedade com seus esquemas de classificação, não há muita diferença na forma como o termo ainda é utilizado, já que, regularmente, lhe é atribuído um sentido depreciativo. Para Goffman “utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original” (GOFFMAN, 2019, p. 15).

Além disso, pelos primeiros contatos feitos com a equipe pedagógica e psicopedagógica que recebe os alunos já diagnosticados e com laudos de TDAH, percebeu-se que esses profissionais tinham uma preocupação em manter um diálogo intenso entre escola e família, o que se torna essencial para a interação desses alunos com os demais atores envolvidos dentro da instituição.

Desse feito, constatou-se que a escola se encaixa em uma das definições de instituição total do Goffman, pois por se tratar de uma instituição que oferece uma educação baseada em um modelo integral, os alunos estão envolvidos em uma situação semelhante e num mesmo espaço de tempo, convivendo e sofrendo influência da administração dessa instituição. Além disso, “o aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade” (GOFFMAN, 2015, p. 17).

Além disso, ainda dentro da perspectiva sociológica goffmaniana, a escola ainda se caracterizaria como um estabelecimento social, pois trata-se de um local físico (com um conjunto bem amplo de salas e dentro dos seus espaços internos existem atividades de determinados tipos), mas também que indica uma “situação social” bem definida, reunindo uma coletividade chamada alunos e uma variedade de agentes sociais, formando um “corpo institucional”. Segundo Goffman: “Os estabelecimentos sociais - instituições, no sentido diário do termo, - são locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fábricas em que ocorre atividade de determinado tipo. Na sociologia, não temos uma forma bem adequada para sua classificação” (GOFFMAN, 2015, p. 15). Dentro das descrições mencionadas, compreendemos que a escola oferece espaços amplos para o desenvolvimento de atividades, não apenas dentro das turmas, como também fora delas. Na escola há diversas opções de locais que proporcionam distrações e envolvimento com atividades que vão além de uma grade curricular comum. Goffman (2015) indica uma gama de aspectos das instituições totais:

Em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais (GOFFMAN, 2015, p. 16)

Portanto, no que se refere a sua estrutura física observamos que a escola em seu caráter total simboliza uma barreira dos seus alunos com o bairro ao seu redor, mesmo que essa barreira seja por um determinado período em que os alunos não podem ultrapassar seus muros.

3.2 Os aspectos organizacionais e físicos que envolvem a instituição escolar “Universo Jovem”

A escola Universo Jovem está localizada no bairro do Cohatrac em São Luís, próxima a uma das avenidas principais do bairro. A instituição oferta uma educação de ensino fundamental, funcionando nos turnos matutino, vespertino e noturno e, oferece ainda uma

estrutura básica para o desenvolvimento educacional de seus estudantes. No turno vespertino, que foi o que observamos durante as visitas, a entrada dos alunos é marcada às 13h, com intervalo das 15h45 às 16h e o horário de saída é às 17h30 e neste turno a escola tem matriculados aproximadamente 600 estudantes.

A escola é cercada por muros na frente e laterais altos. Assim que passamos pelo primeiro portão de entrada da escola, tem uma pequena escada que dá acesso ao portão principal da instituição. Ao passar por ele temos à sua direita uma área ampla, onde geralmente os pais aguardam a saída dos filhos. À esquerda dele temos a janela da sala de secretaria, que é um dos primeiros contatos que temos com os profissionais logo depois de termos sido recebidos pelo porteiro. Depois dessa área ampla, há mais um portão, esse que dá acesso ao espaço escolar mais completo, como as salas de aula, direção etc.

Em relação a sua infraestrutura a escola possui 17 salas de aulas em funcionamento, uma sala de leitura, uma cozinha, uma sala de secretaria, esta com uma sala de direção em seu espaço interno e em frente a essas duas uma sala de coordenação. Um refeitório para alimentação dos alunos, uma despensa, banheiros adequados à educação infantil e banheiros adequados à alunos com deficiência e/ou mobilidade reduzida. A escola possui ainda um pátio coberto e uma área verde internamente e em suas laterais.

A instituição possui uma divisão de dois espaços bem amplos, um que corresponde ao ensino fundamental menor e outro que corresponde ao ensino fundamental maior. Para uma melhor descrição destes dois espaços, vamos denominar de local 1 o espaço correspondente ao ensino fundamental menor e de local 2, o referente ao ensino fundamental maior.

No local 1 é onde encontramos a secretaria da escola; no corredor à sua esquerda temos um banheiro para os profissionais da instituição. Seguindo este corredor encontramos a sala de recursos pedagógicos e depois desta uma sala de aula. Ainda nesse primeiro espaço, tem-se um refeitório, uma sala de arquivos, e depois o almoxarifado.

Neste primeiro espaço temos um salão amplo principal, que pelas observações é onde se realizam os eventos da instituição, tais como: reuniões com pais e/ou responsáveis, projetos das disciplinas, entre outros. Neste salão há banheiros (masculino e feminino), seis salas de aulas. Todas as salas de aula deste primeiro espaço atendem ao ensino fundamental menor.

O corredor principal da instituição, que é o mesmo que dá acesso ao local 2 da escola, antes da passagem, temos a sala de professores e um bebedouro, que podemos dizer central. Logo na passagem de um local a outro, o corredor possui mais dois portões e suas laterais não são paredes, mas gradeados até o teto. E além desses gradeados dos corredores, podemos ver mais uma “parede” gradeada do lado direito e do lado esquerdo um dos muros laterais da escola.

Ao subir pelo corredor principal estamos no segundo espaço da instituição, aquele das séries do ensino fundamental maior. Este espaço possui 10 turmas em funcionamento, sendo três turmas de 9º ano, e as outras 6 divididas entre turmas de 8º e 7º anos.

Durante os intervalos cada um desses espaços é supervisionado pela direção, diretora e vice-diretora. É na hora do intervalo que todos os alunos se misturam e têm contato uns com os outros.

Nos momentos de observações pudemos perceber que a escola Universo Jovem, é instituição na qual existem muitos conflitos internos entre seus alunos. Não teve um dia sequer durante os dias de observação que não se tinha um aluno machucado por ter brigado com outro, alunos na direção levando chamada da diretoria ou pais e/responsáveis que foram chamados por causa de algum conflito entre seu filho e algum colega, seja da mesma turma ou de outra. A diretora era sempre a figura que intermediava os conflitos entre os estudantes. Certo momento durante as observações ela relatou que na 3º advertência de um aluno, já se iniciava uma possível transferência deste para outra unidade escolar.

Um dia, esperando durante o horário do intervalo na sala de professores, dois deles perguntaram sobre a pesquisa e o levantamento de dados que estava sendo feito. Assim que respondidos, uma das professoras relata que “Os menores têm acompanhamento, se não me engano na escola existem dois cuidadores e eles são atendidos nos contraturnos. Atualmente eu fico assustada com a explosão de diagnósticos de transtornos e com essa inclusão que é mais uma exclusão”.

3.3 As instituições escolares “Nova Geração” e “Universo Jovem” como instituições totais

Nos dois tópicos iniciais deste capítulo descrevemos as duas escolas em seus aspectos físicos, organizacionais e o modo de funcionamento de cada instituição escolar. De certa forma a descrição já sinaliza uma delas dentro da categoria “instituição total”²⁷ do Erving Goffman. Neste tópico pretendemos a partir das descrições já feitas realizar uma abordagem geral das características das instituições totais pontuando quais cada escola apresenta.

A “Nova Geração” que é pautada em uma escolarização de modelo integral e em sua forma de funcionamento os alunos passam a maior parte do seu dia, das 7h da manhã às 17h30 e usufruem de refeições, alargando a permanência no espaço escolar. Podemos, portanto, nos

²⁷ A classificação que traçamos aqui não pretende ser completa, nem totalmente definitiva. Há possibilidade de traçar um perfil mais geral a partir da lista de instituições a qual Goffman faz referência, mas o esquema que este autor propõe não é exclusivo das instituições às quais ele faz referência e nem todos os traços aplicam-se a todas elas (GOFFMAN, 2015, p. 16-17).

questionar se esse tipo de escolarização levará a um maior impacto em uma instituição que já goza de forte legitimidade. Além disso, essa forma de escolarização requer também a aceitação do/da jovem. Bem ou mal, esses jovens interiorizaram o desejo de seus pais, os valores e as normas escolares, em nome do futuro.

A escolha da “Nova Geração” é apoiada pelo desejo de estudos com horários regulamentados que incitem os alunos *ao curso técnico* e os auxilie a *adquirir métodos de trabalho*. A instituição apresenta um contexto escolar rigoroso que se difunde para além das missões centrais da escola, ao conjunto do cotidiano.

A “Universo Jovem” que oferece uma educação básica guiada pelo modelo tradicional que conhecemos de permanência na escola e ainda sim também exerce força significativa de legitimidade e autoridade com seu corpo discente.

Como os pacientes do Hospital Santa Catarina, observados por Goffman, os alunos procuram lugares confortáveis, ou pelo menos locais onde possam se esparramar, como fariam se estivessem em casa. Um espaço que geralmente utilizam é a biblioteca, por ser silenciosa, espaçosa e possuir poltronas, sofás. Além disso, a equipe escolar presta grande atenção à organização temporal, fazendo com que os tempos ocupados se sucedam. Em ambas as instituições, as refeições e/ou lanches, intervalos são cronometrados e por vezes chegam a se sobrepor.

Muitas instituições de ensino contribuem simultaneamente e/ou sequencialmente para a inclusão e socialização de crianças e jovens. Seus campos de atuação são diversos, desde atividades educativas, esportivas, artísticas ou culturais. Seus objetivos são igualmente diversos: da simples tutela à educação, do aprendizado ao lazer, da prevenção ao cuidado, da iniciação à competição. Essas instituições possuem valores e missões específicas, e muitas vezes possuem uma organização estruturada de suas práticas, incluindo seus profissionais e usuários. Essa socialização diversa e fragmentada expõe o indivíduo a possibilidades abertas, incertas e muitas vezes confusas (GUIGUE; BOULIN, 2016, p. 985).

Podemos dizer que em ambas as instituições escolares, às quais nos referimos nesta dissertação, implementa o formato de aprendizagem em um espaço separado e protegido de acordo com um cronograma estritamente planejado. Nelas, enquanto âmbito coletivo, as regras são impessoais, ou seja, aplicam-se a todos de forma indiferenciada. Ao longo da infância e adolescência, a imposição de regras escolares e o seu impacto nos percursos pessoais, sociais e profissionais dos alunos tornam-nas mais importantes do que outras medidas educativas. Do ponto de vista da experiência juvenil, nessas instituições, os jovens mudam sua vida social, seu entretenimento e seus trabalhos escolares, mas nem sempre no sentido esperado.

Na escola “Nova Geração” as atividades realizadas parecem se segmentar naquilo que Goffman (2015) interpreta como três esferas da vida cotidiana: sobrevivência (descanso e sono, alimentação, higiene), trabalho (aulas e estudos orientados) e descanso (entretenimento). Tais características correspondem aos critérios que Goffman (2015) retém para construir o conceito de *instituição total*, que ele define precisamente ao compará-la com as condições da vida moderna:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade (GOFFMAN, 2015, p. 17).

Este termo *total*, portanto, qualifica vários controles sobre as atividades de diferentes ordens, assim como os membros são obrigados a viver no mesmo espaço. Este controle faz todas as atividades diárias serem

[...] rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva em tempo predeterminado à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários [...] as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. (GOFFMAN, 2015, p. 18).

No entanto, apesar desse controle, apesar da delimitação feita por *quatro paredes*, apenas dentro da escola “Nova geração” essas organizações são “[...] ricas em atividades clandestinas.

A “Nova Geração” se difere da “Universo Jovem” quando se trata da forma de ensino oferecida. Na escola “Nova Geração” a amplitude dos horários e a sua necessidade de ocupação levam os profissionais a propor atividades culturais, esportivas ou de lazer. Com base nesses casos, revelam o que são consideradas atividades de lazer cultural legítimas, como teatro, ping pong. Eles também podem sugerir atividades que os jovens gostem, incluindo atividades opcionais, como artes marciais, hip-hop, futebol feminino e robótica. Fora da escola, todas essas atividades são objetos de escolha e, portanto, consideradas lazer. No contexto obrigatório da educação integral, por vezes merecem o termo “escolha escolar”, que designa possíveis mudanças nos percursos educativos. Um paradoxo da dominância do modelo de pontos na vida cotidiana é que ele permite que os alunos participem de atividades extracurriculares que não estão disponíveis em instituições comuns. Mas, ao mesmo tempo, essas atividades se tornam cultas, borrando as linhas entre trabalho e lazer.

Cada etapa das atividades diárias dos alunos é realizada na companhia direta de um grande grupo de pessoas, seus colegas de turma e são obrigados a fazer as coisas juntos, como assistir aulas, participar de projetos etc.

Todas as atividades escolares seguem um rigoroso cronograma sequencial, uma levando à outra, e toda a sequência de atividades é imposta de cima para baixo, por um sistema claro de regras e grupos governantes. Diversas atividades obrigatórias são reunidas em um plano racional e único, que diz atender às metas oficiais estabelecidas pelas instituições. As necessidades de muitos são controladas pela organização burocrática. O controle e a vigilância exercida pelas direções escolares, garantem que todos cumpram as normas estabelecidas, ao mesmo tempo em que evidencia se algum dos alunos infringe alguma dessas normas.

