

Unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

**FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CAMPUS DE BOTUCATU**

O Conceito de TDAH: concepções e práticas de profissionais da saúde e educação

Lujani Aparecida Camilo

Botucatu

2014

LUJANI APARECIDA CAMILO

**O Conceito de TDAH: concepções e práticas de
profissionais da saúde e educação**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Pereira Júnior

Botucatu

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Camilo, Lujani Aparecida.

O conceito de TDAH : concepções e práticas de profissionais da saúde e educação / Lujani Aparecida Camilo. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Alfredo Pereira Júnior

Capes: 40600009

1. Medicalização. 2. Distúrbios da aprendizagem nas crianças - Diagnóstico. 3. Aprendizagem - Aspectos fisiológicos. 4. Saúde mental infantil. 5. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade. 6. Política de saúde.

Palavras-chave: Aprendizagem; Dificuldades de aprendizagem; Escola; Medicalização; TDAH.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Alfredo Pereira Júnior, que tenho muita gratidão e admiração, por todo seu conhecimento e humildade. Agradeço pela sua disponibilidade, seriedade e competência, também por acreditar nesse trabalho e ter dado a oportunidade de ser sua aluna de pós-graduação.

Aos meus pais amados Nilson e Viviani que sempre me apoiaram a realizar esse trabalho e participaram de sua concretização. Agradeço pelo carinho, entendimento e força nos momentos mais difíceis. Devo a eles o mérito e a conquista de realizar esse trabalho e por tudo o que já fizeram pela minha felicidade e educação.

A minha querida avó Alzira que sempre me ajudou desde criança, tomando minhas lições na infância para ir bem nas provas, além de contribuir e me fortalecer nessa jornada com todo seu carinho.

Ao Rafael, meu amado esposo, que me ajudou em diversos momentos desse trabalho, desde o início até sua trajetória final. A ele agradeço pelo seu exemplo de força, luta e perseverança que me ensina a cada dia a não desistir daquilo que acreditamos. Além da sua paciência e amor em todos os momentos.

A Sonia, uma querida companheira, que sempre me estimulou, alertou e orou por mim em todos os momentos. Agradeço por compartilhar a sua história de vida, que me serviu de exemplo de força, coragem e fé.

RESUMO

A dificuldade de aprendizagem associada a um comportamento hiperativo tem sido umas das principais queixas relatadas nos ambulatórios de saúde mental infantil. Dentre essas queixas no Brasil temos aquela referente ao Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem a Hiperatividade (TDAH). O TDAH associa-se a um comprometimento funcional em diversas áreas (acadêmica, profissional, social). As causas desse transtorno, embora muito pesquisadas e atribuídas a uma combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais, ainda não foram completamente elucidadas, o que dificulta a adoção de estratégias preventivas. Assim, nos últimos anos, muito se tem ouvido falar em TDAH, e sendo o espaço escolar aquele no qual esse mais se evidencia, essa pesquisa busca entender fundamentalmente como é concebido o conceito de doença e transtorno pelos profissionais da saúde e da educação. **Objetivos** - O objetivo principal desta pesquisa é investigar a equipe multiprofissional do ambulatório de pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, e professores de escolas públicas da mesma cidade que tem encaminhado crianças ao ambulatório, procurando entender quais as suas concepções e práticas a respeito do TDAH. **Metodologia** - A pesquisa é de natureza qualitativa. A técnica utilizada foi o Discurso do Sujeito Coletivo, para analisar os dados recolhidos, pois ele dá voz aos indivíduos e é apropriado para tratar os dados qualitativos. **Resultados** - Nas concepções de ambos os grupos (de saúde e educação), com relação ao modelo predominante, foi possível perceber que o modelo biomédico ainda está hegemonicamente presente. Com relação aos profissionais de saúde, percebe-se que estes realizam vínculos com a escola; no entanto, não ocorre a verdadeira intersectorialidade entre essas instituições. De modo geral, os professores, assim como os profissionais de saúde, percebem que a troca e discussão em um momento pós diagnóstico no sistema público de saúde e educação é falha. **Conclusão** - Há necessidade de uma articulação setorial, que vise encontrar convergências entre as concepções, os princípios e os valores para construir estratégias pedagógicas em função das necessidades de cada criança. É importante de construir uma abordagem em rede no qual cada instância (educação e saúde), ainda que mantendo sua especificidade, busque um objetivo comum: o acolhimento do sofrimento dessas crianças com vistas as soluções dos problemas apontados.

Palavras-chaves: TDAH, escola, medicalização, dificuldades de aprendizagem, aprendizagem.

ABSTRACT

A learning disability associated with hyperactive behavior has been one of the main complaints in outpatient clinics children's mental health. Among these complaints have that in Brazil related to Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD). ADHD is associated with functional impairment in several areas (academic, professional, social), the causes of this disorder, although much researched and attributed to a combination of genetic, biological and environmental factors have not been fully elucidated, hampering the adoption of preventive strategies. Thus, in recent years, much has been heard of ADHD, and being the school environment which this most evident, this research seeks to understand how fundamentally conceived the concept of disease and disorder by health professionals and education.

Objectives - The main objective of this research is to investigate the multidisciplinary team of the pediatric clinic of the Faculty of Medicine of Botucatu, and public school teachers in the same city that has sent children to the clinic, which their conceptions and practices about ADHD. **Methodology** - The research is qualitative, which technique is the collective subject discourse to analyze the data collected in this research because it gives voice to individuals and is suitable for treating qualitative data. **Results** - The concepts of both health and education groups, with respect to the predominant model in their speech, it was revealed that the hegemonic biomedical model is still present. With regard to health professionals, one realizes that these ties to hold the school, however, is not the true intersectionality between these institutions. In general, teachers, and health professionals, realize the exchange and discussion at a time after diagnosis in the public health system and education is flawed. **Conclusion** - There is need for a sectorial, which aims to find similarities between the concepts, principles and values to build pedagogical strategies according to the needs of each child. Given the importance of building a network approach in which each instance (education and health), while retaining its specificity, seek a common objective: the host of the suffering of these children.

Keywords : ADHD, school , medicalization, learning disabilities , learning.

LISTA DE TABELA

<i>Tabela 2 - Distribuição do percentual de Ideias centrais frente a questão 1</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 3 - Distribuição Percentual de ancoragem</i>	<i>42</i>
<i>Tabela 4- Distribuição do percentual de ideias frente à questão 2</i>	<i>47</i>
<i>Tabela 5 - Distribuição percentual de ancoragem</i>	<i>47</i>
<i>Tabela 6 - Distribuição percentual de ideias centrais frente à questão 3</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 7 - Distribuição percentual de ancoragem</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 8 - Distribuição do percentual de ideias centrais frente à questão 4</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 9 - Distribuição percentual de ancoragem</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 10 - Distribuição do percentual de ideias centrais frente à questão 5</i>	<i>73</i>
<i>Tabela 11 - Distribuição percentual de ancoragem</i>	<i>73</i>
<i>Tabela 12 - Distribuição do percentual de ideias centrais frente à questão 6</i>	<i>82</i>
<i>Tabela 13 - Distribuição percentual de ancoragem</i>	<i>82</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1.1 O PROCESSO HISTÓRICO DO TDAH	10
1.2 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS	13
1.3 PREVALÊNCIA DO TDAH	16
1.4 ETIOLOGIA	21
MEDICALIZAÇÃO	23
2.1 A ESCOLA E OS PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM	28
INTERSETORIALIDADE: EDUCAÇÃO E SAÚDE	30
OBJETIVOS	32
MATERIAIS E MÉTODO	34
5.1 CAMPO DE ESTUDO	34
5.2 PARTICIPANTES	34
5.3 CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS	36
5.4 COLETA DE DADOS	37
5.5 MÉTODO DE ANÁLISE	38
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6.1 DISCUSSÃO - QUESTÃO 1	45
6.2 DISCUSSÃO - QUESTÃO 2	51
6.3 DISCUSSÃO - QUESTÃO 3	60
6.4 DISCUSSÃO - QUESTÃO 4	69
6.5 DISCUSSÃO - QUESTÃO 5	79
6.6 DISCUSSÃO - QUESTÃO 6	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A	101
APÊNDICE B	109
APÊNDICE C	110

INTRODUÇÃO

Educação e saúde, enquanto propostas de intervenção e controle do Estado seguiram e seguem caminhos semelhantes. A organização hospitalar e educacional, desde sua expressão arquitetônica, revela sua visão técnica-institucional. São locais em que o indivíduo entra com uma deficiência (doença no hospital, ignorância na escola) e vai procurar, num sentindo específico, sua cura, pelo saber médico ou educacional. Entrega sua pessoa aos cuidados da instituição que ele julga competente para tanto. Num jogo aparente contraditório, a escola só tenta dar conta dos indivíduos por ela julgados sãos, e o hospital os por ele classificados como doentes. A pessoa procura algo de que se sente lesada ou ausente, algo que a componha física e mentalmente como ser humano. No entanto, na maioria das vezes, a instituição não a vê assim. Ela a vê como um corpo a ser controlado, observado, esquadrihado, diagnosticado e talvez curado: da doença ou da ignorância. O indivíduo coloca-se nas mãos da ciência médica ou educacional, que em seus procedimentos reproduz os atos que o Estado propõe e necessita para garantir corpos e mentes que desempenhem tarefas objetivas para a produção material e cultural. Se a medicina capitalista propõe a manutenção e recuperação (as vezes chamada de reabilitação) dos corpos, marginalizando inválidos e aposentados (máquinas disfuncionantes), a educação também propõe o mesmo trabalho ao nível intelectual e também marginaliza os rebeldes e os não adaptados ao seu modo de tratar as mentes. Problemas gerados pelas condições de vida e pela forma como é vista esta vida aparecem na escola como problemas individuais. Não dando conta da diferença, porque a educação pretende homogeneizar o saber, massificando o conhecimento, descola o indivíduo não – adaptado para os diversos profissionais que tentarão administrar o problema: profissionais da saúde mental e física. Inúmeros alunos transitam por terapeutas diversos e a escola, cada um tentando com técnicas próprias resolver o caso. Cabe à pessoa, nesse momento já se considerando anormal, portadora de uma deficiência, doente, fazer sozinha a integração dos procedimentos a ela aplicados em pequenas e distantes sessões de atendimento. Separadas, a educação e a medicina, ao proporem a “cura” na verdade promovem o agravo. Medicaliza-se uma disfunção criada pelo sistema educacional ao mesmo tempo em que este rejeita o indivíduo estigmatizado por uma visão estritamente médica do problema. (ALMEIDA, 1986, p. 3-5)

O texto de Almeida (1986) conversa com a proposta desse trabalho ao questionar, refletir e discutir como o conceito de Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) permeia as concepções e práticas dos profissionais de saúde e dos professores. Procura-se analisar sob o viés deste texto, os paradigmas subjacentes aos diálogos desses profissionais, que invariavelmente permeiam suas ações no cotidiano.

Essa pesquisa se respalda em Engel (1977), na teoria do sistema biopsicossocial, buscando comparar as concepções e práticas desses profissionais. Além disso, procura avaliar o quanto os sistemas, tanto o educacional quanto o de saúde, apresentam em suas relações o processo de medicalização. Dessa forma, busca-se compreender primeiramente e

fundamentalmente como é concebido o conceito de doença e transtorno pelos profissionais da saúde e da educação; e secundariamente possibilita entender em que medida ocorre ou não um diálogo entre essas instituições.

1.1 O processo histórico do TDAH

Nos últimos anos tem-se observado considerável diminuição da taxa de mortalidade infantil no Brasil - 26,6 por mil nascidos vivos em 2000 para 16,2 por mil em 2010 (MARANHÃO, 2012). Essa mudança deve-se, principalmente, ao impacto positivo das ações dirigidas ao controle das doenças infecto-contagiosas, com consequente redução da magnitude de doenças como diarreia e aquelas passíveis de prevenção pela vacinação. Desta forma, a atenção se dirigiu para as doenças crônicas, a violência, os acidentes e as queixas relativas aos transtornos psicossociais (LAURIDSEN - RIBEIRO e TANAKA, 2005). Dentre essas queixas, no Brasil, temos aquela referente ao diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem a Hiperatividade (TDAH). Assim, o encaminhamento para os serviços de saúde de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar ou com problemas de comportamento, tem como objetivo de que seja identificado alguma doença, distúrbio ou deficiência que impede a criança de aprender. O fracasso escolar, muitas vezes, é visto como um problema de saúde, que necessita de uma solução médica ou de outros profissionais de saúde, desconsiderando as questões pedagógicas e o contexto escolar (SUCUPIRA, 2010).

Dessa forma, para compreender essa complexa teia que se estabelece entre o diagnóstico do transtorno e sua extensão no âmbito escolar e individual, é necessário “mergulhar nas possíveis motivações e interesses em jogo nos processos de produção do conhecimento que servem ao controle da vida, ao preconceito e à sua legitimação, à exclusão social e educacional, à perpetuação da dominação e à cassação dos direitos de uns em nome dos privilégios de outros” (OLIVEIRA, 2013, p.74). Para tal compreensão se faz necessário elucidar o processo histórico de construção do TDAH.