Há uma divisão fundamental entre o principal grupo controlado (os estudantes) e uma pequena equipe de gestão que os supervisiona. O primeiro tende, pelo menos em alguns aspectos, a se sentir inferior, fraco e repreensível. Os segundos tendem a aparecer como superiores e corretos. Há também limitações de informação, principalmente em relação aos planos dos diretores para com os alunos.

Além disso, as duas instituições são estabelecimentos cercadas por muros que delimitam e separam suas áreas que possuem algumas características peculiares: pessoas qualificadas, como parte de suas responsabilidades, têm papel visível nos horários adequados das atividades do estabelecimento. A participação obrigatória na atividade do estabelecimento é vista como um sinal de compromisso e mostra a aceitação das consequências da participação na definição da sua natureza, papel e posição como recluso. Os problemas de adesão que aparecem nas atividades institucionalizadas são indicadores de como as pessoas se adaptam ou discordam do papel e do significado que o estabelecimento atribui a elas (GOFMANN, 2015, p.17-18).

Outra característica que podemos encontrar da instituição total nas duas escolas, é a barreira que estas colocam entre o internado, nesse caso os alunos, e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu (GOFFMAN, 2015, p. 24). De modo geral, evidentemente, os alunos nunca estão inteiramente sozinhos; estão sempre em posição em que possam ser vistos e muitas vezes ouvidos por alguém, ainda que apenas pelos colegas de turma (Ibid., p. 32).

Os perfis segundo os quais a instituição escolar recruta todo o pessoal que trabalha nos internatos, da equipe de direção aos assistentes de educação, são válidos para todos os estabelecimentos. Os assistentes de educação são os que zelam pelos alunos que necessitam de algum atendimento especializado. Esses profissionais entretêm, involuntariamente, os estudantes, com relações pessoais de afetividade, simpatia, bondade, mas também de irritação.

De acordo com a nossa objetivação do espaço, configuração e interações com esses atores sociais, postulamos que os estudantes chegam às instituições com uma “cultura aparente”, como afirmava Goffman, derivada de um mundo familiar “uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas se discussão até o momento de admissão na instituição” (GOFFMAN, 2015, p. 23)

Nas escolas há os alunos de vários tipos de necessidades especiais, como os surdos, os com mobilidade reduzida, os com algum transtorno. Neste estudo focalizamos apenas nos estudantes classificados com o TDAH. A proximidade ao longo do dia e os efetivos reduzidos criam um contexto relacional onde todos, jovens e adultos, se conhecem e convivem, desejem eles ou não. Para os alunos, a vida dentro de uma instituição escolar lhes permite experimentar o peso do olhar dos outros. O clima é frequentemente carregado de intensas emoções que podem passar rapidamente do agradável ao penoso. E é impossível se evitar, escapar ao olhar das outras pessoas. Para os alunos classificados com TDAH, é importante ter amigos. Eles são a garantia de um apoio mútuo, mas podem também ser uma fonte de desconforto.

Durante as observações, podemos perceber que os alunos da escola “Universo Jovem” são classificados em dois grupos: os alunos que não precisam de atendimento educacional especializado e os que precisam.

Dentro da instituição o principal setor para atendimento dos alunos é a sala de Atendimento Educacional Especializado. Nesta sala os alunos que fazem parte desse tipo de atendimento são atendidos toda semana, em escalas montadas semanalmente.

Há outras pessoas que circulam pelas instituições escolares que são os familiares, mas o percurso destes geralmente é a diretoria ou espaços de reuniões de pais. Estes, assim como a equipe dirigente, conseguem transitar em dois mundos: o mundo do interno e o mundo externo (GOFFMAN, 2015). Outros atores que percorrem os âmbitos das escolas é a equipe de limpeza e vigilância.

Apenas uma das escolas, a “Nova geração” possui uma equipe de profissionais responsável pela construção da carreira do aluno classificado com TDAH, desde a sua matrícula no início do ano letivo, até quando estes alunos finalizam o ensino médio. Eles são responsáveis pelo acompanhamento desses alunos, até na solicitação de uma avaliação adaptada.

Goffman (2015) elenca uma gama aspectos gerais das instituições totais. Há diferenças intergrupais relevantes a serem consideradas, tais como: equipe escolar e alunos, que não formam grupos homogêneos. No estudo de instituições totais é importante saber quais são as diferenças e semelhanças comuns dentro de cada grupo principal. Outra questão importante no estudo de instituições totais, nesse caso a instituição escolar, é como o poder é distribuído entre

os gestores das escolas e a equipe escolar. Em ambas as instituições podemos dizer que a divisão acontece da seguinte forma: temos a gestão/direção escolar, que é responsável pela representação da escola, nas reuniões burocráticas dentro e fora da instituição, ou seja, com a sociedade mais ampla, a Secretaria de Educação (Municipal e Estadual). A outra parte, a equipe, lida com visitantes da instituição, vínculos externos dos alunos.

Ressaltamos que nenhum dos membros da equipe escolar exerce a função do outro. Cada função é estabelecida na maior parte das vezes pela sua formação e cada ator age estrategicamente mediante as demandas de cada instituição. Nesse sentido, se conforma com o alto nível da equipe dirigente (direção escolar).

Embora o conceito de instituição total seja um tipo ideal no sentido do Weber e um ou outro aspecto ultrapasse certas características do campo empírico escolhido aqui, as descrições seguiram o conceito de instituição total goffmaniana. Podemos pontuar que a “Nova Geração” foi a instituição que mais apresentou características de uma instituição total, até mesmo levando em conta o tempo de permanência dos estudantes dentro dessa escola e pela sua modalidade de ensino oferecida. Dentro do âmbito escolar desta instituição há uma série de lugares onde esses alunos ficam sob diferentes autoridades e dentro do aspecto central da escola pelo menos duas das esferas da vida são aspectos característicos da escola, levando em conta que esse aluno está atrelado a atividades diárias, relativamente com um certo número de outras pessoas, até certo ponto tratadas de forma igualitária e sendo obrigados a cumprir coisas conjuntamente. Além de cumprir determinadas regras da instituição, atendendo aos objetivos oficiais da mesma e sob uma autoridade maior, nesse caso a imagem da direção das instituições.

Além disso, a escola ainda se caracterizaria como um estabelecimento social, pois trata-se de um local com um conjunto bem amplo de salas e dentro dos seus espaços internos existem atividades de determinados tipos. Segundo Goffman:

Os estabelecimentos sociais - instituições, no sentido diário do termo, - são locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fábricas em que ocorre atividade de determinado tipo. Na sociologia, não temos uma forma bem adequada para sua classificação (GOFFMAN, 2015, p. 15).

A partir de tudo observado, percebemos que a escola é um local que oferece espaços suficientes para desenvolver atividades não só dentro da sala de aula, mas várias opções de locais que oferecem distrações e atividades além do que estamos acostumados a ver no ensino público.

3.4 As instituições escolares Nova Geração e Universo Jovem: efeitos da classificação diagnóstica do TDAH na produção social de atores estigmatizados

No tópico anterior (3.3) as escolas foram caracterizadas como campo de pesquisa, e suas estruturas físicas e funcionamento foram descritos a fim de localizá-las dentro da categoria instituição total (GOFFMAN, 2015). Ressalva-se que apenas uma delas apresenta mais características que a outra, no que se propunha a analisar. Neste tópico, para além da estrutura física das instituições já descritas as relações e interações que nelas acontecem.

É preciso mencionar que a análise das entrevistas feitas com os atores sociais das instituições Nova Geração e Universo Jovem, apresentadas nesse processo dissertativo, foram feitas tentando relacionar os estudos sobre desvio/estigma presentes nos trabalhos de Howard Becker, em específico a obra *Outsiders: estudos de sociologia do desvio* publicada originalmente em 1991 e os estudos do autor Erving Goffman, em específico a obra *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicada originalmente em 1981, para investigação em uma relação teórico-prática se o diagnóstico do TDAH é ou não um elemento de estigmatização dentro dessas duas instituições.

As percepções sobre o TDAH somadas a sua análise histórica realizada no primeiro capítulo deste trabalho são suficientes para interpretarmos a classificação do TDAH como um elemento de estigmatização e o transtorno TDAH como um estigma. Porém, é necessário compreender se o diagnóstico deste transtorno é um elemento de estigmatização e/ou exclusão dentro das escolas que compõe o campo de pesquisa.

Neste tópico, em específico, buscou-se evidenciar quem são os alunos que as instituições possuem com o transtorno e como estes se sentem dentro das instituições. A questão clássica do aluno que já chega na escola com o laudo diagnóstico do transtorno é que desde sua entrada ele é visto como “aluno especial”. Em outras palavras, pela classificação e por outras razões ele não recebe o tratamento de um aluno que por exemplo é considerado como “normal”.

Aparentemente sua inserção nesse campo educacional possui desde o início fronteiras pré-estabelecidas, padrões de comportamento e orientações que direcionam a forma como esses indivíduos serão tratados. A representação social construída entorno e a partir do laudo médico passa a orientar os profissionais que trabalharam com esses alunos, estabelecendo comportamentos que podem ser esperados dos diagnosticados e os métodos de transmissão do conhecimento que poderão ser aplicados. Há nesse sentido, o emprego de uma coerção nas possíveis relações educativas vivenciadas pelos diagnosticados com TDAH, o que reflete nas carreiras profissionais que esses indivíduos poderão desempenhar em sociedade.

Todos os casos de diagnósticos abordados neste estudo envolveram meninos, e este fato corrobora com a literatura. Os estudos sobre o transtorno indicam que os meninos têm mais tendência a apresentar sintomas de hiperatividade e impulsividade, enquanto as meninas apresentam mais sintomas com predomínio de desatenção relativos ao TDAH. (ROHDE; HALPERN, 2004). De acordo com Denckla (2005), os meninos se encontram mais sob o foco da sociedade e são os mais encaminhados a tratamento médico, o que pontualmente pode ter relação com outra construção socialmente elaborada, que atribui aos papéis masculinos maior expectativa de uma vida pública, com autonomia financeira e alguma capacidade decisória.

É válido frisar que a pesquisa relaciona e pensa em diferentes grupos dentro da escola, como a equipe escolar, professores, alunos classificados com TDAH e colegas de classe, levando em conta que esses indivíduos compõem o contexto de análise do TDAH mostrando a contribuição que esse espaço de interação tem na construção desses discursos. Além disso, apesar de não trabalharmos com a noção de fachada em Goffman, percebemos ao longo dos depoimentos apresentados por alguns profissionais da equipe escolar da Nova Geração, professores e até alunos, que eles tentam construir uma fachada específica sobre si, sobre a sua relação com os colegas diagnosticados com o transtorno e sobre como a escola trata esses alunos. As falas serão confrontadas com as observações feitas nos espaços da instituição Nova Geração.

A análise feita em cima de cada perspectiva apresentado pelos atores sociais da escola Nova Geração referente ao tratamento com o aluno diagnosticado com o transtorno dentro da instituição está pautada naquilo que o Goffman chama de representação teatral, e segundo o autor essa representação acontece quando,

A maneira pela qual o indivíduo apresenta, em situações comuns de trabalho, a si mesmo e suas atividades às outras pessoas, os meios pelos quais dirige e regula a impressão que formam a seu respeito e as coisas que pode ou não fazer, enquanto realiza seu desempenho diante de delas (GOFFMAN, 2014, p. 9).

A representação feita pelos atores sociais, como professores, alunos e equipe AEE, ora apresentam coisas reais, ora apresentam coisas bem ensaiadas. Foi possível perceber isso pelos discursos que esses atores apresentam em suas respostas. Em algumas respostas os próprios atores se contradizem, em outras o mesmo acontece quando algumas falas são comparadas entre os profissionais. Nota-se que o ocorrido se dá em falas de alunos e professores.

Na escola Nova Geração foram entrevistados, sete professores, sendo uma professora/coordenadora de sala AEE, uma pedagoga (professora tutora sala AEE) e uma fonoaudióloga (professora auxiliar sala AEE). Entre os dez alunos, dois deles são

diagnosticados com TDAH e os outros 8 são colegas de turmas. Não foi possível entrevistar o gestor geral, o gestor pedagógico e nem a gestora administrativa, três figuras centrais dentro da instituição e os outros professores não se disponibilizaram a participar das entrevistas.

Na escola Universo Jovem foram entrevistadas duas professoras, cinco alunos, sendo um deles o aluno diagnosticado com TDAH, uma psicopedagoga e a mãe do aluno diagnosticado com o transtorno. Até a finalização da pesquisa a diretora, a vice-diretora e outros professores não se disponibilizaram para colaborar com o estudo.

As análises feitas encontram-se pautadas em outros três instrumentos. Além da entrevista, utilizou-se a observação direta, registro de voz autorizado por cada um dos entrevistados e o formulário aplicado via plataforma online, ficando claro que não seriam divulgadas a identidade da instituição e nem dos entrevistados e que as informações coletadas seriam utilizadas apenas para fins da pesquisa.

3.4.1 A escola Nova Geração

A escola Nova Geração tem dois alunos matriculados com diagnóstico do TDAH. O primeiro deles iremos identificar como Xavier, sexo masculino, 17 anos, estudante do 2º ano do ensino médio. Este foi diagnosticado com TDAH desde os 5 anos de idade, com predominância em hiperatividade e impulsividade; ele faz uso de medicação. Suas principais características são: agitação, dificuldades para permanecer sentado para prestar atenção na aula, mexer-se o tempo todo na cadeira, distração com estímulo externo, além de fazer origami como avião de papel. Tudo isso provoca é motivo de reclamações a respeito de seu comportamento. Este aluno é acompanhado por duas profissionais dentro de sala de aula, que fazem o revezamento no turno matutino e vespertino.

O segundo aluno com diagnóstico do transtorno identificaremos pelo nome de Carlos. É de sexo masculino, 15 anos, está no 1º ano do ensino médio. Foi também diagnosticado com o transtorno desde os 5 anos de idade. Apresenta como principais características: desatenção, distração com estímulos externos, dificuldade em focar em atividades do cotidiano. Durante as aulas gostava de ficar desenhando. Recebia muitas reclamações dos colegas de turma sobre dificuldade dele em esperar sua vez de falar. Contudo, os professores não reclamam do comportamento deste aluno, pois o mesmo não perturbava o ambiente da sala de aula.

A família, enquanto primeira instituição de um educando, é a primeira a identificar um comportamento “anormal” do indivíduo, tanto que já busca um encaminhamento deste ator social a uma clínica e já apresenta uma pré-classificação do “problema”. Ela é responsável por

levar o estudante para uma equipe especialista em clínicas, onde geralmente o diagnóstico é fechado por um médico psiquiatra e desse ambiente este aluno já sai com um laudo indicando o transtorno. Quando entrevistamos as profissionais da sala de recursos e questionamos sobre se os alunos já chegavam ou não com o laudo diagnóstico, elas responderam que “no ato da matrícula a família já apresenta o laudo desse aluno”. Segundo a pedagoga da escola Nova Geração “*Os familiares mais próximos são os mais habilitados a fornecerem informações sobre o aluno, porém, havendo suspeita sobre os comportamentos, a escola poderá encaminhar para uma equipe avaliar*”.

Dito isto, e observando o laudo como instrumento para classificação, pode-se dizer que essa é a primeira ferramenta a aparecer, pois se encontra no ato da matrícula desses alunos nas instituições escolares. Esses atores chegam já com o laudo diagnóstico de TDAH, depois passam pela sala de recursos multifuncionais ou sala de atendimento educacional especializado, onde é preenchida uma *anamnese* sobre o aluno, em seguida são feitos os procedimentos necessários para receber esses alunos. Vejamos o que dizem alguns integrantes da equipe escolar responsáveis pelos atendimentos dos alunos classificados com o transtorno sobre este primeiro contato com o diagnóstico:

Os alunos já chegam na escola com o diagnóstico. O primeiro procedimento feito pela instituição é repassar para a professora da sala de recurso. (Professora Responsável pela sala de recursos).

Primeiramente, o aluno e os pais realizam uma *anamnese* com a professora da Sala de Recursos Multifuncionais. Logo após, o caso é compartilhado a toda a equipe escolar, onde faremos todo o planejamento acadêmico, para o acolhimento desse aluno. Em terceiro plano, a sala de aula, professores, gestão recebem formação específica para o início das atividades. E é feito o acompanhamento desses alunos através da professora da sala de recurso multifuncionais e professores auxiliares. (Professora Auxiliar da sala de recursos – Tutoria (AEE) – Tutora do aluno Xavier).

Um aluno já veio diagnosticado, mas havendo suspeita, a escola poderá encaminhar para uma equipe avaliar. O primeiro procedimento é ele ser recebido pela sala de recursos. Após esse aluno fazer a matrícula, ele já é público da educação especial. Se ele fez a matrícula com o diagnóstico, participou das cotas, automaticamente ele já é matriculado na educação especial, então a professora da sala de recursos, começa a trabalhar com a documentação que nós chamamos de instrumentais. Essa documentação que chamamos de instrumentais, que é composto pela *anamnese*, ou PDI (Plano de desenvolvimento individual). Para que a gente possa fechar um PDI, então primeiro a gente faz a entrevista com a família; com base nessa entrevista que é a *anamnese*, nós fazemos um plano de trabalho para esse aluno. Um plano abrangente, não só da sala de recursos, mas um plano abrange toda escola, especificamente as adaptações dos conteúdos. Então o trabalho é feito assim, através de documentação, através de acompanhamentos, tanto do aluno quanto dos pais. Em sala de aula tem-se esse acompanhamento contínuo, todo na perspectiva da inclusão. Ele é acolhido por funcionários e alunos e temos reuniões com a equipe para tratar das especificidades do transtorno, conscientização da equipe docente e discente acerca do transtorno etc. Além disso, é acompanhado em Sala de aula regular e sala de Recursos multifuncionais. (Pedagoga com a função de professora da educação especial - Tutoria AEE – Tutora Xavier).

Dentre os relatos observamos um ponto a destacar: desde o ato de matrícula destes alunos classificados com o transtorno, eles já adentram à escola de forma diferente. Um dos primeiros contatos que eles têm, e que os demais não têm é com a sala de recurso multifuncional²⁸. Ao serem distinguidos do “padrão de normalidade” construído em sociedade, esses atores são colocados em uma condição de diferença associada à anormalidade, o que se traduz em um processo de inserção e interação distinto dos demais estudantes, pois estes últimos, precisaram estar previamente informados da condição do diagnosticado. A *anamnese* relatada por uma das profissionais, seria uma forma de tentar buscar algum quadro psiquiátrico na história de vida do estudante; esse aluno já recebe uma classificação prévia de “aluno especial”, já que seu diagnóstico ou condição é compartilhada com toda comunidade escolar.

Com base nos relatos e na condição com que esses alunos iniciam sua vida escolar nesta instituição, nos remetemos ao segundo tipo de estigma a qual o Goffman faz referência. Segundo este autor:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical (GOFFMAN, 2019, p. 14).

Com base nisso, percebemos que o transtorno é tomado como um estigma baseado em caráter individual percebido como dentro de um contexto escolar como um distúrbio de ordem mental.

Apesar de todo o procedimento tomado em relação a chegada desses alunos, existe uma falta de comunicação entre as profissionais que formam a equipe escolar e que compõem a sala de recurso multifuncionais. Quando indagadas sobre quantos alunos diagnosticados com TDAH a escola possui e quem são, a professora responsável pela sala AEE respondeu que a escola “tem 2 alunos com laudo”. As outras duas professoras tutoras responderam que havia apenas 1 aluno, que inclusive é o aluno que elas acompanham.

Durante a pesquisa de campo na escola Nova Geração, mesmo explicando e esclarecendo o intuito da pesquisa, várias vezes fomos abordadas pelas profissionais da sala de recursos por discursos como “*observa tal aluno, ele é agitado, bagunceiro, hiper-ativo*”, “*não pára quieto um minuto*”, “*fulano não se encaixaria como um aluno TDAH?*”; “*observa fulana, ela é inquieta, as vezes eu acho que ela também tem um pouco de TDAH*”. E acrescentava: “*tua*

²⁸ Também identificada como sala do AEE, é o espaço onde os alunos são atendidos, onde seus comportamentos são observados e realizam atividades lúdicas para auxiliar no desenvolvimento de seu desempenho escolar.

pesquisa não é para intervenção com esses alunos não, né? Seria tão bom se fosse, nós precisamos”.

Durante as observações percebemos que um dos alunos possui um acompanhamento mais intenso que outro. Isso porque leva o rótulo de “aluno agressivo”. Esse aluno dispõe de duas tutoras, que se revezam no turno matutino e vespertino para acompanhá-lo durante as aulas e as atividades extracurriculares. No discurso de uma das tutoras mesmo, esse tratamento diferenciado é perceptível. Ela relata o seguinte:

Nós temos uma equipe no atendimento educacional especializado, que está na sala de recursos multifuncionais e essa é a equipe que nós temos de educação especial. Mas equipe psicopedagógica não temos. E o nosso aluno, que é o aluno que eu posso falar, ele que é o aluno que eu acompanho, ele tem um encaminhamento para psicopedagogo, para trabalhar as dificuldades do aprendizado, só que por enquanto ele não está sendo atendido (Pedagoga com a função de professora da educação especial - Tutoria AEE – Tutora Xavier).

Ao ser questionada se algum dos alunos já chegou a relatar algum tratamento diferenciado por professor ou colega de classe, a profissional responde:

Não! Na nossa escola por enquanto não. A relatos nas escolas antigas, inclusive o aluno ao qual eu faço atendimento específico em sala de aula, ele já veio com histórico de relatos de exclusão, ineficiência de profissionais, né? Profissionais que não eram capacitados para atendê-los e até com muita dificuldade no aprendizado, por falta de um profissional especialista (Pedagoga com a função de professora da educação especial - Tutoria AEE – Tutora Xavier).

E ao descrever um pouco da relação dos professores com o aluno em específico que ela acompanha, reforça que:

A relação dos professores com esse aluno é uma relação acolhedora (pausa, gagueja e completa). É um aluno que nos faz aprender cada dia mais. Apesar do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade ser um transtorno desafiador e o aluno ainda ser diagnosticado com autismo, ele é um aluno bem, digamos, um jovem que quer aprender, que quer ser incluso. Então este querer que faz com que nosso trabalho, seja um trabalho de qualidade, com a família participativa, com um jovem participativo. E a sala de aula são com alunos acolhedores, são alunos que ajudam por demais no trabalho executado com o aluno com TDAH (Pedagoga com a função de professora da educação especial - Tutoria AEE – Tutora Xavier).

E completa sobre o que considera mais importante no processo de identificação e classificação de alunos com esse transtorno:

Bom, o que é mais importante é não se prender ao diagnóstico, você tem que trabalhar com o ser humano, com o aluno em específico, porque o diagnóstico é só um papel. Ele pode desempenhar, ele tem as suas possibilidades, tem suas potencialidades, que tem que ser trabalhadas. Então, buscar de imediato as potencialidades desse aluno, trabalhar em cima dessas. Inclusive nosso aluno, ele desenvolve muito bem robótica, é um aluno que enquanto ele estava dentro do projeto, nas aulas de robótica, ele foi um aluno brilhante e foi até encaminhado para o núcleo de altas habilidades e

superdotação Joaozinho Trinta. Ele participou por um ano do núcleo e saiu por (pausa), saiu por decisão dele, mas foi um aluno que brilhou lá no núcleo, que se identifica muito nas aulas de robótica; ele continuou os projetos de robótica em casa com os pais e por enquanto tem sido um aluno que a gente trabalha as especificidades dele, nós não nos prendemos em diagnóstico. Diagnóstico é só um documento para a gente saber quais são as dificuldades que esse aluno vai enfrentar, mas o tratamos como um aluno comum, para que até aconteça a inclusão (Pedagoga com a função de professora da educação especial - Tutoria AEE – Tutora Xavier).

Percebemos que a pedagoga relata que o importante é não se prender ao diagnóstico, mas desde a entrada desses alunos na instituição é o que se faz, as relações que vão se estabelecer com esses alunos. Primeiramente é focada em sua classificação. Isto nos remete ao que Goffman (2015) pontua sobre o “ser incluído”:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria que pudesse ser - incluído, sendo, até de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. [...] Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande (...) (GOFFMAN, 2019, p. 12).

A representação feita pelos atores sociais, como professores, alunos e equipe AEE, ora apresentam coisas reais, ora apresentam coisas bem ensaiadas. Notamos isso pelos discursos dos estudantes, dos professores e da pedagoga. Uma das tutoras ao ser indagada sobre o transtorno e sobre como esses alunos são tratados por eles, relata que:

A relação desse aluno com seus colegas de classe é normal, com interações e descobertas. Os professores buscam trabalhar da melhor forma, colocando o aluno no centro das interações educacionais. Sim, há uma preocupação do corpo docente com o desenvolvimento escolar desse aluno, há uma busca por palestras com especialistas para facilitar o trabalho do professor. Há um trabalho de adaptação dos conteúdos do aluno (Professora Auxiliar – Tutora 2 do aluno Xavier).

Apesar do discurso da pedagoga e dos colegas de classe do Xavier serem sempre no sentido de que o tratamento dos profissionais da escola e demais alunos ser de boa relação com os alunos com TDAH e de certa forma um discurso inclusivo, durante as observações não foi o que foi percebido. Esse aluno por diversas vezes parecia nem estar em sala de aula. Apesar da sua constante agitação, era raridade ver troca de interação com os colegas de turma, salvo as vezes quando sabiam o porquê de nossa presença em sala de aula, quando notavam nossa presença faziam um pequeno esforço de interação com o aluno.

A afirmação desta professora auxiliar entra em confronto com relatos feitos pela pedagoga que também atua como professora auxiliar deste mesmo aluno. A pedagoga por diversas vezes nos informou que “*alguns professores não se importam muito com a adaptação de atividades e de provas para esse aluno, mesmo sabendo que o conteúdo da prova desse*

aluno precisa de uma adaptação para poder ele acompanhar”. Além disso, ela chegou a apresentar uma das provas adaptadas deste aluno.

Apesar da professora auxiliar afirmar que o relacionamento dos professores com esse aluno é acolhedor, os relatos de dois professores também refutam a afirmação desta profissional. O professor da disciplina de geografia afirma que *“para ser bem sincero a minha relação com esse aluno é bem superficial”*. Outra professora da disciplina de linguagens comenta: *“Eu tenho conhecimento que a escola tem alunos com o TDAH, mas não tenho conhecimento de qual é esse aluno. Não tenho conhecimento sobre o transtorno, mas fiquei sabendo de uma formação que as profissionais fizeram aqui na escola. As profissionais sinalizaram o aluno que é diagnosticado, mas assim eu não lembro”*. O primeiro afirma que com esse aluno sua relação é superficial e a segunda desconhece qual aluno é classificado com o transtorno, mas, isso remete ao que afirmamos anteriormente sobre como percebíamos a relação dos professores com esse aluno.