Strauss, neurologista americano, em 1918 pressupôs que os distúrbios de comportamento poderiam ser conseqüentes de uma *lesão cerebral mínima* (COLLARES e MOYSÉS, 2010). Essa hipótese, sem nenhuma evidência empírica, foi baseada em observações de comportamentos de algumas pessoas que sobreviveram a doenças neurológicas bem estabelecidas (no caso de traumas e infecções) e passaram a apresentar, como uma das seqüelas, uma alteração em seus comportamentos quando comparados com o histórico anterior à doença. Basicamente, a hipótese de Strauss foi fomentada diante de um contexto

histórico peculiar, já que ocorreu na primeira década do século XX uma epidemia de encefalite letárgica nos Estados Unidos, em que foi observado um comportamento atípico, basicamente de desatenção e hiperatividade, exibido em crianças sobreviventes que, possivelmente, teria como causas as lesões anatômicas no cérebro (COLLARES e MOYSÉS, 2010).

A partir desse contexto, Strauss raciocina que crianças com comportamento equivalente deveriam ter também uma lesão cerebral, porém *mínima*. Importante a ressalva *mínima*, como Moysés e Collares (1992) evidenciam; pois sendo uma lesão suficiente para alterar o comportamento, era mínima o bastante para não provocar outras manifestações neurológicas. Essa palavra tem sua justificativa, quando tentou-se estabelecer uma associação com traumas no parto ou meningite que justificassem uma alteração orgânica. Entretanto, como muitas destas crianças não apresentavam nenhum histórico de problemas neurológicos anteriores, Strauss sugere o conceito de uma lesão cerebral mínima como base destes distúrbios de comportamento. Contudo, sua teoria, não teve uma ampla difusão no meio científico (MOYSÉS e COLLARES, 2010).

Em 1937, Bradley¹, neurologista americano, administrou sulfato de benzedrina, uma droga estimulante, a crianças e adolescentes com distúrbios comportamentais no Emma Pendleton Bradley, casa para crianças em Rhode Island (STROHL, 2011). Uma experimentação questionável quanto à ética médica, pois até então não se conhecia, ainda, os efeitos presumíveis desse estimulante no sistema nervoso central em crianças. Como resultado, as crianças apresentavam uma melhora na hiperatividade, na agressividade e na aprendizagem. Bradley relatou: “Fifteen of the 30 children responded to Benzedrine by becoming distinctly subdued in their emotional responses. Clinically in all cases, this was an **improvement from the social viewpoint**” ²(STROHL APUD BARKLEY, 2011) [grifo nosso]

O destaque “melhoria do ponto de vista social” é importante, porque nele está explícito como eram vistos os distúrbios de comportamento, com a tendência da sociedade em discriminar e marginalizar o diferente, assim como subjugar aqueles que, ao longo da história da humanidade foram tratados por suas “anormalidades”. Este é um ponto central para compreender como o processo de medicalização e biologização disseminou-se no meio social e está tão bem estabelecido, uma vez que responde aos anseios da própria sociedade. O próprio artigo de Strohl (2011), ao tratar da história de Barkley ressalta:

¹ Vale fazer um adendo que Bradley foi um dos pioneiros no estudo de estimulantes em crianças, que contribuiu para estudos e aplicações futuras do metilfenidato para o TDAH

² Tradução do autor: “Quinze das 30 crianças responderam a Benzedrine, tornando-se claramente subjugados em suas respostas emocionais. Clinicamente em todos os casos, esta foi uma melhoria do ponto de vista social.”

Durante os séculos XIX e XX, uma nova concepção de infância e de como deve se comportar surgiu na cultura popular e no mundo médico. Um modelo de criança que incorporasse os ideais necessários para a nova economia industrial: comportamento auto-regulado e a ordenação das relações sociais. A infância tornou-se o período crítico para a aprendizagem, restringindo o desenvolvimento de uma identidade social adequada, a fim de crescer e se tornar um adulto bem-sucedido.

Ainda no mesmo artigo, Strohl (2011, p.29) explicita as impressões do neurologista: “Quanto ao desempenho, Bradley observou que esses efeitos tinham um significado prático e social, como na sala de aula uma oportunidade de observar a disposição de uma criança para se conformar com a norma” e, portanto, “Bradley classificou esta notável melhoria no comportamento conforme o ideal ‘moderno’ da infância.” Realmente foi com essa concepção de modernidade que a medicina apregoou-se a tarefa de legislar e normatizar o que é saúde e o que é doença, o que é comportamento aceitável e o que não é; passando, dessa forma, a identificar, segregar e silenciar (de diversas formas) os que incomodavam socialmente.

Em 1962, em Oxford, foi realizado um simpósio internacional, que reuniu um grupo de pesquisadores que se dedicavam, desde 1918, a encontrar a lesão preconizada por Strauss (COLLARES e MOYSÉS, 2010). Assim, esse grupo acompanhou, ao longo de um tempo, a vida de alguns indivíduos, aos quais tinha sido atribuída uma Lesão Cerebral Mínima, até o momento da sua morte; no entanto, ao empregarem os métodos de análises possíveis, inclusive o método anatomopatológico dos cérebros, não foi encontrada nenhuma lesão. Posteriormente, presumiram que era uma disfunção. Dessa forma, foi renomeada a “doença” como Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que acometia apenas a aprendizagem e o comportamento, cujas manifestações clínicas eram: hiperatividade, agressividade, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de linguagem, falta de coordenação motora, déficit de concentração, instabilidade de humor, baixa tolerância a frustrações e outras menos comuns (COLLARES e MOYSÉS, 2010). Moysés e Collares (1992) questionam essas características e advertem:

Chama a atenção que todas as manifestações referem-se a comportamento e/ou cognição; além disso, nenhuma é obrigatória, não existe número mínimo de sintomas, qualquer combinação é suficiente. Inexistem critérios que objetivem o que se entende, por exemplo, por agressividade, hiperatividade, distúrbios do comportamento ou de aprendizagem e todos os outros sintomas (Ressalta-se que se está falando de critérios de diagnóstico de uma doença orgânica. Dentro do próprio referencial da medicina como ciência, o mínimo que se pode esperar é a explicação, a objetividade e a padronização de critérios). Ainda no conceito inicial, são obrigatórios: inteligência normal; exame físico (incluindo neurológico) normal ou com alterações “menor”, raios-X de crânio

normal, eletroencefalograma normal ou com alterações “menor”; qualquer exame laboratorial normal.

Assim, em 1984, a Academia Americana de Psiquiatria conjecturou que o “defeito” relacionado aos problemas de comportamento e aprendizagem estava vinculado à área de atenção, o que promove a mudança de nomenclatura de Disfunção Cerebral Mínima para Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) (COLLARES e MOYSÉS, 2010). Com critérios diagnósticos vagos, o Manual de Estatística e Diagnóstico III (DSM-III) apresentava, dentre outros comportamentos, para desatenção: “Necessita de uma atmosfera calma”, “Confunde os detalhes”; para hiperatividade: “prefere correr a andar”, “sobe nos móveis”; para impulsividade: “não consegue esperar a vez” e “grita alto e faz barulho”. É possível averiguar com esses critérios a falta de objetividade, o que o torna permissivo um diagnóstico um tanto quanto subjetivo. Em 1987, o DSM-III-R, uma revisão do DSM-III, coloca mais uma nova terminologia diagnóstica: Distúrbio de Hiperatividade por Déficit de Atenção (DHDA). No caso, a hiperatividade seria decorrente do déficit de atenção. Posteriormente, em 1994, houve mais uma outra mudança, agora descrito pelo DSM-IV e DSM-V (2013), denominado por Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

E os critérios de diagnóstico, tiveram significativas mudanças? Posteriormente, ainda nesse trabalho, será feita uma breve discussão sobre o DSM-IV.

Dessa forma, a estruturação da hiperatividade como um conceito nosológico apresenta sucessivas mudanças de denominações.

Trata-se de uma entidade para a qual, antes de se chegar à formulação de uma definição enquanto síndrome clínica (em 1957), já havia sido proposta um tratamento cerca de vinte anos antes (1937). As definições conceituais, classificações e descrições têm sido estabelecidas de maneira arbitrária, cujo consenso respalda-se no reconhecimento de uma autoridade científica das associações profissionais (SUCUPIRA, 1985, p.34).

1.2 Critérios de diagnósticos

Os diagnósticos psiquiátricos são construídos diante um contexto histórico e sociocultural. Isso implica que diferentes categorias diagnósticas estão submetidas às influências de ideologias científicas predominantes da época (IRIART e INGLESIA-RIOS, 2013). Assim, por exemplo, a homossexualidade era considerado uma doença no DSM-I em 1952, isto é, uma desordem mental. Em 1973 a homossexualidade é retirada da categoria diagnóstica de

doença pela Associação de Psiquiatria Americana (APA); no entanto, somente em 1992 a OMS (Organização Mundial da Saúde) propôs que a homossexualidade não fosse mais considerada como doença, sendo retirada do CID-10 (Classificação Internacional das Doenças) (DRESHER, 2009).

Os transtornos psiquiátricos são compilados, majoritariamente, pelo DSM, elaborado pela APA. Este manual é o documento oficial onde estão descritos todos os quadros diagnósticos, amplamente utilizados como guia pelos profissionais da saúde mental em suas práticas clínicas, como por pesquisadores. Segundo Iriart e Iglesias (2012), um dos principais problemas do DSM é que foi desenvolvido e é atualizado por uma única disciplina, no caso a psiquiatria, a qual inclui diversas correntes de pensamentos, que sustentam diferentes paradigmas, tais como: behaviorismo, psicanálise e neurobiologia. Dessa forma, a classificação dos transtornos varia de acordo com a corrente de pensamento que predomina na época. Por exemplo, o TDAH, com sua modificação em revisões sucessivas do DSM desde 1952, foi no passado designado como “infância com neurose” ou “neurose compulsiva” de acordo com o discurso psicanalítico, para posteriormente ser transformado em “ansiedade”, de acordo com a psiquiatria behaviorista, e finalmente definido como “transtorno do déficit de atenção com ou sem hiperatividade” segundo a descrição da corrente da neurobiologia (IRIART e IGLESIAS-RÍOS, 2012).

Para tanto, ainda é importante elucidar os laços financeiros dos autores do DSM com a indústria farmacêutica. Em 2006 foi publicado um estudo mostrando que dos 170 membros do painel do DSM, 95, ou seja, 56% dos membros tinham laços financeiros com a indústria farmacêutica. Assim, os vínculos mais fortes entre os autores e as indústrias farmacêuticas eram em áreas diagnósticas, onde os medicamentos são utilizados na primeira linha de tratamento. (HORWITZ apud IRIART e IGLESIAS-RÍOS, 2013)

Assim, o DSM-IV (APA, 1994) e o DSM-IV-TR (APA, 2002, 2003) indicam uma série de critérios para diagnóstico do TDAH, diferenciando em critérios de desatenção, hiperatividade e impulsividade tal como descritos abaixo e no Apêndice A. Tais critérios foram baseados principalmente em manifestações infantis de TDAH:

1. *Crítérios de Desatenção*: a) freqüentemente não presta atenção em detalhes e comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras; b) com freqüência mostra dificuldade para sustentar a atenção em tarefas; c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; d) freqüentemente não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não por causa de um comportamento de oposição ou por uma incapacidade de compreender as instruções); e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; f) freqüentemente evita, ojeriza

ou reluta se envolver em tarefas que exijam um esforço mental constante (deveres de casa, escolares); g) freqüentemente perde coisas necessárias para suas tarefas e atividades (brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros e outros materiais); h) facilmente é distraído por estímulos alheios à sua tarefa; e, i) com freqüência mostram esquecimento nas atividades diárias.

2. Critérios de Hiperatividade: a) freqüentemente agita as mãos e os pés e fica se remexendo na cadeira; b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que se espera que permaneça sentado; c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode se limitar a sensações subjetivas de inquietação); d) com freqüência tem dificuldade de brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer e) está freqüentemente "a mil", ou como se estivesse "a todo vapor"; e, f) freqüentemente fala em demasia.

3. Critérios de Impulsividade: a) freqüentemente dá respostas precipitadas antes que tenham sido formuladas completamente as perguntas; b) com freqüência tem dificuldade de aguardar sua vez; e, c) freqüentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios.

Diante desses critérios, é importante realizar algumas observações a respeito de sua formulação, no caso, o fato de se ter desconsiderado os diferenças de gênero, socioculturais ou as variações das etapas de desenvolvimento das crianças, o que pode influenciar em diferentes interpretações para um mesmo comportamento. Além disso, a observação clínica é feita por sintomas observados por terceiros (pais, professores e médicos) que preenchem ou não os critérios, mas sem avaliar em profundidade se o contexto escolar ou social possa estar influenciando na desatenção ou hiperatividade da criança. Dessa forma, dificulta-se a percepção de relações mais complexas entre os aspectos culturais e sociais com relação à saúde mental. Segundo Iriart e Iglesias- Ríos (2013) “A evidencia que se requer para fazer um diagnóstico com o DSM é primeiramente fenomenológica e de descrição de comportamento. A subjetividade é intrínseca a psiquiatria e tem um papel importante em um processo diagnóstico, situação que não tem mudado desde suas origens.”