Os discursos dos colegas de classe também vão no mesmo sentido do da pedagoga. Vamos dar destaque a dois depoimentos, que foram nesse mesmo sentido e a um terceiro que cita a “agressividade” como comportamento do colega de classe diagnosticado com TDAH. Ao serem indagados sobre se tem conhecimento que há alunos em sua classe com o diagnóstico do transtorno e o tratamento do colega classificado com o TDAH, os colegas de turma relatam que:

Sim, eu sei que na minha classe tem um colega com esse transtorno. Bom, é uma doença crônica que inclui dificuldade de atenção, hiperatividade e impulsividade. A relação dele comigo é normal, todo dia eu interajo com ele com gestos, mas com os demais colegas nunca parei para ver como é o comportamento com ele. Eu percebo que por conta do transtorno, a forma que o professor trata o aluno, é de uma maneira mais calma. Além disso, dentro de sala de aula acho que os alunos tentam interagir com ele para deixá-lo mais alegre e como eu falei antes, os professores tentam tratar os alunos assim com mais calma. E na minha opinião a escola está preparada para receber estudantes, pois as pessoas que cuidam dos mesmos são pessoas muito boas, que sabem como cuidar desse tipo de pessoas diagnosticadas com TDAH (Aluna Ana, 2º ano, 17 anos).

Outro aluno reforça esse entendimento, quando relata que:

Sim, eu sei que na minha turma tem um aluno com o TDAH. O transtorno é como se fosse uma certa dificuldade de se concentrar em fazer uma coisa só por vez. Os professores em alguns momentos há uma atenção redobrada e cuidado, mas no geral é só um puxão de orelha. Eu já conheci pessoas que possuíam TDAH em outras escolas que eu havia estudado, o tratamento era o mesmo, o professor não diferenciava dos demais alunos. A minha relação é boa, consigo manter uma conversa saudável, sempre estão dispostos a ajudar em momentos de dificuldade. Esse aluno tem uma participação mediana nas atividades e nos projetos da escola. No início do projeto parece estar engajado, mas ao longo do tempo é perceptível uma certa dificuldade de se concentrar no que o professor fala que acaba dificultando o aprendizado e o melhor aproveitamento. Eu acredito que talvez um cuidado especial com esse aluno seria bom para evitar que ele se disperse durante a aula. A meu ver,

não são todos, mas alguns professores e profissionais sabem como lidar com esses alunos e sabem como mantê-lo engajado nas atividades escolas (Aluno Emanuel, 2º ano, 16 anos).

Um terceiro aluno segue quase a mesma linha dos relatos anteriores. Porém observa a agressividade como comportamento referente ao transtorno. Segundo este:

Sim. Mas meu conhecimento sobre o transtorno é supérfluo; sei o que é um transtorno; que as pessoas têm um comportamento hiperativo, às vezes agressivo, e impulsivo. Sei que na escola tem alunos com esse transtorno. Sim, na minha opinião esse aluno é tratado diferente pelos colegas e pelos professores. O aluno da minha sala tem uma relação até tranquila com os alunos, mas às vezes ele fica mais agressivo, mas não é sempre. Percebo que aqui na escola alguns professores são bem cuidadosos com esse tipo de aluno, comparado a outras escolas. O Xavier, por alguns projetos demandarem muita atenção, nem sempre ele participa ativamente, mas sempre colabora com alguma coisa, etc. Acredito que alguns professores o tratam diferente para evitar estresse e aumentar a produtividade dele. A escola até certo ponto tem um preparo para receber esse tipo de estudante, mas ainda pode melhorar. (Aluno Joaquim, 2º ano, 16 anos).

Apesar do discurso sobre inclusão que os profissionais sempre frisam em seus relatos, o que se nota é que a relação entre os alunos que se consideram “normais” com os que eles veem como “diferentes” é por vezes conflituosa. As situações cotidianas e as formas de interação expressam a dificuldade dos que precisam desenvolver alguma tarefa junto com o estigmatizado, pois a internalização desta classificação socialmente construída parece entrar em conflito com os que estão envolvidos no contexto. A força coercitiva dessa construção que transcende os próprios indivíduos na situação parece-os colocar em desconforto. Para entender esses posicionamentos observamos o que Goffman (2019) afirma sobre essas relações:

Quando normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e o efeito do estigma. O indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sentem inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão (GOFFMAN, 2015, p. 23).

Certa vez, observando a turma, uma das alunas chegou até nós e comentou: “o Xavier não é todo tempo assim, às vezes ele é calmo, não sei o que aconteceu com ele hoje”. E em confronto a isto, em outra oportunidade de observação, notamos que esta mesma aluna se dirigiu a sala onde estava uma das tutoras deste aluno e falou: “professora, vim pedir para que retire o Xavier da turma, ele está muito agitado e está atrapalhando a aula”. E logo de imediato, o pedido da aluna foi aceito, o que configura que esse aluno passa a ser isolado institucionalmente sobre a validação da justificativa de não atrapalhar o andamento da atividade que estava acontecendo em sala de aula. Nessa situação observada se pode dizer que a sanção social aplicada decorre da concepção de anormalidade, que isola o indivíduo por entender que seu

comportamento é desviante, produzindo incomodo nos que são tidos como “normais”, e demarcando limites que servem como marcadores de tolerância.

O trecho da fala da colega de turma e as observações feitas em sala, fez perceber que o Xavier é na grande maioria das vezes o aluno visto como aquele que atrapalha as aulas, que não para quieto, que não copia o conteúdo. Quando não está em sala de aula, como percebemos em algumas ocasiões, o aluno a maioria das vezes está na sala AEE, apesar dos atendimentos serem semanais e com cada aluno acontecer duas vezes por semana. O ambiente da sala AEE parece ser visto para além de um lugar de atendimento; é lugar de fuga. O aluno passa horas ali e podemos presenciar por pelo menos duas vezes ele tirando um “cochilo”, que segundo a professora responsável pela sala, o sono era sinal que aquele dia ele tinha sido medicado.

Percebemos que há sempre a tentativa de distanciar esse aluno e a sua condição de classificado com transtorno das suas relações sociais, até para evitar comentários e julgamentos por parte dos seus colegas de classe. É provável que esse aspecto ocorra para que as relações sejam suavizadas, havendo a intenção de harmonizar o cenário educacional em que as regras de conduta se apresentam operacionalizando as relações sociais e conceituando o “normal” e “anormal”.

Em um outro momento acompanhando a realização de uma atividade com o aluno Xavier, uma das tutoras chegou a comentar que *“os professores não veem um aluno desse aqui como capaz de desenvolver certas habilidades, às vezes é só uma questão de paciência e incentivo”*. Apesar de parecer sempre preocupada com esse aluno, quando tinha a presença dos pesquisadores, que ela achava que iriam aplicar alguma intervenção com esse aluno, ela o deixava em sala de aula e ia fazer outras coisas pela escola. Percebíamos que toda atividade que esse aluno fazia na sala de recursos, essa profissional tinha uma preocupação em registrar com imagens ou vídeos. Esses elementos podem ser interpretados como parte da composição de carreira desses estudantes, haja vista, que o diagnóstico empregado como ferramenta de estigmatização define as atividades pertinentes para desenvolver as capacidades desses alunos, e, por consequência, inferem na formação desses indivíduos e nas futuras relações que terão aptidão para manterem.

Ao ser indagada de como era a relação do Xavier com seus colegas de turma vai relatar que *“no início foi um tanto complicado, atualmente uma ótima melhora”*, avaliação que difere da outra tutora que acompanha esse mesmo aluno. Percebemos que *“aqueles que têm relações com ele não conseguem lhe dar o respeito e a consideração que os aspectos não contaminados de sua identidade social os haviam levado a prever e que ele havia previsto receber”* (GOFFMAM, 2019, p.18).

Ao comentar sobre a relação dos professores com o aluno diagnosticado, descreve que *“a relação é um pouco desafiadora, porém os professores têm se adaptado bastante”* e acrescenta: *“estamos sempre fazendo reuniões de alinhamento para melhorar nossa conduta com o aluno em questão. O aluno é muito participativo e colaborativo frente a todos os projetos oferecidos na escola. Além disso, o aluno diagnosticado com TDAH frequenta a sala de recursos multifuncionais da nossa escola e, também, tem atendimento com psicólogo (fora da escola)”*.

Durante as observações geralmente esse aluno rodava pela escola sozinho, quando não, era acompanhado de uma de suas tutoras. Até para realizar as refeições era na presença da pedagoga. Não o víamos rodeados de amigos e isso é comprovado quando ele faz menção a apenas um colega de classe. Nem em trabalhos realizados em grupos e durante a apresentação de um dos projetos da escola, chamado “Eletivas”, logo no final do semestre, não o vimos participar. Este aluno estava na biblioteca com uma de suas tutoras realizando uma atividade de outra matéria da qual ficaria sem nota caso não entregasse aquele dia.

A mãe desse aluno foi bem breve em suas respostas. Esta mãe relatou que seu filho foi diagnosticado com o transtorno aos 5 anos de idade e que sempre buscou informações apenas nos profissionais médicos. Ela descreve seu filho como um garoto disperso, tanto em casa, quanto nas atividades escolares. Segundo ela o diagnóstico do filho foi fechado por um médico psiquiatra, mas o indício veio através de um relatório da escola enviado para o psiquiatra. Para ela a escola tem cuidado com seu filho, mas diz que ele já se queixou de receber um tratamento negativo dentro da instituição, não relatou qual e nem descreveu a situação.

O questionário voltado para o aluno Xavier foi enviado para os pais do aluno, mas era para o aluno responder. Contudo, aparentemente foi a mãe que respondeu maioria das perguntas, pois apenas algumas das respostas condizia com o que era visto em sala de aula. No questionamento feito sobre ao lado de quem ele gostava de sentar, este respondeu que era ao lado do José. E relatou: *“são as tutoras que me ajudam quando sinto dificuldades”*. E completou: *“sim, diagnosticado com TDAH influencia na forma como colegas, os professores e a direção me tratam”*.

A partir da suposição de que a mãe do aluno tenha respondido ao questionário, nos remetemos ao relato da pedagoga sobre a não aceitação da família sobre o alerta inicial de que seu filho apresentava características de algum transtorno. De acordo com a pedagoga *“Ele foi um aluno que começou alfabetização em escola de apoio, lá eles já percebiam traços do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; já percebiam que era disperso, só que os pais não aceitavam. Houve aquele momento de negação, então mudaram da escola apoio e*

colocaram em uma escola particular, só que continuou a apresentar o déficit e com agressividade, aí foi se tornando um aluno agressivo e, também, com perdas de conteúdo”.

Observamos que a não aceitação da família pode ser interpretada como tentativa de fuga de um possível estigma que o filho passaria socialmente, pois o social reforça a classificação de um transtorno como algo negativo. E partir dessa negatividade transmitida pela classificação, ficam estabelecidas formas de tratar que hora limitam o indivíduo dentro das possibilidades de atuação social, e hora justificam os desvios de conduta através do estigma atribuído a esses indivíduos.

Além disso, retornando aos discursos de duas professoras e algumas falas da pedagoga que daremos destaque por revelarem algumas questões centrais e relevantes para este trabalho que trata sobre o TDAH como elemento de estigmatização no contexto escolar. Em primeiro lugar, a pedagoga toca bastante na questão da “agressividade” e “hiperatividade”, e na maioria das vezes para justificar a sua opinião sobre a necessidade de medicação desse aluno.

Para Goffman “utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original” (GOFFMAN, 2019, p. 15). Contudo, o que se torna necessário é uma linguagem de relações, e não de atributos, visto que “*O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro*” (GOFFMAN, 2019, p. 148-149).

Acrescentamos que o estudante classificado como hiperativo/desatento muitas vezes acaba ficando com a autoimagem distorcida, apresentado em seu discurso a internalização de termos como “*sou excluído*”, “*não gosto é do problema que eu tenho*” etc. É como traz o relato do outro aluno da escola Nova Geração, Carlos, diagnosticado com TDAH. Este respondeu que se sente desconfortável dentro da escola e que já chegou a se sentir excluído. Segundo ele:

Sim. Já me senti excluído. Sempre que tem atividades em grupo me colocam para sentar com a Sophia. O problema é que ela não gosta de interagir com ninguém. Quando esses episódios acontecem eu fico com a parte escrita ou do desenho. Outra coisa que eu não gosto é de ir para sala AEE. Não gosto das atividades, são atividades para criancinhas. (o aluno não quis relatar quais atividades) (Carlos, 15 anos, 1º ano).

As pontuações do aluno em sua resposta ao questionamento revelam dois aspectos observados no processo de pesquisa: o primeiro é o elemento da exclusão, pois os alunos diagnosticados com TDAH relatam que existe um tratamento diferenciado e de exclusão por parte dos colegas de turma. O segundo é analisado pela sensação que o aluno descreve sobre as atividades que lhe são entregues na sala de AEE, pois parecem limitar a compreensão do

potencial que ele acredita ter, daí ele se referir a essas atividades como “são atividades de criancinhas”, transmitindo a ideia de que a concepção que o classifica limita as habilidades que ele poderia desenvolver, pois coloca-o em uma condição pueril, pela qual, o percebem como incapaz. Pudemos constatar isso no relato de uma das professoras entrevistadas, quando ela pontua que:

Então! a relação desse aluno com os colegas de classe no começo tinha uma dificuldade bem grande em relação à turma dele, tanto que a gente percebia que estava havendo exclusão desse aluno; os alunos se recusavam a participar de atividades com ele. Às vezes a gente passava alguma atividade que envolvia interação, a gente percebia que às vezes os colegas eram até um pouco hostil com ele. O aluno Carlos chegou até a ter episódios de choro, preocupado e triste pela forma que os colegas estavam o tratando (Professora da área de humanas – 1º ano).

E a professora responsável pela sala AEE complementa a respeito desse tratamento também por parte de professores: segundo ela “*Sim. O aluno com o TDAH relatou que o professor pediu para ele não responder à pergunta e sim deixar para outro colega de classe. Pois o aluno em questão, gosta muito de responder toda vez que a pergunta é feita para a sala em geral. A escola não está preparada para receber esses alunos, falta informações, palestras e até mesmo empatia por parte do corpo docente*”.

Com base nesses enunciados, percebemos que o aluno quando passa por este tipo de episódio ele tende a se isolar, ele fica com a parte escrita ou do desenho. Ele falou que os professores e colegas o tratam normalmente, porém não gosta dos atendimentos que tem na sala de AEE, possivelmente porque nesse ambiente o reforço ao estigma continua se impondo através das atividades, sem considerar as diferenças que possa haver dentro próprio diagnóstico atribuído e as potencialidade do indivíduo. Sobre a relação com colegas de classe, observa que:

A relação com meus colegas de classe é boa, mas da sala gosto da Alice e da Carolina; é ao lado delas que eu sento durante as aulas. Durante os intervalos, pego o lanche e fico conversando com elas. A minha relação com os professores é boa também. Alguns me dão mais atenção que os outros. Minha mãe é a pessoa que me ajuda quando tenho dificuldade com o conteúdo escolar (Carlos, 15 anos, 1º ano).

Ao pedir para comentar sobre sua relação com a direção escolar, ele responde: “*Minha relação com eles é um pouco distante*”. E continua: “*dentro da escola às vezes me sinto desconfortável*”. *Eu acho que meu diagnóstico não influencia na forma como sou tratado, porque o meu transtorno é leve*”.

Carlos segue observando que,

Meu desempenho escolar não é tão bom, porque tenho várias notas baixas. Eu participo dos projetos, porque eu entendi do assunto ou porque ele me interessou. Minha participação nas atividades escolares é boa. Boa, quando faço as perguntas para os professores. Na escola eu gosto da biblioteca e o que eu não gosto é da bagunça na sala de aula. E outra coisa que também não gosto é dos problemas que eu tenho (Carlos, 15 anos, 1º ano).

Portanto, o termo estigma é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso (GOFFMAN, 2019, p. 13).

Outro ponto que observamos como relevante e que nos remete a um possível reforço com que essa classificação psiquiátrica seja um elemento estigmatizante dentro do contexto escolar é o fato dos alunos serem retirados no momento da aula para atendimentos. Dois professores observam bem essa questão.

Para ser bem sincero eu não acompanho esse aluno; minha relação é superficial e na minha opinião a escola não está preparada para receber esse tipo de aluno. Bato palmas para o trabalho que a pedagoga realiza com esse aluno. Já bati de frente com a gestão por não termos preparo para lidar com esses alunos, pela falta de apoio de outros profissionais. Inclusive a professora responsável pela sala AEE não gostou muito das minhas reclamações referentes a isso. Na minha opinião não existe um trabalho da escola e nem profissionais qualificados para atender esses alunos. Considero a escola de tempo integral pesada para esse aluno, afinal é uma escola de nível médio e técnico. Na minha opinião não adianta dizer que existe uma inclusão, tem que ser referência para isso. Outra coisa que não concordo é com a retirada desse aluno de sala de aula para atendimento. Na minha opinião essa retirada do aluno no momento da aula causa até prejuízo (Professor da área de humanas – 2º ano).

A questão do tratamento diferenciado eu não acho que de imediato seja necessário, ou talvez porque eu mesma seja leiga, porque já que a gente vai trabalhar com inclusão a gente não pode diferenciar um aluno. O que a gente tem que fazer é ter um cuidado na hora da fala, na hora das atividades, da aplicabilidade das atividades, nas provas, tudo isso para tentar enquadrar este aluno, para que ele não se reconheça que está sendo diferenciado. Um dos pontos que eu vejo como negativo é retirar o aluno para atendimento no momento da aula; acho negativo, acredito que deveria haver uma concordância com os professores, para retirada desse aluno, mas não no momento da aula, em um horário que seja livre e está sempre em acompanhamento com o professor para saber em qual matéria esse aluno tem dificuldade, é importante. Só retirar esse aluno para fazer uma atividade X, mas sem ter um acompanhamento direto. Acho que tem que ter um acompanhamento mais de perto com o professor, orientando a questão da aula, se o aluno está tendo ou não desenvolvimento, se ele consegue captar, isso é importante até para o aluno não se deparar com notas baixas no conselho de classe. Até auxiliaria a gente a buscar um novo tipo de instrumento pedagógico para trabalhar com esse aluno, fazendo essa parceria, acho que seria importante, que está faltando (Professora de Língua Portuguesa – 1º ano).

Sim, tenho conhecimento que a escola tem aluno classificado com TDAH. Acredito que a minha relação com esse aluno seja boa. Até o momento eu só tenho a informação que Carlos da turma 105, que é um aluno que tem o diagnóstico de autismo e TDAH; sobre outros eu não fui informada, ou não lembro se fui, porque na verdade o AEE repassa né? Mais aí pode ser que não sejam meus alunos. Então, com esse aluno eu considero uma relação muito boa, muito participativo. A gente conversa fora do ambiente de sala de aula. Em relação à supervisão eu vejo também uma boa relação com ele, muito atenciosa, sempre buscando o contato com os pais, com a mãe no caso (Professora de Filosofia – 1º ano).

Em todos esses enunciados, podemos perceber que a escola se destaca como um contexto em que também se estabelecem os estigmas relacionados ao TDAH. Complementando esses dois trechos anteriores, temos outros dois trechos de entrevista, em que a escola por meio da figura do professor que é o responsável por produzir atividades adaptadas para um aluno com diagnóstico de TDAH com a finalidade de “respeitar” suas limitações e dificuldades. Segundo relata a professora da sala AEE: “*Observo os pontos importantes e os déficits de cada aluno. Aí sim, repasso aos professores sobre possíveis adaptações em materiais.*” E outro relato corrobora com isto:

É um acompanhamento positivo, no sentido de retirar esse aluno de sala e levar para um ambiente adequado a fim de direcionar a questão do estudo, do conhecimento, até mesmo na questão da aprendizagem; como ele tem uma aprendizagem diferenciada dos demais, no sentido do avanço. Algumas vezes as pessoas do AEEE, elas facilitam os alunos a encontrar um conhecimento melhor, para mim auxilia bastante (Professora de Linguagens).

Talvez não de forma proposital, os professores fortalecem a classificação psiquiátrica entre normal e patológico e o processo de estigmatização ao solicitar materiais, atividades e provas diferenciadas para esses alunos.

3.4.2 Escola Universo Jovem

A escola Universo Jovem possui três estudantes matriculados com diagnóstico de TDAH, porém tivemos que fazer um recorte por idade (14 aos 18 anos) por conta dos empecilhos já citados anteriormente. Tivemos acesso a um dos alunos diagnosticados com TDAH dessa instituição, ainda assim com certas restrições, identificamos esse aluno como Marcos. Marcos, sexo masculino, 15 anos, estudante do 9º ano do ensino fundamental. Diagnosticado com TDAH desde os 3 anos de idade, inicialmente com queixas sobre agressividade, impulsividade e a predominância de desatenção.

A Universo Jovem é uma escola que não conta com apoio de uma equipe escolar com profissionais como pedagogo, psicopedagogo e/ou profissional AEE. A instituição conta com uma psicopedagoga que é da rede municipal de ensino, a identificaremos pelo nome de Maria. Ela é Pedagoga/Psicopedagoga e Coordenadora do projeto de Orientação Pedagógica para estudantes com Transtornos de Aprendizagem na rede municipal de Ensino de São Luís.

Assim como na escola Nova Geração, a escola anterior analisada, na Universo Jovem também não conseguimos a entrevista com a direção da escola; até insistimos, mas sem sucesso. Assim como na instituição anterior, inicialmente tentamos compreender como é o processo diagnóstico ou de recepção desse aluno; se ele já chegou com diagnóstico e qual procedimentos

a escola toma depois dessa identificação e nesse sentido quem nos descreveu o processo foi a Maria. Ela relata:

A partir do momento que recebemos a demanda, vamos até a escola, dialogamos com gestores, coordenadores, professores e responsáveis pelo estudante. Analisamos dossiê para identificação de algum registro relacionado ao fato, avaliamos o nível de aprendizagem do estudante e orientamos as rotinas na escola para a equipe escolar e em casa para as famílias. Verificamos se está com o acompanhamento clínico atualizado e caso não esteja orientamos a família a manter os procedimentos clínicos em dias. Paralelo ao exposto acima, orientamos o educador a adaptar a prática pedagógica. Até antes de iniciar a intervenção com o projeto, a relação entre escola e família, é conflituosa, frágil. Dificilmente há espontaneidade na procura pelos atendimentos. Geralmente se instala o conflito, chega a demanda para nós e agimos (Maria – psicopedagoga SEMED).

Neste caso, percebemos que a sinalização de que um dos alunos apresenta comportamentos que o difere dos demais é feita pelos profissionais da escola. Porém essa sinalização muitas vezes é baseada no senso comum. Maria observa que:

Uma criança agitada não quer dizer que ela tenha TDAH; então esse professor não pode chegar e dizer assim: ‘essa criança aqui é agitada, então ela é hiperativa’. Não pode! O professor, não pode dizer que a criança é agitada, então ela tem características de um TDAH; só que também isso não é recorrente. Vamos supor que determinada criança chegou agitada hoje e eu já diga isso. Não, eu tenho que observar essa criança por vários meses, está certo? E aí ela fica em observação durante um semestre. Observamos como ela chega todos os dias, se tem um dia que ela altera mais ou não, como essa criança lida com as relações com os colegas, com o próprio professor, com a equipe da escola. Então existe uma série de fatores que tem que ser observados, não apenas a questão do comportamento. Geralmente as pessoas veem uma criança agitada e já atribuem a esta criança o TDAH, mas não deve ser exatamente dessa forma; tem todo um procedimento que deve ser levado em consideração, tem um protocolo que ele é clínico, não é pedagógico. A escola não tem autonomia para identificar se um estudante tem TDAH, esta é função da saúde. A identificação do TDAH, é feita por uma equipe multidisciplinar, de forma clínica. Geralmente é um neuro quem assina o laudo, porém leva em consideração a avaliação multidisciplinar (Maria – Psicopedagoga).

Levando em consideração esse relato da psicopedagoga, podemos perceber que o TDAH é encarado pela sociedade como aquilo que o autor Howard Becker (2008) caracterizou como desvio. Segundo este autor o desvio pode ser definido através de três perspectivas: primeiro numa perspectiva da estatística, que considera que o indivíduo é desviante quando ele foge da média do grupo; em segundo, por meio da medicina, onde o desviante seria o elemento anormal, patológico; e, por fim, pela teoria disfuncional, onde o desvio consiste em uma falha a obediência às regras grupais. Nesse sentido, o transtorno se encaixaria nas três perspectivas, já que geralmente o primeiro sinal é um comportamento que difere um aluno da média de seu grupo escolar. Logo depois passa por uma classificação clínica recebendo o diagnóstico médico do transtorno que é atualmente encarado como patológico e, por fim, esse aluno passa a ser

visto como aquele que não segue normas da instituição escolar, geralmente encarado como um aluno “agitado”.

A fala da mãe do aluno Marcos corrobora com esse ponto de vista. Uma das questões que levantamos para a mãe foi sobre “com idade o transtorno foi percebido e quem fez essa sinalização”? A mãe do Marcos relata que:

Desde os 3 anos de idade. Foi por orientação de pessoas que sugeriram que eu levasse ao Psicólogo e ao Neurologista e os médicos me encaminharam para um Psiquiatra. Levei ele ao neuropediatra para fazer exames devido o comportamento dele. Os exames fornecidos pelo médico foram: uma ressonância, eletro, entre outros. Os exames deram tudo normal. O médico então sugeriu que eu marcasse uma consulta com o psiquiatra, meu filho se consultou e eu obtive todas as informações sobre o caso; o médico deu todas as orientações necessárias.

De acordo com a observação da mãe referida acima, chamamos a atenção para o que Becker (2008) nos traz sobre desvio baseado em uma perspectiva estatística. Ele ressalta que ela é simplista, pois define como desviante tudo o que foge à média. Desse modo, “de maneira semelhante, podemos descrever como desvio qualquer coisa que difere do que é mais comum. Nessa concepção, ser canhoto ou ruivo é desviante, porque a maioria das pessoas é destra e morena” (BECKER, 2008, p. 18). Fazemos referência a esta perspectiva, pois aparentemente o Marcos apresentou alguma característica comportamental que aos olhos das pessoas leigas era diferente do que se esperava das crianças de sua idade.

Tentamos saber da mãe do aluno Marcos da escola Universo Jovem qual conhecimento ela tinha em relação ao transtorno, quais eram suas fontes de informação e como seu filho era acompanhado pela escola. Relatou que:

O TDAH é um transtorno onde a criança apresenta algumas dificuldades em se relacionar com pessoas, em apreender; e também algumas delas mostra um grau de agressividade. As informações que obtive sobre o transtorno foram através de orientação de pessoas, através de orientação médica e pesquisando sobre o assunto para ter conhecimento sobre o TDAH.