As atualizações feitas pelo DSM-V, segundo um documento eletrônico da APA³, para o TDAH, foram: a) Crianças devem ter pelo menos seis sintomas de um ou de dois critérios (sendo estes os critérios de desatenção e de hiperatividade e impulsividade), enquanto que os adolescentes mais velhos e adultos (com idade acima de 17 anos) devem apresentar-se com cinco; b) Vários dos sintomas de TDAH do indivíduo devem estar presente antes da idade de 12

³ <http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>

anos, contra 7 anos como a idade de início no DSM-IV; c) O DSM-V não inclui critérios de exclusão para as pessoas com transtorno do espectro do autismo, uma vez que os sintomas de ambas as doenças podem co-ocorrer. (KUPFER, REGIER, *et al.*, 2013)

A proposta de reduzir os limiares de diagnóstico traz consigo um risco com relação à sensibilidade diagnóstica, pois ao se aumentar o número de pessoas que se qualificam para um diagnóstico pode-se levar à excessiva medicalização, além de se apresentar o risco epidemiológico de desencadear epidemias de falso-positivos. (SOCIETY FOR HUMANISTIC PSYCHOLOGY, 2013)

A Society for Humanistic Psychology (2013) argumenta com relação ao TDAH no DSMV:

A reclassificação proposta de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) de Transtornos geralmente diagnosticados na primeira infância, ou na adolescência para os novos agrupamentos "desordens do desenvolvimento neurológico" parece sugerir que o TDAH tem uma base neurológica definitiva. Esta alteração, em combinação com a proposta para reduzir o limiar de diagnóstico para esta categoria, tal como descrito acima, representa alto risco de exacerbar o existente processo de medicalização e o excesso de diagnóstico da doença nesta categoria (traduzido pelo autor).

Os DSM são construções elaboradas por determinados grupos de profissionais e investigadores, influenciados por um discurso científico predominante em uma época, e que se instalam como verdade sobre o processo saúde e doença. Além disso, muitas definições são influenciadas por interesses financeiros de grupos que lideram as organizações profissionais. No entanto, é comum que muitos pesquisadores e profissionais da saúde desconheçam estes processos e de como esse discurso hegemônico se transforma em uma verdade sobre o saber em saúde, neste caso em torno do TDAH (IRIART e INGLESÍAS-RIOS, 2013). Desta forma são legitimadas as formas diagnósticas e os tratamentos, assim como a sua circulação e os dados estatísticos, tais como os estudos de prevalência do TDAH.

1.3 Prevalência do TDAH

Sendo o TDAH um transtorno definido ao longo de algumas décadas, se faz necessária uma atenção especial quanto a sua prevalência mundial ao longo desses anos. Pois, mesmo sendo considerado um transtorno muito comum na infância, por alguns pesquisadores, não é facilmente detectado devido às dificuldades quanto a sua delimitação e ao uso de critérios diagnósticos, influenciando diretamente nos dados a respeito de sua prevalência (IRIART e INGLESÍAS-RIOS, 2013).

A falta de estudos epidemiológicos nacionais sobre o TDAH em países latinoamericanos faz com que os dados usualmente utilizados para demonstrar o aumento de casos a nível populacional sejam aqueles gerados pelos Estados Unidos (IRIART e INGLESIA-SRIOS, 2013). Logo, se faz necessária uma análise crítica de como se constroem e reportam os dados de prevalência do mesmo.

Grande parte da literatura aponta os EUA como um pioneiro em detecção da incidência, prevalência e tratamento do TDAH. De acordo com a estimativa do DSM-IV, a prevalência nos EUA do TDAH encontra-se entre 5% e 13%, nas crianças em idade escolar. Esses resultados são maiores do que os das versões anteriores – DSM-III e DSM-III-R (GOLFETO e BARBOSA, 2003).

Foi realizada em 2003, nos Estados Unidos, uma pesquisa, cuja estimativa de prevalência, segundo o Centro de Controle de Enfermidades e Prevenção⁴ (CDC, sua sigla em inglês), correspondia a 7,8% das crianças em idade escolar (taxa baseada em relatos dos pais), o que equivalia aproximadamente a 4,4 milhões de crianças com idade entre 4-17 anos. Este resultado foi obtido através de uma amostra aleatória dos números de telefones fixos e respondido por um adulto (os pais ou responsáveis) sobre as condições de saúde da criança selecionada. Foram realizadas as seguintes questões no inquérito:

- a) Se um médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que (a criança) **alguma vez** teve transtorno de déficit de atenção ou distúrbio de déficit de atenção, ou seja, TDAH ou DDA?

Se a resposta for afirmativa, os entrevistados ainda são abordados com outra questão:

- b) Se a criança **atualmente** toma medicação para a DDA ou TDAH?

As limitações dessa metodologia são reconhecidas pelo próprio CDC, já que por um lado, se excluem os domicílios onde não têm telefone fixo e onde a entrevista é recusada. Além disso, o tipo de pergunta supõe a capacidade dos pais ou responsáveis de recordar o diagnóstico, não confundindo com outro, reconhecer a severidade do problema e ser verdadeiro em sua resposta.

⁴ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5944a3.htm?s_cid=mm5944a3_w. Acesso em 23 de out. de 2013.

Posteriormente, em uma nova pesquisa no período de 2007, o CDC divulga um aumento dos casos entre 2003 e 2007. A pesquisa se manteve com o mesmo modelo de inquéritos de 2003, no entanto, acrescentaram mais três questionamentos:

- a) Se a criança tem no momento o TDAH.
- b) A severidade do caso (leve, moderado e severo).
- c) Considerando que em 2003 a criança não tomava medicamento, se ela, atualmente, usa a medicação para o transtorno.

O resultado obtido e divulgado no site do CDC foi de um aumento da **prevalência** de 7,8% para 9,5%, respectivamente em 2003 - 2007, representando um aumento de 21,8% em 4 anos, já que as respostas afirmativas para pergunta “ Se a criança **alguma vez** teve TDAH” aumentaram de 7,8% para 9,5%. Entretanto, ao considerarmos a pergunta acrescentada em 2007 “Se a criança tem no momento TDAH”, as respostas positivas foram consideravelmente menores, com 7,2%. Além disso, aquelas crianças, cujos pais informaram que tinham TDAH no momento da entrevista, em quase metade dos casos (mais exatamente 46,7%) consideraram como leve; 39,5% como moderada e 13,8% como severa. Também do total de crianças pesquisadas com TDAH em 2007, apenas 66,3% recebiam medicação, sendo que a proporção de crianças que tomam medicamentos para TDAH aumentou com a gravidade, a partir de 56,4% entre as crianças com TDAH leve, para 71,6% entre as crianças com TDAH moderado e 85,9% entre as crianças com casos severos (IRIART e INGLESIAS-RIOS, 2013).

Importante questionar se está correta a afirmação de que houve um aumento da prevalência de casos de TDAH no período de 2003 a 2007, como sugere o site oficial do CDC. Diante da definição de prevalência: o número de casos de uma enfermidade ou evento em uma população em um dado momento, logo, a interpretação precisa de prevalência deveria ser de 7,2% correspondente ao ano de 2007 (IRIART e INGLESIAS-RIOS, 2013). Além disso, conforme a pergunta original "Has a doctor or health professional ever told you that [child] has attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder, that is, ADD or ADHD?" (“Um médico ou profissional de saúde já lhe disse que [a criança] tem o transtorno de déficit de atenção ou distúrbio de déficit de atenção, ou seja, DDA ou TDAH?”) nos leva a refletir que não está incluído na pergunta o termo “**diagnosticado** com TDAH ou DDA?” e sim “**tem** o TDAH ou DDA?”, ou seja, é possível que algum profissional de saúde ou médico possa, apenas, ter comentado ou sugerido aos pais, mas sem que a criança tenha necessariamente passado por toda uma avaliação diagnóstica e validado o mesmo. Possivelmente, com essa pergunta tendenciosa, leva-se a uma extrapolação de dados, que não assegura a veracidade do seu objeto: a prevalência.

No Brasil, as pesquisas sobre a prevalência de TDAH em crianças e adolescentes são escassas. Alguns dos estudos de prevalência demonstram as diferentes estimativas, tais como: 0,9% (GOODMAN et al., 2005), 13% (FONTANA et al., 2007) e 17,1% (VASCONCELOS et al., 2003) em escolares do Rio de Janeiro; 1,8% (FLEITCH – BILYK et al., 2004) e 5,8% (ROHDE et al., 1999) em São Paulo. Com isso, foram escolhidos dois estudos, que possuem em comum o mesmo autor (Vasconcelos) e desenhos metodológicos semelhantes, a fim de avaliar de uma forma mais crítica os estudos de prevalência no país.

O estudo de prevalência realizado por Vasconcelos et al., em 2003 com crianças escolares de uma única escola primária pública, teve uma amostra inicial de 572 crianças (6 – 15 anos). A amostra foi composta por todos os alunos das classes da alfabetização à quarta série. Foi aplicado um questionário (seguindo o DSM-IV) aos professores e aos pais ou responsáveis, restando apenas 403 crianças a serem pesquisadas, pois as demais os pais não tinham respondido o questionário. Dasquelas, 108 atingiram a pontuação mínima, segundo o questionário aplicado, o que indicava TDAH. No entanto, apenas 101 compareceram para triagem clínica que diagnosticaria ou não TDAH em conjunto com os questionários de ambos os cenários (família e escola). Ao final, 69 escolares das 101 avaliadas foram diagnosticados com TDAH. O autor, levando em conta o tamanho da amostra inicial de 403 crianças, encontrou uma taxa de prevalência de 17,1%.

O estudo é bem claro quanto as suas limitações, pelo fato de ser uma avaliação de alunos de uma única escola, o que dificulta a generalização dos achados para o universo dos escolares. Os pesquisadores colocam que a idade da população estudada pode exercer uma influência importante na prevalência do TDAH, pois a idade mais frequente de diagnóstico seria aos 7-8 anos e depois haveria um declínio crescente da prevalência com a idade, levando, desse modo, a uma dificuldade de se comparar as taxas de prevalência em estudos com faixas etárias diferentes. Outra questão que dificulta a generalização dos achados consiste na ausência de um exame de diagnóstico para o TDAH (ou seja, o critério diagnóstico é baseado em uma análise mais subjetiva). Também foi esclarecido pelos autores, que os seguintes fatores influenciariam na prevalência observada como: a definição de TDAH; a qualidade do informante; a consideração de comprometimento da função, além da pontuação no questionário de sintomas; e os métodos de coleta dos dados. (VASCONCELOS, WERNER, *et al.*, 2003)

Esse estudo também apresenta na sua discussão dos resultados a seguinte inferência “(...) As altas taxas observadas no presente estudo (17,1%) e no estudo de Newcorn et al. (26%) fortalecem a noção de que determinados fatores psicossociais (p. ex., baixa renda) estão

associados ao diagnóstico de TDAH” (VASCONCELOS, WERNER, *et al.*, 2003, p. 70). Interessante essa análise, pois abre-se um viés para que possa ser utilizado o transtorno como uma justificativa à dificuldade escolar de crianças com baixa renda. Isso remete a questão de fracasso escolar, ou seja, justificar que o problema está na criança em ser pobre e não do sistema que ela está envolvida que não contribui para seu aprendizado. Além disso, segundo as próprias limitações apresentadas nesse estudo, estas podem influenciar a prevalência encontrada, o que se faz repensar se a questão socioeconômica possivelmente possa servir como uma das justificativas desse transtorno.

Em 2007 Vasconcelos realizou outro estudo de prevalência de TDAH em escolares. Utilizou uma população de 602 de crianças com idades entre 6 e 12 anos que cursavam da 1ª à 4ª séries do ensino fundamental de quatro escolas públicas no Rio de Janeiro, onde 461 crianças participaram da pesquisa. As crianças foram avaliadas segundo os questionários (a partir do DSM-IV) aplicados aos professores, pais e pela avaliação clínica. Destas, 60 crianças foram diagnosticadas com TDAH. Logo, a prevalência de TDAH considerando em conjunto as quatro escolas foi 13,0% (FONTANA, VASCONCELOS, *et al.*, 2007).

Para esse estudo valem as mesmas críticas da pesquisa anterior de 2003. É importante ressaltar que novamente os autores correlacionam nível socioeconômico com TDAH. Outro exemplo de prevalência elevada é o estudo de Vasconcelos et al. que analisou amostra de escolares de Niterói - Rio de Janeiro e encontrou uma prevalência de TDAH de 17,1%. Os autores atribuíram esta taxa elevada à alta frequência de fatores psicossociais associados numa população “socio-economicamente desfavorecida” e que no estudo atual (2007) “A prevalência encontrada neste estudo deve ser analisada com cautela. A população estudada consistia em indivíduos que eram de baixa renda (US\$ 2,3 ao dia por pessoa) e freqüentavam escolas públicas (CIEPs). Este fato reduz a validade externa dos resultados para crianças de outras classes sócio-econômicas e que freqüentam escolas particulares.” (FONTANA, VASCONCELOS, *et al.*, 2007, p. 136). Apesar das inferências de que a renda familiar desses escolares seria um possível determinante psicossocial em associação com o TDAH, os pesquisadores não deixaram claro em que instância o nível socioeconômico do indivíduo determinaria esse transtorno.

Portanto, os estudos de prevalência atualmente realizados devem ser analisados crítica e cautelosamente, a fim de se avaliar os possíveis conflitos de interesses existentes, assim como a metodologia utilizada e seus possíveis vieses.

1.4 Etiologia

Alguns estudos sobre etiologia referem-se ao TDAH como um resultado de anormalidades no desenvolvimento cerebral. Entretanto, as origens neurobiológicas do TDAH não se encontram completamente elucidadas. Os mecanismos neurobiológicos que participam do mesmo são de natureza complexa e, possivelmente, não estão na dependência de um único neurotransmissor. Segundo esses estudos, a variação clínica dos casos de TDAH já reflete a intensa complexidade dos processos neuroquímicos inibitórios e excitatórios implicados na origem dos seus sintomas (COELHO e CHAVES, *et al.*, 2010).

Evidências farmacológicas favoreceram, a princípio, a teoria dopaminérgica do TDAH, segundo a qual déficits de dopamina no córtex frontal e núcleo estriado seriam responsáveis pelas manifestações dos sintomas. Nos últimos anos têm sido atribuídos papéis, de forma interacional, a outros neurotransmissores bioquímicos menos estudados, como a serotonina, glutamina e acetilcolina. Mesmo não existindo resultados definitivos, uma série de estudos de neuroimagem, neuropsicologia, genética e bioquímica estão sendo realizados na tentativa de confirmar essas hipóteses. (ARNSTEN, 2005; DOYLE, 2005). No entanto, apesar de todos os avanços alcançados pelas tecnologias de imagem cerebral, na prática, elas ainda não são ferramentas autoevidentes. Com relação às causas do transtorno, é explicitado pelo Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity, publicado pelo Instituto Nacional de Saúde Americano NIH (1998), que elas ainda permanecem especulativas e a hipótese do mau funcionamento cerebral continua sendo apenas uma hipótese (CALIMAN, 2010).

As hipóteses com relação ao fator hereditário também não foram confirmadas. Alguns estudos colocam que há maior frequência de crianças hiperativas em famílias cujos pais também apresentem comportamento hiperativo, o que pode apenas indicar a influência de um modo específico de interação familiar (SUCUPIRA, 2010). Logo, se faz necessário analisar que o efeito de qualquer variação biológica depende também das determinações socioculturais do indivíduo para ter um significado sobre o psiquismo e os comportamentos humanos.

Nos tópicos referentes aos achados laboratoriais associados e aos achados do exame físico e condições gerais médicas gerais associadas, o DSM-IV-TR apresenta as seguintes afirmações:

Nenhum exame laboratorial ou avaliação neurológica ou da atenção foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas estes instrumentos não demonstram utilidade quando se está tentando determinar se um determinado indivíduo tem, ou não, o transtorno. Ainda não estão claro quais déficits cognitivos fundamentais são responsáveis por estas diferenças de grupo. Não existem características físicas específicas associadas com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato exageradamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior ao da população em geral. (DSM-IV, p. 115)

Logo, Moysés e Collares (2010, p. 80) sintetizam claramente a questão social que subjaz o contexto biologizante desse transtorno – “(...) podemos afirmar que sob o cientificista algoritmo de *criança que não aprende e/ou criança com problema de comportamento + exame físico normal + exames laboratoriais normais* esconde-se, de fato, a *criança que incomoda*”.

Há uma ansiedade social na busca de respostas definitivas e lógicas para problemas de aprendizagem. Com isso, uma multiplicidade de diagnósticos psicopatológicos e terapêuticas tende a simplificar as determinações dos sofrimentos ocorridos na infância. Isso ocorre de tal forma que, atualmente, novas descobertas científicas se apresentam, de maneira geral, como explicações dos comportamentos, sensações e sofrimentos humanos, imprimindo e moldando o discurso social com enunciados científicos, ou seja, de um cientificismo que ao informar as novas descobertas científicas também determina uma visão mais biologizante do ser humano.

MEDICALIZAÇÃO

O conceito de medicalização foi utilizado em diversos estudos a partir dos anos 70; de maneira geral, a crítica abordada por vários pesquisadores à medicalização é a redução de questões complexas e amplas, as quais envolveriam a análise e contribuição de diversas áreas (sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina, etc) a uma única área: medicina (GUARIDO, 2010). Segundo, Collares e Moysés (1989) a medicalização compreende:

Medicalizar uma questão é buscar causas e soluções médicas para as questões não médicas. Deve-se ressaltar que este processo ocorre em uma perspectiva restrita, associal, ahistórica e acrítica da medicina e não segundo uma corrente médica que encara as questões de saúde determinadas pela forma de inserção do indivíduo em um contexto social e historicamente determinado. Então, buscam-se causas médicas no sentido puramente orgânico e centrado no indivíduo, via mecanismos fisiopatológicos extremamente sofisticados e na maior parte das vezes não comprovados.

Assim, ao transformar as questões não-médicas de cunho eminentemente social e político em questões médicas ocorre um direcionamento em busca de causas e soluções para problemas dessa natureza. Com isso, esse processo de medicalização constrói toda uma discussão do processo saúde-doença com uma concepção de ciência médica centrada no indivíduo, onde perde-se uma determinação coletiva por ser apresentada como problemas individuais. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo a expressão do individual e do coletivo (COLLARES e MOYSÉS, 1994).

Historicamente, o período que fortaleceu esse processo de medicalização no âmbito escolar corresponde às décadas de 30 e 40, em que práticas médico-higienistas e de psicomетria foram bem recebidas nas instituições escolares (MOYSÉS e COLLARES, 2010). A fim de compreender melhor essa influência histórica sobre a medicalização, se faz necessário uma alusão ao período higienista.

O pensamento higienista, no início do século XIX, tinha como proposta orientar a população através da educação a partir de novos hábitos de vida. Este abrigava vários métodos de intervenção, alcançando todos os setores da sociedade (saúde, educação e política). A política higienista buscava a disciplina de cada indivíduo consigo próprio e com seus

próximos, de modo que cada um se conscientizasse e passasse a agir como fiscal da higiene. Assim, argumentavam que um controle do corpo feito desde a infância (vestimenta adequada, exercícios físicos, alimentação, cuidados com a higiene), levaria a uma conduta no período adulto de acordo com o ideal desejado, segundo as normas higiênicas. No entanto, essa normatização do indivíduo não construía uma ampla conscientização de si (reflexiva e transformadora) para que o levasse a mudar sua visão de mundo. Isto porque essas ações normativas higiênicas educativas, de modo geral, emanaram de forma despolitizada, individualizante, compreendendo um ser assujeitado. (LUENGO, 2009)

Desenvolvendo uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contornou as vicissitudes da lei, classificando as condutas lesa-Estado como antinaturais e anormais. Todo trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX vai ser montado sobre a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado (COSTA *apud* LUENGO, 2009, p. 26)

Segundo Luengo (2009), o ideal higienista parecia se preocupar em cuidar da moral e dos bons costumes (tanto da vida pública quanto privada); no entanto, o alvo sempre foi o núcleo familiar, pois através desta era possível implantar a ideia de que o cuidado científico era necessário para que houvesse melhor adaptação do sujeito ao seu espaço e vida em sociedade, dada a incapacidade e ignorância, como eram vistos, dos pais em cuidar dos seus filhos. Com isso, configurou-se um modelo de regulação disciplinar que foi sendo construído gradativamente na sociedade; com a difusão, por exemplo, do conceito de família “perfeita” e nuclear, com filhos sadios e educados, mães amorosas e dedicadas e pais responsáveis e fortes, de forma que o diferente desse ideal se tornava inaceitável.

Essa questão disciplinar sobre o indivíduo foi muito bem abordada pela óptica de Foucault em sua obra *Vigiar e Punir*, que coloca a disciplina com uma relação direta com o poder:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrija, 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. (FOUCAULT, 1999, p. 164)

O autor coloca como a manipulação do corpo social fomenta a operação econômica na medida em que o poder disciplinar influencia na produtividade social. Dessa forma, a instituição escolar seria um espaço de ação das disciplinas e, conseqüentemente, do poder científico, onde por esta ocorreria o modelamento de crianças, futuros cidadãos, aptos e produtivos fisicamente e moralmente.

Haverá em todas as salas de aula lugares determinados para todos os escolares de todas as classes, de maneira que todos os da mesma classe sejam colocados num mesmo lugar e sempre fixo. Os escolares das lições mais adiantadas serão colocados nos bancos mais próximos da parede e em seguida os outros segundo a ordem das lições avançando para o meio da sala... Cada um dos alunos terá seu lugar marcado e nenhum o deixará nem trocará sem a ordem e o consentimento do inspetor das escolas. [Será preciso fazer com que] aqueles cujos pais são negligentes e têm piolhos fiquem separados dos que são limpos e não os têm; que um escolar leviano e distraído seja colocado entre dois bem comportados e ajuizados, que o libertino ou fique sozinho ou entre dois piedosos. (FOUCAULT, 1999, p. 174)

Foucault (1999) coloca que uma das primeiras e grandes operações da disciplina é a construção de “quadros vivos”, os quais enquadram a singularidade humana em multiplicidades organizadas, ou seja, cada um tem seu lugar e sua nomenclatura, repartindo, de forma geral, os normais dos anormais. Com isso, há maior controle e vigilância nesse tipo de enquadramento.

Logo, o conceito de normal estabelece uma forma de aprisionar o aluno, através de uma educação padronizada, que homogeniza e desconsidera a singularidade de cada indivíduo. Assim, aqueles que se desviam das normas, ou seja, não se submetem a ação disciplinadora, sofrem reparações que visam corrigir seus supostos “desvios”. A ação reparadora a priori era a punição (com dor e humilhação do aluno) e, posteriormente caberia a medicina encontrar o problema orgânico como princípio de todos os males, através de exames e testes psicométricos. (LUENGO, 2009). Dessa forma:

A nova palavra de ordem é a *higiene mental escolar*. Com intenções preventivas, as clínicas de higiene mental e de orientação infantil disseminaram-se no mundo a partir da década de vinte e se propõe a estudar e corrigir os *desajustamentos infantis*. Sob o nome de psicoclínicas, clínicas ortofrênicas, clínicas de orientação ou clínicas de higiene mental infantil, elas servem à rede escolar através do diagnóstico, o mais precocemente possível de distúrbios da aprendizagem. A obsessão preventiva tem como lema “*keep the normal child normal*” (mantenha normal a criança normal) e em seu nome são criadas as “clínicas de hábitos” para crianças em idade pré-escolar (PATTO, 1999, p.422).

De acordo com a citação de Patto (1999) nesse período estava sendo construída uma sociedade que garantisse a produtividade desenfreada, próprio do ideal capitalista, somando-se aos investimentos e descobertas científicas. O homem “moderno” necessitava ter seu corpo produtivo e adequado, iniciando esse processo de massificação já no período escolar. Então, aquele que, por algum motivo, não acompanhasse a norma, já era visto como diferente e desajustado, que necessitava de um alinhamento para justapor-se aos anseios sociais. A escola funcionaria como uma ferramenta que supervisiona, aponta e classifica os considerados com alguma anormalidade (PATTO, 1999).

Com isso, a medicalização da infância é um resultado direto do movimento higienista, quando a educação e saúde se unem e implantam seus papéis de normatização e moralização, através da ordem e dos bons hábitos (LUENGO, 2009). A partir dessa contextualização é possível repensar a grande demanda de crianças atualmente diagnosticadas com o TDAH e refletir que todo comportamento considerado como “desviante” depende das normas e níveis de tolerância socialmente consolidados (CONRAD, 2007). Portanto, construir a ideia de normalidade e anormalidade, em que exime o contexto social, histórico, psicológico, em privilégio, apenas, de um desequilíbrio biológico possibilita o seguinte questionamento: quais interesses implicitamente atuam ao se classificar que determinados comportamentos possam ser considerados como anormais ou normais para certificar um diagnóstico em TDAH?

A fim de uma reflexão mais profunda sobre este questionamento, sem, no entanto, estabelecer uma resposta prévia e definida, em "Nascimento da Medicina Social" Foucault (1999, p. 96) aponta os efeitos de uma medicalização da vida e do espaço social, no qual os doentes tendem a perder o "direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem". Assim, a medicina, como um sistema de racionalização e de controle, tornou-se uma ferramenta, que ao proclamar o desejo de gerir a saúde e o bem estar da população, se tornou uma instância normativa, um componente do biopoder (MARTINS, 2008). O biopoder colocado por Foucault representa a disciplinarização da vida do corpo social em suas dimensões subjetivas e biológicas, constituindo-se, portanto, em uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo. Nesse sentido, Foucault (1999) afirma: “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”.

A medicina não é uma soberana no exercício de um poder, mas sim uma tecnologia que compõe as estratégias políticas de gestão do corpo social. Logo, as formas de viver, a sexualidade, o cuidado à saúde, as questões de saúde pública, assim como os sofrimentos existenciais serão objetos do biopoder (GUARIDO, 2010). A instauração da norma visa à garantia da vida, e para tal fim, serão sempre necessários mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. A norma representa tanto aquilo que se pode aplicar a um corpo individual como a uma população, a qual se deseja regulamentar. Logo, o biopoder é também uma forma de controle que garante uma moralização do indivíduo, a fim de estabelecer um controle para saúde, pois insere o indivíduo em um espaço coletivo, que moraliza suas condutas em torno do governo, de si e dos hábitos em geral (DANNER, 2010).

A medicina estuda doenças e técnicas de cura, porém amplia seu objeto ao tomar para si também o homem saudável, o que significa olhar o homem não doente e definir o homem modelo. Atribuindo-se a autoridade normativa sobre a vida e as relações, individuais e em sociedade, muda o foco de seu olhar: se até o século XVIII, a medicina refere-se à saúde, no século XIX privilegia a normalidade. Com essa mudança, a medicina está apta a abranger toda a vida do ser humano, na doença e na saúde; todas as suas relações com outro homem ou com a natureza (MOYSÉS e COLLARES, 2007).