A mãe continuou a relatar:

Meu filho faz uso de medicação, e devido a isso ele deu um avanço melhor em relação a agressividade e o que vem me preocupando é a dificuldade em relação aos estudos e o amparo que a escola não fornece, para que as crianças com TDAH venham se desenvolver em todos os aspectos, ou seja através de um tutor de um acompanhamento fornecido pelo Município, para saber o grau de dificuldade dessa criança; o que é preciso para ser trabalhado no desenvolvimento.

A mãe completa que “o comportamento de agressividade, dificuldade nos estudos, até mesmo em se relacionar com os outros colegas em sala de aula etc.” foram os comportamentos que sinalizaram para um possível diagnóstico de TDAH.

A psicopedagoga relata que “*Em muitos casos o estudante já tem o diagnóstico do transtorno, mas a família não apresenta este documento à direção da escola no ato da matrícula e, nos casos em que a família apresenta o laudo, a escola não possui profissionais especializados que tenham esse olhar específico voltados para educação inclusiva e o laudo fica sendo só mais um papel no dossiê*”. E acrescenta que:

A relação entre a direção escolar e o aluno diagnosticado geralmente é conflituosa e com atitudes desafiadoras de enfrentamento, medindo força de poder de ambas as partes. Inclusive, na Universo Jovem nós temos três alunos com o transtorno e um deles sofria bastante com o tratamento diferente que recebia. Todos os dias após o intervalo ele era retirado da sala e a família ia buscar. Ele se sentia muito mal. É importante que a escola trate esse aluno como sujeito de direito e capaz de aprender, desde que as suas necessidades pedagógicas sejam atendidas (Maria – Psicopedagoga).

Do mesmo modo, “a metáfora médica limita o que podemos ver tanto quanto a concepção estatística. Ela aceita o julgamento leigo de algo como desviante e, pelo uso de analogia, situa sua fonte dentro do indivíduo (...)” (BECKER, 2018, p. 20). Portanto, em alguns casos, a exclusão social de um indivíduo pode referir-se às formas de desvio, que é uma construção social, porém, em outros casos, pode ter a ver com estigma.

Os alunos com TDAH geralmente, tem poucos amigos, tanto faz na escola ou fora dela. Alguns professores por não entenderem por que este estudante tem tal comportamento, acham que os alunos são preguiçosos e não querem nada com a vida; outros a partir do momento em que compreendem a condição do estudante, se dedicam à sua aprendizagem. Os alunos diagnosticados com o transtorno são estudantes que sempre querem participar das atividades e projetos escolares, mas pelos seus comportamentos, geralmente, são limitados pelos adultos (Maria Psicopedagoga).

Com base no relato da psicopedagoga, percebemos que o diagnóstico classificatório de um aluno com TDAH reflete no desenvolvimento de estigmas que esse aluno sofre, é alguém segundo a explicação dela, de poucos amigos, às vezes visto pelos professores como “preguiçosos” e sendo limitados a participar de atividades escolares por conta das visões que se tem sobre seu comportamento. Os efeitos do estigma se apresentam em diferentes níveis da vida escolar desses estudantes, pois em sua relação com colegas de turma, com professores e familiares as interpretações gerais sobre o diagnóstico adquirem pequenas distinções e os levam costumeiramente a serem percebidos como isolados, desatentos, agitados, incapazes ou indolentes.

Um trecho de entrevista que corrobora com isto, é o da professora de Português:

Eu sei que na instituição existe alunos com TDAH. O aluno com TDAH foi meu aluno no sétimo ano e voltou a ser agora no nono ano. Gosto que ele fique sempre a frente. No sexto ano ele era muito, muito agitado e esse ano ele já está o contrário, ele já está muito tímido. Mas assim, não tenho diferença com nenhum deles, só no sentido de tentar ajudá-lo. Os pais conversam comigo, a gente tenta ajudar da melhor forma,

mas não tenho formação para isso. Esse aluno que estou te falando ele era conhecido aqui como aluno problema. Mas esse ano não, ele está bem tranquilo e isso também é preocupante, porque parece que agora está na outra ponta, no inverso. Eu sei que deste aluno a mãe acompanha, está sempre perto, ela sempre vem à escola e vez ou outra ela já reclamou de como foi recebida pela escola, mas não sei se é legítima a reclamação dela, a verdade é essa (Professora de Linguagens).

Podemos pontuar que o TDAH é um desvio, algo que emerge das relações sociais. Segundo Becker (2008) o que é criado neles; a própria sociedade viola as regras que levam ao desvio. E requer um certo nível de consenso e cooperação de muitas pessoas para ser reconhecido. Como mencionado anteriormente, o viés aqui não é definido pela qualidade da conduta ou pelas condições de qualquer natureza, mas sim algo que resulta da interação acusador-réu, que é vista como um ponto de vista e um conceito contestado. De fato, Becker (2008) aponta que as regras socialmente aceitas que determinam os parâmetros do desvio não decorrem diretamente dos valores morais cultivados em uma determinada cultura.

Outra questão levantada para a mãe do aluno foi sobre sua relação com os profissionais que trabalham na escola. Ela descreve da seguinte forma:

Na verdade, são poucos professores que tem disponibilidade em ajudar. Eu como mãe que vou a procura de melhorias para o meu filho, tento falar com todos os professores, a respeito das dificuldades que meu filho tem em relação aos estudos e já foram anexados vários laudos médicos, que têm que ser de acordo com as limitações da criança; muitos dos profissionais pôr mais que passem todas as informações, nada é feito e isso me deixar muito triste; muitos professores não têm amor pelo que faz não honra sua profissão.

Ao referir-se ao processo de classificação de seu filho com o TDAH, ela relata que:

No começo foi muito difícil, logo porque ele é filho único, apresentava bastante agressividade, mau comportamento. Então no decorrer do crescimento ele teve melhorias com o uso da medicação e acompanhamento com vários médicos e eu sempre buscava informações sobre o assunto, para saber lidar com a situação. Teve uma situação que eu tive que passar todas essas informações para uma professora, para ela saber lidar com criança com TDAH. Eu distribui, várias xerox para cada professor(a) sobre esse assunto. Comento isso porque é importante ver tanto profissionais qualificados e não ter conhecimento ou até mesmo buscar informações, se aprofundar sobre esse conteúdo que faz parte dessa profissão. Vemos que o índice de criança com TDAH, autista etc. está muito elevado, por isso que eu diria para o professor se aprofundar mais; que ele tenha amor no que faz, no que exerce ou então você está na profissão errada.

Por percebermos que ela é uma mãe bastante presente na vida escolar do filho e é alguém que sempre está na escola buscando melhorias no tratamento do mesmo, pedimos para ela descrever um pouco de como percebia a relação de seu filho com seus colegas de classe, professores e direção. A mãe descreveu o seguinte:

Hoje está razoável e os colegas não sabem da dificuldade do meu filho; tento não falar sobre esse assunto até mesmo porque tem muitos que fazem bullying. Eu comento somente com os professores e a direção da escola.

Quando questionada se o filho alguma vez chegou a comentar sobre ter recebido/vivido algum tratamento diferenciado, seja de forma positiva ou negativa dentro da escola. Ela respondeu:

Positivo nunca, agora negativo sim, sempre que ele aprontava a escola me chamava e eu sempre fui uma mãe presente. Quando alguém fazia algo com ele a escola não fazia nada. Recebi muitas críticas que meu filho era teimoso. Quando meu filho recebeu o diagnóstico de TDAH, para mim foi muito preocupante e até hoje ainda é; tento ser forte, tomar as iniciativas corretas, saber ter pulso firme e sempre buscar orientação. A escola deixa muito a desejar! Desde o início do ano, ainda não teve nenhuma reunião, com os professores para eu passar as informações sobre o meu filho. Alguns já conhecem e com outros eu ainda não tive oportunidade de conversar.

O desvio de comportamento que levou a mãe a ser chamada diversas vezes na escola, pode ter sido inicialmente tratado como aspecto de uma fase da infância que deveria ser corrigido pelos familiares. Após o diagnóstico, a mãe passa a ter de lidar com uma ressignificação da questão, pois passa a se tratar de uma questão relativa à saúde de seu filho, uma demanda de responsabilidade ampla, em que a atividade conjunta se torna necessária. Isso conduz a representante da família (mãe), a adquirir informações e perceber a necessidade de partilhar esses dados com os professores que trabalharão com seu filho, aspecto que ela expressa quando diz: “[...] Teve uma situação em que eu tive que passar todas essas informações para uma professora, para a mesma saber lidar com criança com TDAH e distribuir várias xerox para cada professor(a) sobre esse assunto”. Subscrive-se a preocupação que o diagnóstico causa no atendimento que a criança receberá na escola, pois a mãe parece entender a repercussão que isso pode ter sobre as possibilidades de relação e carreira em sociedade, após a fase da escola.

O relato do aluno diagnosticado com TDAH tenta ir na contra mão do que é dito pela mãe, pela psicopedagoga e até pela professora. Antes de colocar um trecho aqui, frisamos que os colegas de classe desconhecem a sua condição, isso porque ele tem vergonha do seu diagnóstico. Marcos relata da seguinte forma:

Meu relacionamento com meus colegas de turma é normal. Gosto de sentar ao lado do meu amigo Marcelo. Quando estou com dificuldades no conteúdo da escola, minha colega Raquel me auxilia e em casa minha mãe. Durante os intervalos eu gosto de brincar com alguns colegas. Minha relação com os professores é boa, eles ensinam, mas eu não tenho aquela atenção específica. Sou recebido normal como as outras crianças, até porque a direção da escola não dá muita atenção, não é aquela recepção acolhedora. Nunca me senti excluído dentro da escola, sou tratado normalmente dentro dos ambientes da escola. Meu diagnóstico não influencia na forma que sou tratado; a direção está ciente do meu caso e os professores também eu acho, porque é o dever da direção passar essas informações para os professores e quanto aos meus colegas de turma creio que eles não sabem. Apesar de avaliar meu desempenho escolar como médio, sou um aluno participativo nas atividades e nos projetos da escola. Entrego as atividades solicitadas para o professor. Porém, eu não gosto da diretora. Na escola eu tento

fazer as tarefas, tem conteúdo que eu não entendo e não tenho acompanhamento de alguém para me auxiliar e explicar; tenho dificuldades em realizar tarefas.

Levando em conta a fala do aluno classificado com o TDAH, estamos de acordo com o que Becker (2008) e Goffman (2019) alertam de forma semelhante, que as pessoas, nesse caso os alunos estigmatizados pelo diagnóstico de TDAH, não vivem em um mundo paralelo e tendem a compartilhar expectativas de identidade e comportamento social com as chamadas "pessoas normais". Elas aprendem e incorporam uma visão de normalidade desde os primeiros estágios de interação para obter as crenças do contexto social em que está inserido. Nesse caso a escola, sobre o que significa ter marcadores de diferença que os outros veem como falhas e permanece vulnerável a essa visão. Geralmente isso ocorre quando um atributo não é pré-apresentado, ou seja, quando o marcador da diferença não é, por exemplo, perceptível - isso acontece quando alguém tem uma necessidade física ou neurológica distinta - o indivíduo tende a manipular informações sobre o estigma, encobri-lo através da omissão daquilo que indicaria que ele é "diferente".

Com base na coleta de dados realizada em duas instituições escolares, podemos constatar que existem dados fundamentais sobre o reconhecimento ou sinalização do TDAH no contexto educacional. Uma é a figura do professor, a outra é a psicopedagoga e profissional da AEE. Normalmente, o professor é o primeiro a mostrar que os alunos têm limitações ou comportamentos que diferem dos outros, além do que a escola considera normal. Esta sinalização profissional tem apresentado estereótipos como "aluno preguiçoso", "agressivo", "inquieta" e "isolado".

O reconhecimento do transtorno e os encaminhamentos para alunos com TDAH têm formas quase idênticas nas escolas. A partir da sinalização de que aluno pode apresentar algum tipo de transtorno ou dificuldades de aprendizagem, geralmente comentados por um professor, a família desse aluno é convidada para comparecer à escola. A direção da escola explica a situação e passa as orientações necessárias à família para o atendimento clínico/psicológico para diagnóstico do aluno.

Esse processo de identificação e diagnóstico, legitimado pela expertise, opera entre os atores sociais o que o sociólogo Erving Goffman chama de estigma. Segundo Goffman (2019), a palavra refere-se a sinais e/ou marcas no corpo pelos quais se pode demonstrar que há algo incomum ou ruim na pessoa que os possui, o que indica que as pessoas devem evitar o toque. Em nossa sociedade com um esquema de classificação, a palavra não é usada de maneira muito diferente porque muitas vezes é atribuída uma conotação depreciativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação intitulada “O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como sistema de classificação e estigmatização em instituições escolares de São Luís – MA”, orientada pelo questionamento “o diagnóstico do TDAH é um elemento de estigmatização e exclusão nas escolas Universo Jovem e Nova Geração?”, visava compreender e explicar como o transtorno é reconhecido dentro das instituições escolares e como estas contribuem para o processo de classificação de determinados atores sociais como tendo o transtorno.

A análise sócio-histórica do transtorno mostrou como este foi se firmando enquanto fenômeno patológico, e se enquadrando dentro dos modelos de classificação dos manuais psiquiátricos e o quanto sua nomenclatura passou por diversas mudanças até ser reconhecido como é atualmente, o TDAH. Desde a construção de sua história, as crianças classificadas com o transtorno passaram por um vasto repertório de classificações: criança com defeito no controle moral; criança portadora de uma deficiência mental leve; criança afetada pela encefalite letárgica, sendo identificada como hipercinética ou hiperativa; posteriormente, criança apenas com déficit de atenção; e, por fim, uma criança com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Isso antes de serem enquadradas na literatura médica em meados do século XX, salientamos que primeiro o Estado as classifica como “crianças anormais”, depois enquadra em instituições especializadas, não visando em incluir, mas preocupado com o que essa criança poderia significar socialmente.