A medicalização da vida se apresenta como uma ramificação de processo de normalização do indivíduo. Com isso, ocorre um estreitamento do limiar daquilo que é considerado normal e aceitável para aspectos da vida cotidiana. O indivíduo se torna o foco, a fonte do problema, eximindo o meio social que se encontra e priorizando intervenções médicas individualizadas. Concomitantemente, ocorre um aumento do controle social médico acerca do comportamento humano (CONRAD, 2007).

Esse processo de medicalização tem influenciado significativamente a educação, atribuindo-se a questão dos problemas de aprendizagem a uma causa biológica, desresponsabilizando, dessa forma, a escola, a família e o meio que a criança vive por influenciar em seu processo de aprendizagem. Importante salientar que é inegável a existência de pessoas com deficiências que, de fato, comprometem organicamente o desenvolvimento cognitivo. No entanto, esse trabalho busca, também, questionar se essa demanda de crianças em processo de escolarização, que são encaminhadas por suas dificuldades escolares com um quadro de desatenção e hiperatividade, apresentam realmente o transtorno ou são “vítimas” de um processo social que abriga um padrão uniforme e homogêneo de aprender e viver?

2.1 A escola e os problemas de aprendizagem

Apesar da distinção entre as áreas de Educação e Saúde, o capítulo anterior apontou, de forma sucinta, como ambas se interligaram com objetivos e discursos semelhantes, influenciados pelo ideal de normatização, a fim de cumprir uma demanda socialmente aceitável e produtiva. Essas duas instituições ocupavam-se em manter certa “organização social” dentro de uma conduta padronizada do indivíduo, que reverbera até o momento atual.

Para gerir convenientemente na modernidade essa época da vida, a infância se tornou um problema a ser abordado, ou seja, uma época a ser cuidada, assistida e tutelada. No lugar de uma autoridade familiar, um conjunto de especialidades se consolidou como capaz de orientar a educação das crianças, aconselhando tanto as trocas afetivas familiares quanto a moralidade e a organização que deveriam ser observadas no processo de escolarização. As intervenções destinadas ao cuidado deste tempo de preparo pautaram-se por uma definição de intervenção e moralização das crianças e das práticas educativas (MOYSÉS e COLLARES, 2010)

O ambiente escolar, muitas vezes, ao promover a homogeneização dos sujeitos, acaba excluindo aqueles que não se adequam aos padrões exigidos pela escola. (REIS e CAMARGO, 2008). Dessa forma, quando uma regra é quebrada, como não aprender a ler dentro do “prazo normal”, são tomadas medidas restauradoras: *“o fracasso ou o sucesso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo”* (GOFFMAN, 1988, p.138)

De acordo com Collares e Moysés (1996), a escola é um local que abriga preconceitos sobre os alunos, suas famílias e sobre o fracasso escolar; o fracasso em manter as normas institucionais recai sempre no aluno e nos seus pais. A doença possivelmente é usada como fator explicativo para desvios de indivíduos dentro da sociedade, fenômeno este que pode ser chamado de *biologização*. A *biologização* da não-aprendizagem é muito comum no meio escolar, fazendo com que a responsabilidade pelas reprovações e pela evasão escolar recaia sobre as doenças. Ao *biologizar* questões sociais, todo o sistema social se torna isento de responsabilidades. Na escola, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação (COLLARES, MOYSÉS, 1996). Assim, para alguns professores, médicos e pais, além das próprias crianças, os indivíduos muito ativos e

que não prestam atenção como deveriam possuem algum problema de saúde (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

Transformam-se, assim, as relações dos profissionais na escola, pois os professores, que deveriam ser responsáveis por analisar e resolver os problemas educacionais passam a ser mediadores, ao encaminhar aqueles alunos que consideram com problema de aprendizagem ou comportamento aos profissionais de saúde. Esse encaminhamento tranquiliza a angústia de muitos educadores, pois transferem deveres, ou seja, ao invés de ocorrer uma discussão política e pedagógica de mudança no sistema educacional reduz-se o problema de aprendizado a uma questão individual. Também é importante considerar que a instituição escolar, de certa forma, submete-se e delega a responsabilidade das causas do fracasso escolar para o sistema de saúde, pois, na sua estrutura central – os educadores, são majoritariamente estigmatizados pela sua escala social, têm salários alviantes, além de serem, muitas vezes, expropriados dos seus saberes em prol do discurso médico (MOYSÉS e COLLARES, 1992).

Tratar esses comportamentos indesejáveis como um problema médico foi, e continua sendo, bem aceito na sociedade, e os motivos são diversos. Para os médicos, por exemplo, a terapêutica é relativamente simples (prescrição de um medicamento) e os resultados podem ser excelentes, do ponto de vista clínico. Por sua vez, o diagnóstico do TDAH indica um transtorno possível de ser tratado, o que diminui a culpabilização dos pais e faz com que estes possam ver o diagnóstico com bons olhos. Além disso, o medicamento, frequentemente, torna a criança menos agitada na sala de aula e, muitas vezes, facilita a aprendizagem, “resolvendo” o problema também na escola (CONRAD, 1992).

Assim, nos últimos anos, muito se tem ouvido falar em TDAH, mas poucos profissionais da área da Educação conhecem as dificuldades relacionadas ao diagnóstico, possuem entendimento do transtorno ou sabem lidar adequadamente com a criança acometida pelo transtorno (SENO, 2010). Abordar esse assunto tem sido uma atividade desafiadora, seja por desconhecimento do problema pelas pessoas, pela descrença de que ele realmente exista, ou pela tendência de alguns estudos culpabilizar alguém (REIS e CAMARGO, 2008).

INTERSETORIALIDADE: EDUCAÇÃO E SAÚDE

A intersectorialidade encontra-se dentro de um dos princípios doutrinários do SUS - o princípio da integralidade, considerado como um eixo norteador para que as ações de saúde possam estar articuladas, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (CAMPOS, 2004). Neste cenário, a intersectorialidade é imprescindível nas gestões setoriais, a fim de que sejam minimizadas as características históricas de fragmentações das políticas sociais (MONNERAT e SOUZA, 2009)

Com isso, é essencial e desafiador romper com essa lógica organizacional de sociedade, pautada na especialização disciplinar dos saberes e com práticas sociais desarticuladas (MONNERAT e SOUZA, 2009). Deste modo, a interdisciplinaridade consiste em uma ferramenta-base para avaliar a complexidade global dos problemas, a fim de construir estratégias de gestão intersectorial, que visem à promoção de práticas sociais mais eficazes à questão social atual (MONNERAT e SOUZA, 2009). Nesta direção Bronzo (2007) e Panssini (2011) assinalam que a intersectorialidade possibilita uma maior interlocução entre as políticas sociais, com vistas a superação da setorialização das demandas sociais.

Segundo Bidarra (2009), a intersectorialidade é identificada de forma mais ampla como uma articulação de saberes e experiências, no movimento do planejamento, da implementação e da avaliação de políticas públicas. Assim como de maneira mais circunscrita, ela busca investir no aprendizado diante das tensões e dificuldades estabelecidas, quando se tem diferentes setores e atores, com concepções de mundo divergentes, e assim tendo que partilhar e resolver problemas que lhe são comuns.

No entanto, Andrade aponta:

Há uma inquietação no interior do aparelho do Estado sobre como trabalhar com a complexidade. Sobre a intersectorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p. 280 apud MONNERAT e SOUZA, 2009).

A integração intersetorial implica em uma tarefa audaciosa quando se tem um objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado, pois se faz necessário uma visão de complexidade dos problemas e troca de saberes sem que haja uma mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais (MONNERAT e SOUZA, 2009).

Mesmo com as dificuldades de tornar a intersectorialidade uma prática cotidiana, ainda sim é uma estratégia imprescindível no processo de concretização e articulações de ações e políticas em prol da sociedade. Nessa perspectiva, para se desenvolver as interfaces necessárias e possíveis entre saúde e educação é essencial o respeito à experiência e os saberes prévios de ambos os setores, construindo assim uma troca compartilhada, tendo como base a complexidade dos processos de adoecimento que abrigam dimensões sociais, culturais, ambientais e históricas.

Neste sentido, uma proposta de integração precisa encontrar convergências entre concepções, princípios e valores, desde a perspectiva individual e coletiva enquanto dimensões instituintes e aqueles instituídos pelas políticas de saúde e educação. A construção coletiva de novos conceitos contribui para a produção de sentidos compartilhados e para a co-responsabilização de todos. (DANTAS, et al., 2009, p.18)

Nessa perspectiva, é importante desenvolver estratégias integradas que possam considerar a diversidade de saberes e a ciência de ambos os setores da necessidade permanente de refletir e reajustar à superação de situações limites que se apresentam. (DANTAS, et al., 2009, p.18). Dessa forma, essa integração possibilita de forma singularizada a Educação ter ciência crítica no que tange a complexidade do processo diagnóstico dos problemas de aprendizagem e à Saúde uma aproximação da realidade escolar com seus problemas pedagógicos e estruturais, e assim construir através da co-responsabilidade e da co-gestão uma qualidade de vida melhor à esses escolares.

OBJETIVOS

O objetivo principal desta pesquisa foi investigar, por meio da ferramenta qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo, a equipe multiprofissional do ambulatório de pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu e professores de escolas públicas da mesma cidade que têm encaminhado crianças ao ambulatório, a respeito de quais são as suas concepções e práticas sobre o TDAH.

Como objetivos específicos, pretendeu-se investigar se os professores têm sido capacitados a identificar crianças com TDAH; se há um diálogo entre serviços de saúde e escolas; e se os profissionais de saúde prestam assistência de informação e formação nas escolas aos professores.

Portanto, essa pesquisa busca fundamentalmente entender como é concebido o conceito de doença e transtorno pelos profissionais da saúde e da educação; e secundariamente possibilita entender em que medida ocorre ou não um diálogo entre essas instituições, segundo o conceito de intersectorialidade. Utilizou-se para essa pesquisa o seguinte referencial teórico: o modelo biopsicossocial de George Engel (1977).

Como foi explicitado, o TDAH, muitas vezes, é utilizado como uma justificativa do fracasso escolar e de comportamentos como hiperatividade e impulsividade, sem se questionar também as possíveis causas sociais que possam contribuir para tal desempenho da criança. Assim, é na escola que os sintomas se tornam mais evidentes, devido ao baixo rendimento escolar, as dificuldades na realização das tarefas e no cumprimento de regras (MICARONO et. al, 2009)

Como explicita Barkley (2002), considerado a maior autoridade em TDAH, “[...] mesmo que o TDAH esteja entre os transtornos psicológicos infantis mais bem estudados, ainda há muito que meus colegas e eu ainda não sabemos. O TDAH permanece mal-compreendido e controverso nas mentes do público em geral e das autoridades educacionais” (BARKLEY, 2002, p.15). Assim, alguns pesquisadores acreditam que o fato do TDAH tornar-se mal compreendido no ambiente escolar resulta em muitas vezes de a escola preservar certa submissão e aceitação em relação ao discurso médico, sem questionar e dialogar com o mesmo sobre suas possíveis dúvidas e como os professores podem participar e intervir terapeuticamente no

processo educacional dessas crianças (MESQUITA, 2009). Portanto, essa pesquisa vem tentar contribuir no entendimento dessas questões.

Dessa forma, ao abordar as questões se os professores têm sido capacitados a identificar crianças com TDAH; se há um diálogo entre serviços de saúde e escolas; e se os profissionais de saúde prestam assistência de informação e formação nas escolas aos professores, podemos entender como consequência em que medida o processo de medicalização ocorre no ambiente escolar, pois o professor ao encaminhar o aluno com uma queixa escolar, acreditando na possibilidade de que o mesmo possua unicamente um déficit ou um problema orgânico também contribui e fortalece esse processo. Assim como a formação e/ou capacitação que o professor recebe a respeito dos problemas de aprendizagem podem estar sendo embasadas em uma visão predominantemente biológica.

MATERIAIS E MÉTODO

Neste capítulo é apresentado o local de estudo, os informantes, o método de coleta e análise dos dados e os preceitos éticos utilizados.

5.1 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido em Botucatu, município do interior do estado de São Paulo, com população de 127 328 habitantes, segundo dados do IBGE⁵ (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Neste município há o hospital das clínicas, autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, situado no distrito de Rubião Junior. Este é um hospital de referência e de alta complexidade. Os centros de referência também são responsáveis pelos tratamentos que envolvam procedimentos de alto custo e que requeiram, muitas vezes, equipamentos tecnológicos avançados. Definindo alta complexidade como um dos níveis do sistema de hierarquização do SUS, onde o sistema público de saúde está dividido em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

Esse trabalho teve como ponto de partida para coleta de dados o ambulatório de Pediatria situado no HC – Unesp e posteriormente algumas escolas públicas deste município. A pesquisa foi realizada no ambiente de trabalho dos entrevistados.

5.2 Participantes

Foram abordados profissionais da saúde pertencentes à equipe multiprofissional do ambulatório de pediatria do Hospital das Clínicas da Unesp da cidade de Botucatu. Essa equipe é especializada em atender crianças com queixas de desatenção, problemas em aprendizagem escolar, problemas de socialização, dificuldade e problemas com a escrita. O grupo

⁵ <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=350750>

multiprofissional é formado por neurologista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo e psicólogo, os quais foram entrevistados em seu próprio ambiente de trabalho

Quanto aos profissionais da educação, o grupo foi composto exclusivamente de professores de escola pública que fizeram um relatório escolar de encaminhamento para esse ambulatório, relatando o problema de atenção e hiperatividade, com consequente prejuízo do aprendizado por parte desses alunos. Estes professores foram entrevistados nos seus respectivos colégios. A escolha dos professores a serem entrevistados foi definida por dois critérios: que os professores trabalhassem na cidade de Botucatu e que as crianças, as quais eles encaminharam, apresentassem o Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade no diagnóstico desse ambulatório.

- Profissionais de Saúde

Para selecionar os participantes dessa pesquisa no ambulatório de Pediatria estabeleceu um contato com a neurologista responsável pela equipe que avalia crianças com problemas de aprendizagem. Foi permitido um acompanhamento do trabalho de cada profissional de saúde. Assim, no período de um ano (2012) foi acompanhado o trabalho do psicopedagogo, o fonoaudiólogo, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e o neuropediatra em suas respectivas salas em atendimento com as crianças. Esse acompanhamento foi um momento muito rico, pois permitiu um entendimento dos testes aplicados nas crianças e até mesmo conhecer as crianças que chegavam nesse ambulatório e a queixa dos pais e da escola.

Os profissionais de saúde selecionados foram aqueles que estavam presentes no período de coleta de dados (que foi de agosto 2013 a setembro de 2013). Portanto, foram selecionados: 4 psicólogos, 3 fonoaudiólogos, 1 neuropediatra e 1 psicopedagogo. O terapeuta ocupacional não estava presente nesse período. Gerou-se um total de 9 participantes como profissionais de saúde.

- Professores

No total foram contatados 14 professores, entretanto, foram entrevistados apenas 9, pois os demais apresentaram as seguintes justificativas: falta de tempo, não ter nada para acrescentar no trabalho, ou não retornaram as ligações e os e-mails. As escolas eram todas públicas, sendo que 5 professores entrevistados eram de escolas municipais do ensino fundamental nível I e 4 professores eram de escolas estaduais do ensino fundamental nível II. As idades das crianças que os professores apresentaram queixas estavam entre 8 a 12 anos.

As cartas com as queixas dos escolares eram singulares no que compreendia a particularidade de cada criança, no entanto, elas apresentavam algumas queixas semelhantes como: alunos resistentes a obedecer as regras, hiperativos, gostam de desafios, apresentavam dificuldade de manterem a concentração, dificuldade de memorização e concentração.

5.3 Construção do Roteiro de Entrevistas

A técnica utilizada nessa pesquisa foi de entrevistas abertas, por atender principalmente finalidades exploratórias, onde se busca o detalhamento de questões e formulação mais precisas dos conceitos relacionados. As perguntas foram respondidas dentro de uma conversação informal e registradas através de um gravador. A entrevista aberta, segundo Minayo (2007), é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. (MINAYO, 2004).

As entrevistas com ambos os grupos foram somente iniciadas após sua aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu. Com isso, pelo fato dessa pesquisa se propor a uma entrevista aberta, convém adotar uma metodologia qualitativa, pois através desta é possível responder aos objetivos da investigação científica que queremos empreender. (TURATO, 2003, p.143). Segundo Minayo (2004, p. 202), a metodologia qualitativa trabalha com “gente e com suas criações”, compreendendo-os como atores sociais em relação; onde a fala, sendo a forma de comunicação mais privilegiada para a sociedade humana, revela-se como uma fonte de experiências, que permite o entendimento intersubjetivo e social e, por sua densidade constitui-se em si, em fato social (MINAYO, 2004). Logo, a pesquisa qualitativa possibilita um trabalho com: significados, motivações, valores e crenças e estes não podem ser simplesmente reduzidos às questões quantitativas, pois que, respondem a noções muito particulares (MINAYO, 2004).

A fim de validar o instrumento que seria utilizado nessa pesquisa, foi realizado um teste-piloto com a finalidade de adequar melhor as perguntas conforme os objetivos propostos. Nesse teste participaram duas professoras que foram convidadas a responder e que estavam cientes que não participariam da pesquisa com suas respostas. Posteriormente, foi definido o roteiro da entrevista, que permaneceu sem alterações com 6 perguntas abertas, presentes no apêndice B.

5.4 Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2013; as falas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para isso, foram entrevistados os profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, em suas respectivas salas sem interferência de outrem.

Para realizar as entrevistas com os professores um procedimento anterior foi realizado. Inicialmente me dirigi à sessão de arquivos e prontuários do hospital, com a autorização da Diretora da Faculdade de Medicina, para ter acesso a todos os prontuários de 2012 das crianças que passaram pelo ambulatório de pediatria com a equipe responsável pela avaliação de problemas de aprendizagem; totalizando 242 crianças. Assim, semanalmente verificava os prontuários para averiguar se os mesmos tinham os seguintes critérios:

- a) A criança residir em Botucatu
- b) O diagnóstico das crianças com o Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade
- c) O prontuário ter a carta com a queixa do professor e sua respectiva referência (nome da escola e telefone)

Essa coleta se estendeu para o ano de 2013, até o mês de agosto; no entanto, continuou-se no próprio ambulatório, simultaneamente com a consulta das crianças, utilizando-se os mesmos critérios.

Dos prontuários investigados, apenas 14 foram selecionados e isso se deve aos seguintes motivos:

- a) Muitas crianças que tinham o diagnóstico de TDAH e a carta do professor não residiam em Botucatu, mas sim nos municípios adjacentes.
- b) Em alguns prontuários as crianças possuíam o diagnóstico de TDAH, moravam em Botucatu, mas não possuíam a carta do colégio.
- c) Em alguns prontuários a criança possuía o diagnóstico de TDAH, morava em Botucatu, tinha a carta do colégio, mas a carta era feita com letra de mão pelo professor sem a referência do respectivo colégio.
- d) Alguns prontuários a criança possuía o diagnóstico de TDAH, morava em Botucatu, tinha a carta do colégio, mas os professores não trabalhavam mais no colégio.
- e) Havia crianças que moravam em Botucatu, tinham carta do colégio, mas tinham outro diagnóstico.

O contato estabelecido com os professores foi por telefone, ligando para o seu respectivo colégio, e via e-mail; algumas vezes, quando necessário, era enviado antecipadamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido ao Diretor para sua autorização prévia. Os professores que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados em seus colégios no período de intervalo dos seus alunos ou em algum horário pré-agendado pelo mesmo.

5.5 Método de Análise

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi a metodologia escolhida para analisar os dados recolhidos nesta pesquisa, pois ela dá voz aos indivíduos e é apropriada para tratar os dados qualitativos, que envolvem a percepção subjetiva dos fenômenos em questão. A percepção é obtida a partir da análise dos discursos dos atores enquanto sujeito da pesquisa e enquanto sujeitos sociais, assim a “abordagem qualitativa nos permite reconstruir as representações sociais que lhe atribuem significados” (MINAYO, 2000, p.116). Segundo Lefèvre (2005), as representações sociais podem ser vistas como discursos de uma coletividade sobre os quais é possível resgatar os pensamentos, ideologias, mantendo a singularidade de cada discurso. Sendo assim, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) tem como proposta “reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2005, p.19).

Os discursos são confeccionados pela união de fragmentos das respostas obtidas pelos entrevistados. Esses fragmentos são denominados Expressões-Chaves (ECHs), trechos selecionados das respostas dos entrevistados que melhor descrevem o conteúdo dentro de uma determinada Idéia Central (IC)/Ancoragem (AC). As Idéias Centrais e Ancoragens são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) semelhante ou complementares, presentes nos depoimentos de cada resposta. Assim, ao articular os diferentes conjuntos de expressões-chaves relativos a uma idéia central, chega-se a identificação de um discurso síntese (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2005). O conjunto desses discursos síntese na primeira pessoa do singular representa a fala coletiva com expressão de cada sujeito formado pelo DSC. Nas palavras do autor “o Discurso do Sujeito Coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social (...) em suma, uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade falar diretamente.” (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2005, p.16).

Logo, as ECHs são trechos dos discursos que revelam a essência do depoimento e descreve um conteúdo argumentativo, que corresponde a IC e a corporificam; resumidamente, as ECHs revelam como os indivíduos pensam. As IC correspondem a síntese feita pelo pesquisador do discurso emitido pelo sujeito. Outra figura metodológica, revelada das ECHs, embasada na teoria das representações sociais, é a AC. A AC é um enunciado que contém um valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso, a qual é professada pelo indivíduo. Para que se considere uma AC presente em um depoimento, ela deve aparecer de forma concreta e explícita (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2005).

Dessa forma, o modo como o DSC buscou superar o desafio de expressar convenientemente o pensamento coletivo foi conciliar depoimentos individuais e pensamento coletivo criando a figura do *depoimento coletivo*.

Para fazer a análise foi utilizado o *Qualiquantisoft*⁶, um instrumento que auxilia na organização das falas dos entrevistados e construção dos Discursos. Os sujeitos foram separados em dois grupos: Profissionais de Saúde e Professores. As falas individuais foram transportadas para a função *Análise do Discurso 1* onde, posteriormente, foi feita a identificação das ideias centrais e suas respectivas expressões-chaves. Na próxima etapa, procedeu-se a organização das ideias centrais semelhantes e complementares, onde foram reunidas para uma mesma categoria (cada uma representada por uma letra do alfabeto). Finalmente, na janela *Análise do Discurso 2 do programa* organizou-se a construção de cada DSC, por meio do agrupamento dos discursos individuais semelhantes e representantes de uma mesma categoria.

5.6 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em 04/06/2012 e aprovado sob Processo 4261 – 2012. Atendeu às determinações da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2002a).

Antes da realização das entrevistas os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, do destino dos dados, e dos aspectos éticos relacionados ao anonimato, liberdade para participar e retirar-se do estudo conforme sua vontade, em qualquer momento.

⁶ Elaborado por Fernando Levêfre e Ana Maria Levêfre na USP em parceria com Sales & Paschoal Informática - <http://ipdsc.com.br/qualiquantisoft/>.

Após serem dadas todas as informações, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice C). Para atender aos pressupostos da ética, a pesquisadora procurou atender aos referenciais de autonomia, não-maleficência, beneficência e de justiça.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados abaixo foram obtidos depois de realizado o processo de análise descrito na metodologia do trabalho. Estão divididos em resultados quantitativos e qualitativos para cada questão. As respostas foram divididas em Ideias Centrais sendo que cada entrevistado pode ter mais de uma resposta.

A fim de obter um panorama geral dos entrevistados, as tabelas abaixo representam a Ideias Centrais em comum tanto do grupo dos profissionais de saúde quanto dos Professores. Posteriormente será detalhado a que grupo cada ideia está alocado e qual seu respectivo discurso pertencente.

Questão 1 – O que você entende por doença?

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE IDEIAS CENTRAIS FRENTE A QUESTÃO 1

Ideias Centrais		N	%
A	Doença como um desequilíbrio multifatorial	7	38,89
B	Doença é uma desarmonia orgânica	2	11,11
C	Doença é aquilo que está fora dos parâmetros considerados normais	5	27,78
D	Doença é aquilo que necessita de um tratamento	4	22,22

Nº total de entrevistados: 18

Obs: um entrevistado pode ter mais de uma ideia central

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANCORAGEM

Ancoragem	N	%
A* Médicos tendem a ter uma visão biomédica	1	100,00

Total de entrevistados: 18

Os Discursos do Sujeito Coletivo serão divididos em 2 grupos: Profissionais de Saúde e Professores, construídos de acordo com as categorias (A,B C, D e A*) acima. As falas estão mantidas na sua forma original, ou seja, o português não foi adequado para a norma padrão, a fim de manter a originalidade dos discursos.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DSC A – Doença como um desequilíbrio multifatorial

Segundo a OMS, segundo o que eu sei é tudo aquilo que foge ao bem estar, ao conceito de você estar bem fisicamente e psicologicamente. Vamos dizer assim, que qualquer desvio no equilíbrio da pessoa seja do ponto de vista social, espiritual, orgânico que é o físico ou psicológico eu creio que seja doença.

DSC B – Doença é uma desarmonia orgânica

Doença é a ausência da saúde, algo que está acontecendo no organismo da pessoa que demanda a não saúde. Eu acho que é alguma coisa no organismo que não está funcionando dentro do que era para ser né? Quando algo não está em harmonia, pode ser psiquiátrico, pode ser orgânico.

DSC C – Doença é aquilo que está fora dos parâmetros considerados normais

Doença, na verdade, para ser entendida como tal, ela tem que revelar alguma disfunção, um mau funcionamento (...). Eu preciso saber o que é esperado para um indivíduo para que aí eu possa entender a condição da doença, que seria a ausência das condições e funções normais. Assim, é um desvio que acaba causando um sofrimento para a pessoa.

DSC D – Doença é aquilo que necessita de um tratamento

Doença para mim é alguma coisa que tenha cura, se é doença tem cura. Você tem como tratar. Ela é um mal estar que não passa e que após uma consulta com medicação aí vem a melhora do paciente.