No primeiro capítulo abordamos o processo socio histórico do TDAH, elencando seu repertório de nomenclaturas e os principais processos por quais o transtorno passou até ser reconhecido pela nomenclatura atual. Posteriormente, abordamos a história da loucura, compreendendo o processo de classificação desta como uma doença psiquiátrica e pontuando que a figura do “louco” é uma das primeiras classificações que passa a ser dominada pelo discurso médico psiquiátrico. A loucura por meio do discurso clínico e/ou classificatório (nosológico) abre espaço para o entendimento do que conhecemos atualmente como transtornos mentais, isso porque a psiquiatria surge e passa a ser incumbida de explicar as “doenças da mente”. Nesse sentido, começamos a abordar o TDAH como uma categoria psiquiátrica, já que seu diagnóstico é baseado de acordo com manuais psiquiátricos (DSM).

Na primeira parte deste trabalho, discorreremos ainda sobre categorias analíticas como “normal”, “patológico”, “saúde”, “doença”, estigma e desvio, baseando as reflexões em cima dos sociólogos como Durkheim, Canguilhem, Goffman e Becker.

Durante a pesquisa utilizamos a descrição etnográfica como uma das estratégias metodológicas da pesquisa, que nos permitiu conhecer os espaços físicos, dinâmicas e práticas cotidianas das escolas para poder tomar as instituições escolares Universo Jovem e Nova Geração como parâmetro de comparação e análise sobre as categorias instituição total, desvio e estigma. Um dos aspectos que a pesquisa nos permitiu revelar é até que ponto uma ou outra escola investigada aqui se enquadram nas características de uma instituição total, segundo Goffman (2015).

O século XX possui marcos significativos no que se refere ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e a história da educação brasileira. Entre os séculos XIX e XX, está ainda é marcada por resquícios de uma educação europeia, baseada em cuidados médicos-assistencialistas que, marcada pelo período pós Primeira Guerra, começou a ter como preocupação inicial serviços assistenciais.

Durante os séculos XIX e XX são criadas instituições voltadas para o adestramento do indivíduo como escolas, hospitais, dentre outras, que terão como objetivo fazer com que os indivíduos se adequem às regras instituídas. A instituição escolar então, além da função de transmitir certos saberes, começa a se constituir como um espaço privilegiado de disciplinarização dos corpos mediante a articulação de estratégias, ordem, pontualidade, distribuição dos fazeres e deveres dentro de um espaço e tempo regulados.

A escola lança mão de artifícios disciplinares de poder para educar seus alunos dentro da “normalidade”. Para Michel Foucault (2019), o exercício de poder se dá através da vigilância, utilizando os mecanismos de disciplina, ou seja, a forma como o poder é exercido sobre os corpos. A escola, então, passa ser marcada como um dispositivo disciplinar que busca o enquadramento dos seus educandos nos modelos padronizados como “normais” e na punição dos que não se enquadram nas normas estabelecidas. Contudo, a forma de controle não é física, mas temporal, uma vigilância constante, produzindo normatizações que docilizam corpos.

Neste sentido, compreendemos que o vínculo entre TDAH e o estigma, começa a ser estabelecido através do reforço da diferença, articulado pelo conjunto de classificações comportamentais, uso de medicação. A criança com TDAH é vista como problemática, como aquela que ela tem problemas “na cabeça”, já que a palavra transtorno geralmente é ligada e assemelhada ao “louco” e “loucura”. Portanto, a origem social no fenômeno comportamental denominado de TDAH refere-se a expectativas histórica, social e culturalmente construídas no que diz respeito a comportamentos individuais dentro de determinados grupos sociais e/ou em determinados contextos.

Isso significa que o desvio/estigma não surge a partir do diagnóstico, visto que este já existe quando se diz que uma criança é “agressiva”, “inquieta”, por exemplo, porque ela não manifesta os comportamentos socialmente definidos como corretos e adequados dentro do contexto em que vive. No entanto, quando esse comportamento é (re) interpretado como manifestação de sintoma que está dentro da classificação de um transtorno mental, o estigma também se transforma, perdendo a essência social e se firmando ao indivíduo. Mas, como pontuou Becker (2008), o desvio não reside no próprio comportamento e sim na interação entre quem infringe as normas e quem reage à essa infração.

As regras sociais transmitidas aos indivíduos desde seus primeiros anos de idade determinam como um indivíduo deve ou não ser, como deve agir e pensar. Elas moldam-no a partir de um ideal. Segundo Becker, as “regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como ‘certas’ e proibindo outras como e ‘erradas’” (BECKER, 2008). Além da criação da imagem de um homem ou uma mulher “ideal”, produzem classificações e punições para quem não corresponda com essas regras: os desviantes ou estigmatizados. É por isso que existem classificações de crianças “boas”, “más”, “normais” e “anormais” e todo um processo de patologização dos comportamentos inadequados, inclusive até o TDAH.

Goffman (2019), abordou como o estigma era um termo utilizado pelos gregos na antiguidade, para se referir as pessoas com algum sinal corporal ou mau sobre a moralidade de quem o apresentava. Os sinais informavam que quem os trazia eram indivíduos que deviriam ser excluídos. Com base nisso, compreendemos que atualmente a marca do que a sociedade considera “diferente” é cada vez mais sutil, não precisa estar presente no corpo e sim nos comportamentos. Na escola ela é associada a dificuldade de aprendizagem de um aluno, a algum comprometimento físico, neurológico e/ou comportamental que um aluno apresente, que em sua maioria os fazem ser estigmatizados na escola. A criança estigmatizada incorpora os rótulos que recebe e passa a ser psicologicamente uma criança doente.

Outro ponto relevante abordado durante o trabalho é como a psiquiatria colabora com a distinção entre alunos que apresentam bons comportamentos sociais, morais e desempenho escolar e os que desviam desse padrão de “bom comportamento” ao criar um modelo diagnóstico que oferece instrumental para identificar, classificar (negativamente), explicar e propor soluções (medicamentosas) aos considerados “desviantes”.

Outro aspecto relevante percebido, tanto no ponto de vista histórico que abrange o transtorno, quanto o processo de classificação dentro das instituições escolares, é que o diagnóstico sobre esse aluno tem uma força simbólica significativa no contexto educacional e

acaba por fortalecer os estereótipos feitos dos alunos e conseqüentemente, o peso da estigmatização sobre o transtorno.

O reconhecimento de que um aluno é diagnosticado com um transtorno mental ainda é comumente relacionado à loucura, à desordem, imprimindo nele marcas que revelam sua anormalidade. Em outras palavras, o TDAH se torna um elemento de estigmatização, adquirindo um valor social negativo, um sentido depreciativo, até porque os atores sociais já ligam o termo “transtorno” à algum tipo de “doença mental”, “loucura”. As instituições escolares trazem consigo o peso social de um senso comum cristalizado que muitas vezes interpreta de forma negativa os alunos classificados com o transtorno, em consequência disto eles são inferiorizados pelos demais.

Ressaltamos que apesar das sintomatologias que os manuais dizem que são características do transtorno serem mais presentes no contexto escolar, seu diagnóstico é puramente médico-clínico. Nesse sentido, a escola confere legitimidade social ao saber médico, empoderando a medicina para legislar sobre questões comportamentais e/ou de aprendizagem que podem ser consideradas escolar ou social.

Nos enunciados e observações feitas durante este trabalho percebemos que a escola é o local onde mais se estabelecem estigmas relacionados ao TDAH. Como pontuamos no capítulo III, na escola Nova geração os alunos diagnosticados com o transtorno são vítimas de estigmatização e exclusão não só pelos colegas de classe, como também pelos professores. Um por vezes é visto como alguém incapaz de desenvolver uma atividade e o outro como alguém incapaz de responder a um questionamento, ambos também eram deixados de lado nas atividades em grupo.

Consideramos fundamental ultrapassar uma compreensão apenas sócio-histórica e analisar as dinâmicas internas de duas instituições escolares, uma delas classificada aqui como Instituição Total (GOFFMAN, 2015), visando em uma compreensão de como estas contribuem para que a classificação diagnóstica de um aluno com TDAH seja elemento de estigmatização e exclusão. Para isso, realizamos a descrição da estrutura físicas, aspectos organizacionais e interações que envolvem a escola Nova Geração e a Universo jovem.

Em síntese, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade acaba sendo construído como um estigma dentro do espaço escolar, sendo apresentado com algumas características comportamentais que apontam e pré-classificam determinados atores sociais como, “agressivos”, “inquietos”, “indisciplinados”, “bagunceiros”, “não querem estudar”, dentre outras classificações, que são compartilhadas por diferentes atores sociais presentes no contexto

educacional. Essas classificações, de certa forma, são internalizadas pelos próprios atores sociais que são diagnosticados com o TDAH.

A pesquisa de campo também revelou, mas não exploramos nesta dissertação, uma questão de gênero envolvendo a classificação diagnóstica do transtorno. Nesse sentido, não pretendemos esgotar as problemáticas que envolvem o diagnóstico do TDAH por aqui, ela nos deixou outros questionamentos como: Por que meninos recebem mais diagnósticos do TDAH que meninas? As questões sociais a qual essa criança está envolvida são levadas em conta na hora de um diagnóstico? O que faz um fenômeno comportamental marcado pelo social ser reduzido a algo biológico (patológico)?

Este trabalho abre diferentes perspectivas de pesquisas futuras dentro do campo das Ciências Sociais, retira-se o transtorno de uma área que tem o monopólio dessa discussão, voltada para psiquê, área médica, psicológica, saúde etc. e joga luz a uma perspectiva baseada em uma sociologia do desvio/estigma e sociologia das instituições. O TDAH ainda é uma temática relativamente nova dentro da sociologia, contudo, uma problemática que pode ser explorada sob outros pontos de vista que o estudo sociológico do transtorno pode assumir.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artmed, [2000] 2002.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1986.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO [ABDA]. **Carta de esclarecimento à sociedade sobre o TDAH, seu diagnóstico e tratamento**. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>>.
- BARKLEY, R. A. (Org.) **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): manual para diagnóstico e tratamento**. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BECKER, H. S. 2008 [1963]. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar. 232pp.
- BECKER, H. S. **Segredos e truques da pesquisa**. Tradução, Maria Luiza X. de A. Borges; revisão técnica, Karina Kuschnir. — Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BOURDIEU, P. Compreender. In: Bourdieu, P. et all. **A miséria do mundo**. 7 ed. - Petrópolis, RJ. Vozes. 2008.
- BOURDIEU P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: BOURDIEU, P. **O poder simbólico** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa: Difel, 1989. p. 17-58.
- BONADIO, R. A. A.; MORI, N, N, R. **Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: Diagnóstico e Prática Pedagógica**. Maringá: Eduem, 2013, 252p.
- BRADLEY, C. “The behavior of children receiving benzedrine” (1937). **American Journal of Psychiatry**, Arlington, p. 577-585, 1994.
- BRASIL. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. Jomtien/Tailândia: UNESCO, 1990.
- BRASIL. **Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais**. Salamanca, Espanha: UNESCO, 1994.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN 9394/96)**. Brasília, DF: 1996.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CARVALHO FILHO, Juarez; DUTRA, Suzenny. 2021. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como categoria classificatória e estigmatizante: um estudo de caso nas instituições de ensino Colégio Avanço e Universo Jovem em São Luís – Ma. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. 07/2021. Belém/PA. **Anais do 20º Congresso Brasileiro de Sociologia – SBS**. 2021.

CID – 10. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacional à saúde**. Décima revisão, OMS – Organização Mundial de Saúde, 2008. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f80_f89.htm>.

DURKHEIM, É. **A Educação Moral**. São Paulo/SP: Vozes. 2010.

DURKHEIM, É. **As regras do Método Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica**; tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2010. 9 ed.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. 42. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Melo de Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOFFMAN, E. **The interaction order**. *American Sociological Review*, v. 48, n. 1, p.1-17

GUIGUE, M., e BOULIN, A. “**O Internato Escolar: Limites E Paradoxos De Uma instituição Total**”. *Educação & Realidade*, vol. 41, nº 4, p. 985-1003, 2016.

INGOLD, T. 2008, “**Pare, olhe, escute! Visão, audição e movimento humano**”, *Ponto Urbe*, 3, DOI: 10.4000/pontourbe. 1925.

INGOLD, Tim. **Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais**. *Horizontes Antropológicos*, v.18, n.37, 2012, p.25-44.

LALANDE, André. **Vocabulaire technique et critique de la philosophie**. Paris : PUF, 1991.

LATOUR, Bruno. **Introdução: Como Retomar a Tarefa de Descobrir Associações**. In: *Reagregando o Social: Uma Introdução à Teoria do Ator-Rede*: 17-38. Salvador: EDUFBA, 2012.

LENOIR R. **Objeto sociológico e problema social**. In: Champagne P, Lenoir R, Merllié D. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes; 1998.

LITTRÉ ; ROBIN. **Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de art vétérinaire et des sciences qui se rapportent**. 13º ed.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes do Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **DSM- IV**. Trad. Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: **DSM-5** / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Organização Mundial de Saúde (1993). **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed.

ROHDE, L. A., & HALPERN, R. (2004). **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado**. *Journal de Pediatria*, 80(2), 61-70.