AC A* - Médicos tendem a ter uma visão biomédica

(...) Existe vamos dizer assim do ponto de vista médico uma tendência a se pensar na doença como algo do corpo orgânico somente; e o médico acaba abordando mais essas questões (...)

PROFESSORES

DSC A – Doença como um desequilíbrio multifatorial

Doença é tudo aquilo que se manifesta no corpo humano, fisicamente e psicologicamente. Quando o organismo não está bem, quando a gente apresenta alguns sintomas e quando emocionalmente, fisicamente a gente não está bem. Alguma coisa que não vai legal na pessoa, pode ser uma parte física, pode ser mental, pode ser social, que está atrapalhando o andamento da vida normal da pessoa.

DSC C – Doença é aquilo que está fora dos parâmetros considerados normais

Doença é tudo que foge da normalidade, eu acredito o que está fora do conceito, dos padrões do que a gente considera normal seria uma doença. Quando a pessoa não está no conceito que a gente chama de normal, quando ela tem algo, apresenta alguma coisa e algum sintoma.

DSC D – Doença é aquilo que necessita de um tratamento

O que causa dor, o que causa um transtorno, o que demanda um cuidado é doença. Aquilo que a gente precisa de tratamento médico e tomar medicamento.

6.1 Discussão - Questão 1

Essa questão permite ver em que modelo científico as falas desses profissionais se apóiam na sua concepção de doença, ou seja, se estes profissionais apresentaram uma visão mais biomédica ou biopsicossocial de doença.

A ideia central que apresenta a doença como *um desequilíbrio multifatorial* demonstra a difusão de um conceito de saúde mais amplo entre esses profissionais. Essa concepção vai de encontro com George Engel (1977) em seu artigo “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, o qual ao questionar o pensamento reducionista propõe um novo modelo científico, que compreende a doença como um resultado da interação de mecanismos orgânicos, interpessoais, ambientais e psicológicos, denominando esse modelo de biopsicossocial. Este modelo implica que o estudo de qualquer doença deva incluir o indivíduo, o seu corpo e o seu ambiente como componentes essenciais de um sistema total (ENGEL, 1977). Um profissional de saúde colocou: “(...)Existe vamos dizer assim do ponto de vista médico uma tendência a se pensar na doença como algo do corpo orgânico somente - e o médico acaba abordando mais essas questões (...)”. Essa fala é interessante, pois demonstra que há uma preocupação de se pensar diferente no âmbito da saúde e vai de encontro com o aquilo que Engel (1977) questiona: o modelo biomédico.

O modelo científico biomédico assume a doença em termos somáticos por desequilíbrio do sistema fisiológico, desconsiderando que fatores sociais, psicológicos e ambientais podem influenciar simultaneamente no processo de adoecimento (Engel, 1977). Assim, a doença é tratada como entidade independente do comportamento social, e os problemas comportamentais (como o TDAH) são explicados como processos somáticos desordenados que alteram o equilíbrio neuroquímico. Na ideia central *Doença é uma desarmonia orgânica*, presente na fala de alguns profissionais de saúde, e na ideia central *Doença é tudo aquilo que precisa de tratamento*, presente em ambos os grupos, fica claro como esse modelo biomédico ainda está vigente.

Engel (1977) argumenta que a visão biomédica de saúde tem se tornado um modelo dogmático e hegemônico de se fazer a ciência, negligenciando as suas limitações. De acordo com o autor, esse modelo coloca todas as doenças, incluindo as desordens mentais, como um desequilíbrio essencialmente de ordem biológica. Em contrapartida, na visão biopsicossocial há necessidade do médico levar em conta o paciente, o contexto social e a cultura em que este

vive para entender quais os determinantes e agentes perturbadores e promovedores do estado de doença. Engel (1977) afirma que os seres humanos são em princípio seres biológicos, psicológicos e sociais e que seus comportamentos refletem no estado de saúde ou doença; com isso, uma perturbação em qualquer uma dessas esferas da vida dos indivíduos consequentemente afeta as demais.

Assim, a visão biopsicossocial é importante para uma investigação científica que considera a influencia de diversos fatores no processo saúde–doença e que, ainda, permite refletir como o contexto social interfere na construção desse processo, ou seja, aquilo que é considerado como doença em um determinado período histórico pode ser desconsiderado em outro momento. Portanto, depende dos parâmetros de normalidade da época.

[...] a doença, a saúde não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas que sua evidência pelas pessoas e pelos grupos sociais estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade: a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é um personagem social. (Minayo, 2007, p.239)

Através do modelo biomédico a ciência teve avanços significativos, onde a biologia celular, os fármacos e muitas tecnologias na área da saúde foram implantadas e aprimoradas, salvando muitas vidas. No entanto, não se pode esquecer que é ainda com esse modelo que se tenta explicar todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, reduzindo pessoas a corpos. Com isso, quando a doença é concebida como inerente ao indivíduo, esfumaça-se seu vínculo com o histórico e com o social, manifestando-se como expressão de uma infelicidade ou destino pessoal. (MOYSÉS e COLLARES, 2013)

O problema da biomedicina não está de modo algum em desejar e de fato poder, em parte e por vezes, reparar os danos e agravos à saúde das pessoas, mas em se tornar iatrogênica, a partir do momento em que não só deseja mais do que pode, mas em que aspira não mais à reparação, e sim a algo como uma ‘cura total’ de todo suposto mal. (MARTINS, 2007, p.123)

Questão 2 – O que você entende por Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)?

TABELA 3- DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE IDEIAS FRENTE À QUESTÃO 2

Ideias Centrais		N	%
A	É uma condição genética e neurológica	5	26,32
B	O TDAH como dificuldade de atenção e inquietação	12	63,16
C	O TDAH gera um comprometimento do aprendizado e em seus relacionamentos	2	10,53

Nº total de entrevistados: 18

Obs: um entrevistado pode ter mais de uma ideia central

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANCORAGEM

Ancoragem		N	%
A*	O medicamento como auxílio social e do aprendizado	1	100,00

Total de entrevistados: 18

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DSC A – É uma condição genética e neurológica

O TDAH, só pensando no transtorno mesmo, para mim ele não é doença - ele é uma condição genética/neurológica - porque a pessoa é daquele jeito. Ele é um transtorno de origem psiquiátrica, ele entra no CID de que ele é uma condição em que a criança vai ter um problema ou de atenção ou falta de atenção ou uma hiperatividade e impulsividade, devido a falta de um neurotransmissor que é a dopamina(...) Ele é uma alteração em neurotransmissores em regiões frontais do cérebro e pré frontal, que vai ocasionar o comportamento desatento ou impulsivo ou impulsivo e hiperativo. Então, eu entendo o TDAH como uma condição neurobiológica (...) uma disfunção neurobiológica parte do individuo que pode acontecer de uma alteração neuroquímica, que impede o individuo de regular as diversas atividades por meio das funções executivas por meio da atenção. Mas, uma das características para que o transtorno possa ser identificado é a existência ou a permanência dessa característica em vários cenários independentemente do cenário. Em alguns estudos tem relato que eles têm alteração morfológica de tamanho na parte frontal, gânglios de base e cerebelo, mas de certa forma é mais um transtorno neuroquímico. Dessa forma, ele é um problema orgânico que afeta o comportamento, aprendizagem da criança e não tem cura, pois vai para vida inteira.

DSC B - O TDAH como dificuldade de atenção e inquietação

É uma dificuldade (...) se for relacionar o transtorno do déficit de atenção junto com a hiperatividade, além de ser uma dificuldade de prestar atenção a um objeto ou a um estímulo particular também vai ter a agitação psicomotora... Mas o TDAH também tem subdivisões, entre o conceito, por exemplo, é globalmente desatento ou então globalmente ele é mais hiperativo ou então tem os dois juntos. Também é o paciente que apresenta uma falta de atenção generalizada e uma hiperatividade e uma agitação constante em situações que isso não deveria acontecer, não é uma agitação normal de uma brincadeira; uma agitação em situações que não seria normal e está acontecendo, por exemplo, na sala de aula conversando

né ? (...) e essa falta de atenção também em situações que seria para ela estar interessado, atento e isso não acontece. É o que encontramos hoje em dia mais em sala de aula.

DSC C - O TDAH gera um comprometimento do aprendizado e em seus relacionamentos

O TDAH para mim é um transtorno de aprendizagem, que acaba influenciando na qualidade de vida da criança, porque ele acaba tendo comprometimentos também no relacionamento, na forma de pensar, na forma de compreender as questões. No TDAH a pessoa é daquele jeito, então ela tem que lidar com estratégias para minimizar os efeitos mediante a situação da sociedade atual, principalmente em nível acadêmico para que ela possa aprender, falando-se da criança ou mesmo do adulto. Isso não quer dizer que a pessoa (...) por exemplo, sempre vai ter que ser medicada, sempre vai ter que ter um tratamento, não. Tem muita gente que tem, digamos assim, graus variados de déficit de atenção, hiperatividade, dentro do transtorno que é familiar e que nunca vai passar nem por avaliação, porque ela sozinha já definiu estratégias para isso, sozinha e com o apoio da família e muitas vezes da escola e nunca chegou nem sequer para avaliação, porque elas lidam bem com aquilo. No dia-a-dia a gente também tem momentos que acontece isso pra gente, você tem momentos que você tem desatenção ou que você tá agitado, que você tem impulsividade.

AC A * - O medicamento como auxílio social e do aprendizado

(...) na hora de aprender ele não consegue, ele não consegue ter um bom relacionamento com as pessoas que gera todo o transtorno para criança e isso pode ser medicado, pode ser controlado, então o quanto antes fazer isso melhor.

PROFESSORES

DSC B - O TDAH como dificuldade de atenção e inquietação

Eu não sou muito aprofundada no assunto, realmente não entendo muito sobre isso, mas para mim, como professora, eu observo assim que são aqueles alunos que não conseguem se manter atento nas atividades ou você está falando com ele alguma coisa e ele te responde outra coisa que não tem a ver com aquilo que você está percebendo, ou quando ele não consegue permanecer quieto no lugar, fica circulando ou por muito pouco tempo consegue permanecer sentado no lugar. O aluno não consegue se fixar, ele não consegue ter atenção nem para copiar da lousa; por exemplo, ele até começa, mas ele não termina, ele nunca conclui. Nós aqui temos crianças com esse transtorno e na verdade não conseguem se concentrar nas atividades, não conseguem aprender realmente o conteúdo estudado, por conta de estar assim ligada a outros efeitos. Essa criança acompanha o que todo mundo está fazendo, ela está a "110volts" ou a "220 volts". Na verdade, ela está vendo o que todo mundo está fazendo, mas não está concentrada naquele foco que o professor está estudando. Então, assim ele não consegue realmente reter o conteúdo, por conta dessa desatenção. Eu sinto como sendo uma criança assim que é um pouco diferente das outras, que você percebe que tem alguma diferença. Daí, às vezes, eles não querem fazer muita atividade ou eles não fazem nada ou tipo assim eles ficam agitados, eles têm os pólos (...). Eles não são tão regrados como os outros, ou ele faz tudo ou ele não faz nada, ou ele fica agitado. É diferente, cada dia parece um jeito diferente a criança.

Eu posso assim dar exemplo de sala de aula (...) você fica muito tempo com eles, você observa que a criança, que não é que ela é preguiçosa, não é que aquele dia ela não estava bem - é uma coisa contínua e pontuada. Percebo que, às vezes, eles estão olhando para você fixamente só que como se aquilo fosse uma "missa" só de corpo presente, a alma e o espírito está além; e a criança ela foge realmente. É uma coisa estranha tentar explicar em palavras, enquanto você está dentro da sala de aula você observa e você fala com a criança e ela não te responde, é incrível! Já o hiperativo se apresenta de outra forma, ele não consegue realmente sossegar no lugar, entendeu? Ele tem dificuldade também de se concentrar, mas tem uma tênue diferença, o hiperativo não consegue se controlar; parece que ele tem a necessidade continuamente de ficar fazendo alguma coisa, mas qualquer coisa que você faça: trabalho manual, atividades, por exemplo, educação artística - ele se envolve.

6.2 Discussão - Questão 2

A fala da Ideia Central - *É uma condição genética e neurológica* - foi colocada por 5 dos 9 entrevistados dos profissionais de saúde. Esse discurso é interessante, porque quando esses profissionais afirmam categoricamente que: *“O TDAH só pensando no transtorno mesmo para mim ele não é doença - ele é uma condição genética/neurológica - porque a pessoa é daquele jeito (...) Dessa forma, ele é um problema orgânico que afeta o comportamento, aprendizagem da criança e não tem cura, pois vai para vida inteira”*. Neste discurso é possível apreender que o transtorno representa uma condição, ou seja, um “destino” determinado, em que a situação de vida e o destino dessas crianças poderiam ser explicados por – e reduzidos a – características individuais. Desconsiderando, possivelmente, as demais circunstâncias sociais, políticas, econômicas e históricas, que influenciariam nesse transtorno (COLLARES e MOYSÉS, 1994).

Ainda no discurso dos profissionais de saúde, na IC - *O TDAH como dificuldade de atenção e inquietação* - no trecho *“Também é o paciente que apresenta uma falta de atenção generalizada e uma hiperatividade e uma agitação constante em situações que isso não deveria acontecer, não é uma **agitação normal de uma brincadeira**; uma agitação em situações que não seria normal e está acontecendo, por exemplo, na sala de aula conversando né? (...) e essa falta de atenção também em situações que seria para ela estar interessado, atento e isso não acontece. É o que encontramos hoje em dia mais em sala de aula.”*, cabem as seguintes reflexões segundo o grifo: o que seria uma agitação não normal em uma brincadeira? Como é possível avaliar se a criança tem ou não o TDAH segundo essa visão de falta de atenção e interesse em situações que supostamente ela deveria ter?