ROTTA, N. T. Transtorno de atenção: aspectos clínicos. In: ROTTA, N, T. et al **Transtorno da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed. 2006, p. 301-313.

SANTOS, L. H. S.; FREITAS, C. R. **TDAH, educação e cultura: uma entrevista com Ilna Singh**. *Interface (Botucatu)* vol. 20 no. 5 9 Botucatu Oct./Dec. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0565>.

SCHNEIDER, Dorith. “‘Alunos excepcionais’: um estudo de caso de desvio”. In: VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VELHO, Gilberto. **Desvio e Divergência: uma crítica a patologia social**. 7a. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

WEBER, Florence; BEAUD, Stéphane. **Guia para pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. 2. Ed. – Petrópoles, RJ: Vozes, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

PARA ALUNOS CLASSIFICADOS COM TDAH

- Qual a sua idade?
- Gênero?
- Qual a profissão os seus pais/responsáveis?
- Qual nível de escolaridade dos seus pais?
- Como é a sua relação/convívio com os demais colegas de classe? (quem são seus amigos? Quem senta ao seu lado na sala? Quem te ajuda em caso de dificuldade com conteúdo? O que você faz e com quem no intervalo das aulas?)
- Como é a relação com os professores? (algum deles te dá mais atenção que o normal ou dá mais atenção aos demais do que a você?)
- Alguma vez já se sentiu excluído dentro da escola?
- Como você é recebido pela gestão pedagógica/direção e como é a sua relação com os mesmos?
- Como você se sente dentro da escola?
- Você é tratado de maneira diferente em algum outro âmbito da escola que não seja a sala de aula?
- Você acha que o fato de ter sido diagnosticado com TDAH influencia na forma como seus colegas, os professores, e a direção da escola trata você?
- Como você avalia seu desempenho escolar?
- Você participa dos projetos/atividades da escola?

PARA DIREÇÃO ESCOLAR? (direção, coordenador pedagógico)

- Como foi saber que a escola ia receber alunos com TDAH?
- Como é a relação da coordenação com os alunos que tem o transtorno?
- Como é o acompanhamento da escola para com esses alunos?
- Você já tinha/tem algum entendimento e conhecimento sobre esse transtorno?
- Como a direção percebe a relação/convívio social desses alunos com os demais colegas? E com os professores?

PARA PROFESSORES

- Qual o seu nome e a sua função dentro da escola?
- Qual sua formação? Em qual instituição se formou?
- Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- Você sabe que tem aluno com TDAH na instituição?
- Como é a sua relação com o aluno com tdah?
- Você saberia dizer qual a relação dos demais professores e da coordenação com os alunos com TDAH?
- Você já tinha/tem algum entendimento e conhecimento sobre esse transtorno?
- Como você percebe a relação dos alunos com tdah com os demais alunos?

PARA EQUIPE PSICOPEDAGÓGICA (profissionais AEE, psicopedagogo(a), e demais profissionais envolvidos diretamente no atendimento com o aluno classificado com tdah)

- Qual seu nome? Formação?
- Como é a relação da equipe pedagógica com os alunos com TDAH?
- Como é feito o acompanhamento desses alunos dentro da instituição?
- Algum desses alunos já relatou sobre um possível tratamento diferenciado por parte de algum professor ou demais colegas?
- A escola e a família do aluno com TDHA tem reuniões específicas?
- Com que frequência os alunos com TDAH recorrem a equipe psicopedagógica? Quais são geralmente os motivos que os levam a recorrer?
- Na sua opinião a escola está preparada para receber os alunos com TDAH?
- Quantos alunos diagnosticados com o transtorno a escola possui?
- A identificação dos alunos com TDAH é feita pela escola ou esses alunos já chegam com o diagnóstico?
- Qual o procedimento que a escola adota quando chega um aluno diagnosticado com TDAH? Você Seu pode descrever passo a passo?
- O que é mais importante no processo de identificação e classificação dos alunos com esse transtorno?
- O diagnóstico foi emitido por qual profissional?

PARA FAMÍLIA (pais e/ou responsáveis)

- Seu filho sempre estudou nessa instituição?
- Você sabe o que é o TDAH?

- Como você explicaria o que é o TDAH para uma pessoa que não o conhece?
- Você buscou ou busca informações sobre o transtorno? Em quais fontes? Como você descreve a atenção do seu filho em casa e nas atividades escolares?
- Em que idade o transtorno foi percebido no seu filho? Foi pela escola ou pela família?
- Inicialmente a possibilidade do seu filho ter o TDAH foi sinalizado por quem? (Família, professor, escola ou outras pessoas).
- Como é sua relação com os profissionais que trabalham na instituição?
- Pode descrever como foi o processo de identificação e classificação do seu filho com o transtorno?

PARA COLEGAS DE TURMA DOS ALUNOS CLASSIFICADOS COM TDAH

- Você alguma vez já ouviu falar sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)?
- Você sabe o que é TDAH?
- Você sabe que tem aluno com TDAH na instituição?
- Você acha que esse aluno é tratado diferente pelos colegas e pelos professores?
- Como é a relação desse aluno com você e com os demais colegas?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Esta é uma pesquisa, por ora intitulada “**Instituições escolares e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): das relações entre família, escola e demais atores sociais**”, que visa compreender como e quais os mecanismos internos das instituições escolares públicas de São Luís – Maranhão, colaboram com o processo do TDAH como uma categoria classificatória. A pesquisa está sendo desenvolvida pela pesquisadora Suzenny Nascimento Dutra, matriculada no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (UFMA), sob o nº 2019105029, sob a orientação Prof. Dr. Juarez Lopes de Carvalho Filho, do Departamento de Sociologia e Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão (PPGCSoc), matrícula SIAPE 1790877.

Para o desenvolvimento da pesquisa pretende-se observar a rotina escolar do público-alvo, entrevistar profissionais (professores, profissional do AEE, psicopedagogo/a, coordenação pedagógica e gestão), alunos da instituição e se possível alguns dos responsáveis (família) dos alunos com o TDAH. Busca-se contribuir com produção do conhecimento científico e possibilitar uma melhor compreensão deste fenômeno dentro do contexto educacional.

Por conseguinte, pontua-se que não é obrigatório participar, mas ressalta-se que a sua contribuição é fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, bem como para a produção de novos conhecimentos científicos relevantes que poderão contribuir no entendimento e discussão, de forma significativa, dessa temática.

Além disso, a sua participação consiste na concessão voluntária de entrevista. As entrevistas serão feitas pela pesquisadora, preferencialmente com uso de gravador, caso seja autorizado, tendo em vista que este recurso técnico favorece no recolhimento das informações que serão coletadas.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve indivíduos, destaca-se que a enquanto pesquisadora estarei atenta para que seja evitado e/ou reduzido qualquer tipo de constrangimento. Cumpre destacar que a sua participação na pesquisa não traz complicações legais, uma vez que há o compromisso da preservação do anonimato e identidade dos sujeitos, para assegurar sua confidencialidade, privacidade e, respeito à sua decisão em sair da pesquisa em qualquer tempo e fase da pesquisa, sem penalização, retaliação ou prejuízo por essa decisão.

Em vista disso, a(o) pesquisador(a) responsável assegura o direito a esclarecimentos de dúvidas que se fizerem necessárias, sigilo total das informações pessoais obtidas por essa investigação e o anonimato dos participantes com proteção de sua imagem e, irrestrito acesso a todas as informações e os esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências antes, durante e após a participação concedida.

Dessa forma, os dados coletados serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento desse estudo com vistas ao alcance dos objetivos ou eventos/publicações científicas com o resguardo da confidencialidade dos participantes, já assinalada, eximindo assim, a possibilidade de riscos, danos morais ou financeiros aos envolvidos. Ressalta-se que esta pesquisa respeitará todas as exigências orientadas pela instituição pesquisada, preservando o nome da instituição e identidade dos (as) entrevistados (as), e que as informações serão utilizadas, exclusivamente, para fins acadêmicos.

Isto posto, contamos com sua valiosa e gentil colaboração, desejamos votos de estima e elevada consideração e nos colocamos à vossa disposição para qualquer informação complementar.

AUTORIZAÇÃO

Eu,....., portador(a) do RG e/ou CPF , após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de esclarecer dúvidas com o(a) aplicador(a) da pesquisa, discente e docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, declaro que compreendi o que a pesquisadora explicou e estou ciente em relação a minha participação voluntária na concessão de entrevista para fins de consecução da pesquisa.. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a minha decisão de participar se assim o desejar.

São Luís - MA, _____, de _____ de 2022.

Entrevistado(a) da pesquisa

Suzenny Nascimento Dutra

(ORIENTANDA – PPGCSOC/UFMA)

Prof. Dr. Juarez Lopes de Carvalho Filho

(ORIENTADOR-PPGCSOC/UFMA)

ANEXOS

ANEXO A – Critérios diagnósticos conforme o DSM V e a CID-10

A. (1) e/ou (2)

Um padrão persistente de **desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade** que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por:

1. **Desatenção**: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

2. Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio,

hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

Hiperatividade:

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude)
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.

Impulsividade:

- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Fonte: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014: 59-66

Critérios diagnósticos da CID-10 para transtornos hipercinéticos

Nota: O diagnóstico de pesquisa de transtorno hipercinético requer a presença de níveis anormais de desatenção, hiperatividade e inquietação que são difusos entre situações e persistentes com o passar do tempo e que não são causados por outros transtornos como autismo ou transtornos afetivos.

G1. Desatenção. Pelo menos seis dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente falha em prestar atenção a detalhes, ou comete erros por descuido na lição, no trabalho ou em outras atividades
- (2) frequentemente falha em manter atenção em tarefas ou atividades recreativas
- (3) frequentemente parece não escutar o que está sendo dito a ele(a)
- (4) frequentemente falha em seguir instruções ou terminar lição, trabalho doméstico ou obrigações no local de trabalho (não devido a comportamento de oposição ou falha em entender instruções)
- (5) é frequentemente prejudicado em organizar tarefas e atividades
- (6) frequentemente evita ou detesta tarefas como lição de casa, que requerem esforço mental contínuo
- (7) frequentemente perde coisas necessárias para certas tarefas ou atividades, tais como lições escolares, lápis, livros, brinquedos ou ferramentas
- (8) é frequentemente distraído por estímulos externos
- (9) é frequentemente esquecido no decorrer de atividades diárias

G2. Hiperatividade. Pelo menos seis dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente remexe as mãos ou pés ou se contorce na cadeira
- (2) levanta-se na sala de aula ou em outras situações nas quais permanecer sentado é o esperado
- (3) frequentemente corre em volta ou escala excessivamente em situações nas quais é inadequado (em adolescentes ou adultos, apenas sensações de inquietação podem estar presentes)
- (4) é frequentemente barulhento de modo indevido ou tem dificuldade para realizar silenciosamente atividades de lazer
- (5) exige um padrão persistente de atividade motora excessiva que não é substancialmente modificada por contexto ou exigências sociais

G3. Impulsividade. Pelo menos seis dos seguintes sintomas de impulsividade persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente deixa escapar respostas antes que as perguntas tenham sido completadas
- (2) frequentemente não consegue esperar em filas ou aguardar sua vez em jogos ou situações de grupo
- (3) frequentemente se intromete ou interrompe os outros (por ex., intromete-se nas conversas ou jogos dos outros)
- (4) frequentemente fala em excesso sem resposta adequada a restrições sociais. G4. O início do transtorno se dá antes dos 7 anos de idade.

G5. Universalidade. Os critérios deveriam ser satisfeitos para mais do que uma situação isolada, por ex., a combinação de desatenção e hiperatividade deveria estar presente tanto em casa como na escola, ou tanto na escola como em uma outra situação em que as crianças são observadas, tais como em uma clínica. (A evidência de situação cruzada comumente exigirá informações de mais de uma fonte; relatos parentais sobre comportamento em sala de aula, por ex., provavelmente não serão suficientes).

G6. Os sintomas em G1-G3 causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

G7. O transtorno não satisfaz os critérios para transtornos globais do desenvolvimento, episódio maníaco, episódio depressivo ou transtornos de ansiedade.

Comentários

Muitas autoridades também reconhecem condições que são subliminares para transtorno hipercinético. Crianças que satisfazem critérios de outras maneiras, mas não apresentam anormalidades de hiperatividade-impulsividade podem ser reconhecidas como apresentando déficit de atenção; inversamente, crianças que não satisfazem critérios para problemas de atenção, mas satisfazem critérios de outros aspectos podem ser reconhecidos como apresentando transtorno de atividade. Da mesma forma, crianças que satisfazem critérios para apenas uma situação (por ex., apenas em casa ou apenas na sala de aula) podem ser consideradas como apresentando um transtorno específico de casa ou específico da sala de aula. Estas condições ainda não foram incluídas na classificação principal devido à validação preditiva empírica suficiente e porque muitas crianças com transtornos subliminares apresentam outras síndromes (tais como transtorno desafiador de oposição) e deveriam ser classificadas na categoria apropriada.

Distúrbio de atividade e atenção

Os critérios gerais para transtorno hipercinético devem ser satisfeitos, mas não aqueles para transtornos de conduta.

Transtorno da conduta hipercinética

Os critérios gerais para transtorno hipercinético e transtornos de conduta devem ser satisfeitos.

Outros transtornos hipercinéticos

Transtorno hipercinético, inespecífico.

Esta categoria residual não é recomendada e deveria ser usada apenas quando há uma falta de

diferenciação entre distúrbios de atividade e atenção e transtorno da conduta hiperkinética, mas os critérios globais para transtornos hiperkinéticos são satisfeitos.

Fonte: SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.