No discurso dos professores, a parte da IC - *O TDAH como dificuldade de atenção e inquietação* - “eu observo assim que são aqueles alunos, que não conseguem se manter atento nas atividades ou você está falando com ele alguma coisa e ele te responde outra coisa que não tem a ver com aquilo que você está percebendo, ou quando ele não consegue permanecer quieto no lugar” é semelhante à colocação acima dos profissionais de saúde.

Para esses discursos, a forma de se comportar e apreender, principalmente no ambiente escolar, deve refletir um ideal já esperado, e quando isso não acontece incomoda. De fato, incomoda, mas quando é levada em consideração a singularidade de cada indivíduo e a ideia de uma tessitura de conhecimento, como coloca Oliveira (2013), a qual busca através de uma rede de conhecimentos superar o saber linearizado, homogeneizado, fragmentado, cumulativo e adquirido, muda-se um paradigma. Essa ideia de tessitura do conhecimento em rede pressupõe, ao contrário, que as informações às quais são submetidos os sujeitos sociais

só passam a constituir conhecimento e aprendizagem para eles quando entram em conexão com os interesses, crenças, valores ou saberes daquele que escuta (OLIVEIRA, 2013). Assim, os processos de aprendizagem vividos, sejam estes formais ou do cotidiano, envolvem uma possibilidade de atribuição de significado por parte daqueles que aprendem as informações recebidas do exterior.

Com isso, quando medicaliza-se os problemas de aprendizagem, a fim de auxiliar o desempenho escolar, a concepção deste profissional é de que há um trajeto único e obrigatório no processo de aprendizagem, desconsiderando a singularidade das conexões que cada um estabelece, em função das suas experiências e saberes anteriores (OLIVEIRA, 2013). Isso vale para o profissional que diagnostica a criança, assim como para o professor, que com essa mesma concepção de aprendizado, igual para todos, encaminha esse aluno a um sistema de saúde, a fim de descobrirem a causa de sua dificuldade.

Segundo Conrad (2007), a hiperatividade e a falta de atenção dependem do valor relativo das normas e níveis de tolerância da sociedade. Com isso, uma vez que o indivíduo não consegue adaptar-se ao sistema social, o diagnóstico médico vem explicar que esta inadequação não é por causa do meio desumano, mas porque o seu organismo não responde ao esperado (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2009).

Ainda no discurso do profissional de saúde, na Ancoragem - *O medicamento como auxílio social e do aprendizado*. - a capacidade de relacionamento, segundo esse discurso, pode ser facilitada por um medicamento. As propostas de medicalizar os problemas inerentes à vida com tratamentos farmacológicos constituem uma forma de controle social.

A direção da medicalização no mundo contemporâneo aponta, então, para uma biologização das experiências humanas, para uma retradução de suas vicissitudes em termos sintomáticos, para uma intensificação do uso de medicamentos na regulação e controle das vicissitudes da vida humana. (GUARIDO, 2010, p. 34)

Logo, é com essa concepção que, muitas vezes, o profissional de saúde olha e diagnostica as crianças com “problemas de aprendizagem”; o que fomenta, portanto, a engrenagem nesse processo de medicalização e conseqüentemente a desresponsabilização social e política, pois é este profissional quem professa, concretiza e opera segundo um discurso “científico” (MOYSÉS e COLLARES, 2007).

Questão 3 - Você considera o Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDA/H) uma doença? Por quê?

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE IDEIAS CENTRAIS FRENTE À QUESTÃO 3

Ideias Centrais		N	%
A	SIM. Uma disfunção orgânica	3	15,79
B	NÃO. Existem algumas estratégias para se trabalhar com a criança	1	5,26
C	NÃO. O TDAH pode ser controlado e a pessoa viver normalmente	1	5,26
D	NÃO. Esta é uma condição da criança	4	21,05
E	SIM. Aquilo se encontra fora de controle	2	10,53
F	NÃO. É uma dificuldade cognitiva	2	10,53
G	SIM. Um desvio daquilo considerado normal	3	15,79
H	NÃO. Reflete uma condição familiar	3	15,79

Nº total de entrevistados: 18

Obs: um entrevistado pode ter mais de uma ideia central

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANCORAGEM

Ancoragem		N	%
A*	O capitalismo como causa da marginalização do diferente	1	50,00
B*	Falta de capacitação dificulta a compreensão sobre essa doença	1	50,00

Total de entrevistados: 18

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DSC A – SIM. Uma disfunção orgânica.

Olha, eu considero uma doença porque ele tem tratamento. Você trata e tem como minimizar a situação, se não fosse doença, então não tem tratamento, né? Como tem tratamento eu considero que sim. É uma disfunção do organismo. Eu considero o TDAH como um transtorno e na verdade a justificativa estaria exatamente nisso. O TDAH tem como característica uma disfunção, uma disfunção neurobiológica. Então um mal funcionamento neurobiológico em centros de controle executivo de funções executivas afetaria diversas outras funções da vida do indivíduo.

DSC C - NÃO. O TDAH pode ser controlado e a pessoa viver normalmente

Eu particularmente vejo o TDAH como uma disfunção, não como uma doença, tá?! Porque ele tem o controle, ele tem como ser tratado e tem como a pessoa ter uma vida tranquila, controlada. Então eu não vejo como doença para mim a doença é aquilo que te impossibilita, é aquilo que de uma forma ou de outra você não consegue controlar.

DSC D - NÃO. Esta é uma condição da criança

Não. Eu não considero uma doença, pensando no transtorno mesmo, que é uma condição genética/neurológica, não considero uma doença, porque não é um desvio, a pessoa é desse jeito. Se a gente pudesse modificar os ambientes e as escolas principalmente, ou se todo mundo fosse desse jeito, a gente jamais classificaria isso sequer como transtorno. Então é uma condição, a pessoa é desse jeito, ela funciona desse jeito. As características dela de funcionamento cerebral são desse jeito. Então, isso por ser uma condição é como a pessoa é. Isso não cabe a uma doença, como se você dissesse assim que uma pessoa é doente porque ela é loira, uma pessoa é doente porque tem olhos castanhos Então, eu não vejo assim. Eu acho que para os pacientes é essa ideia que deve ser passada, que é o jeito que eles são. Essa

condição limita a criança, pois muita criança que a gente pega aqui que tem Dificuldade de Atenção e aí você investe um pouquinho nela, faz uma intervenção e ela melhora; ou às vezes, uma orientação na escola no próprio manuseio da criança, manejo da criança dentro da sala de aula - a professora entendendo um pouco melhor como lidar com aquela dificuldade da criança, ela deixa de ter aquela manifestação ou condição e passa a ser, vamos dizer, dentro da normalidade ou dentro do esperado para aquela sala de aula. Eu acho que se bem administrada e se elas tiverem acesso a profissionais bons e já diagnosticado bem rapidamente, a criança com TDAH ela pode passar muito bem na escola, na faculdade sem maiores problemas. Acho que a questão maior é a intervenção, se ela tem acesso à intervenção.

DSC E - SIM. Aquilo se encontra fora de controle

Sim, porque afeta né? Afeta como é orgânico e psicológico, então, o comportamento afeta na vida da criança de qualquer jeito e ela não tem controle sobre os comportamentos, sobre a ansiedade que ela sente. Então, eu considero uma doença sim.

DSC F - NÃO. É uma dificuldade cognitiva

Hum (...) não é exatamente uma doença, é uma dificuldade na verdade, porque quando você fala em doença você fala "vamos fazer isso, isso e isso e provavelmente ele vai melhorar", só que o Transtorno do Déficit de Atenção não é assim que funciona, porque na verdade tem uma alteração na região frontal do cérebro, que vai dificultar o direcionamento da atenção, isso não vai implicar necessariamente em uma doença, mas é difícil diferenciar uma coisa da outra, parece que está muito junto.

DSC H - NÃO. Reflete uma condição familiar

Não considero uma doença, mas ultimamente o que a gente tem encontrado muito em sala de aula, talvez seria uma consequência mais de problemas familiares, uso de drogas e bebidas dos pais.

AC A* - O capitalismo como causa da marginalização do diferente

Eu penso assim, na nossa situação atual que o ambiente também é doente no sentido de desviado, no sentido de alterado, então, ele não propicia que muitas crianças principalmente, ou mesmos os adultos - ele não propicia que você se sinta bem como você é (...) nos é passado até uma ideia relacionada ao capitalismo, ao consumismo de que você tem que ter para estar bem, você tem que ter para você ficar feliz; e aí a primeira coisa que é tolhida de você é esse "eu não tenho". No caso da criança na escola, por exemplo, "eu não tenho capacidade para aprender desse jeito", então ninguém é visto de forma individual. Então já começa daí, você já sendo um pouco diferente, você pode ser só um pouco diferente, você não precisa nem ter o TDAH mesmo, mas você pode ser um pouco desatento, aí você já é diferente na escola e o diferente para escola já é como se você fosse menos e aí acarreta muitos problemas e até você chegar para uma avaliação que lhe diga "não, você só é um pouco mais desatento, um pouco mais impulsivo, mas olha que legal você também é bastante criativo", até você chegar nisso a auto estima já está tão baixa, você já perdeu tanto aprendizado que muitas vezes você acaba enquadrando no transtorno e, às vezes, está até medicado, porque todas as outras estratégias sozinhas elas já não funcionaram.

PROFESSORES

DSC A - SIM. Uma disfunção orgânica

Eu considero, porque eu acho que quando a criança não tem uma paz, ela não tem uma tranquilidade para sentar, para aprender e escutar; eu acho que isso faz mal para ela. Eu acho que não é uma coisa boa para ela, porque ela não tem aquilo que as outras crianças têm, como: prestar a atenção, assistir um filme, escutar uma história, ela não consegue trabalhar esse lado da inteligência dela.

DSC B - NÃO. Existem algumas estratégias para se trabalhar com a criança

Eu acho que não seja uma doença, eu acho que doença você cura com medicamento só; e eu acho que não é o caso deles. Eu acho que envolve mais coisas, vamos dizer um conceito de estar apoiando, de estar conversando, de estar chamando; às vezes, os casos mais graves, mais exagerados, que são aqueles alunos que são mais agressivos, talvez precisem de um medicamento, acho que na maioria dos casos não são.

DSC D - NÃO. Esta é uma condição da criança

Eu não considero uma doença, eu acho que é assim um problema que a criança tem. Isso pode vir da família, do convívio dele com outras pessoas. Não acredito que seja uma doença, mas é um problema que precisa de tratamento (...).

DSC E - SIM. Aquilo se encontra fora de controle

(...) vamos fazer uma analogia, assim como a pessoa ela é diabética, mas se o diabetes tiver controlado, ela não deixa de ser uma patologia, uma doença, porém está controlada, não interfere na vida da pessoa (...) que seja parecido com essa patologia do diabetes, entendeu? Acho que tudo aquilo que foge e atrapalha, que foge do normal da vida da pessoa, se torna uma doença. Então depende o nível, não sei se tem níveis para déficit de atenção, leve, moderado, agudo. Eu acredito que se torna uma doença quando começa a fugir do controle, você precisa de uma intervenção médica (...). Mas, eu acredito assim se a pessoa consegue, dependendo do nível desse déficit de atenção, se ela é moderado, se ela é leve, apenas com apoio psicológico, orientação profissional dos profissionais de educação, que a criança consiga ou a pessoa consiga administrar tudo isso e se manter; agora, quando é uma coisa que foge, que precisa de uma intervenção médica, medicamento, aí ela se torna uma doença com controle.

DSC F - NÃO. É uma dificuldade cognitiva

Não sei se seria bem uma doença, eu acho que não seria bem uma doença, eu acho que seria alguma dificuldade (...) vamos dizer entre aspas "um defeitinho" que tem alguma coisa, mas não como uma doença (...). Eu acho que alguma falta de comunicação de algum sistema nervoso de alguma coisa desse tipo, eu acho.

DSC G - Sim. Um desvio daquilo considerado normal

Ah, eu acredito que sim, porque a criança acaba sendo diferente. Desvia da rota normal dos outros, porque, até muitas vezes, os próprios alunos discriminam aquela criança, que acaba atrapalhando a aula e eles ficam falando para ela "fica quieto", "ai o fulano veio", sabe?!Então, eu acho meio complicado. Algumas vezes falam para gente "ai fala então para o aluno só ficar dando recado", "mandar coisa na outra sala", "varrer a sala" para ele não ficar parado. Mas não é isso, também a criança tem que aprender, mas é difícil para gente conseguir dar uma atenção especial para ela. Acaba atrapalhando mesmo. Porque a criança, você percebe que ela não é normal naquele momento, ela está com alguma dificuldade e que eu acho que ela até tenta falar para gente, mas também ela não sabe o que é aquilo que ela está com diferença dos outros e a gente também não sabe lidar com isso.

DSC H - NÃO. Reflete uma condição familiar

Eu acredito que seja uma disfunção, acredito que tenha a ver também com a parte não só neurológica, mas também familiar, acredito que afeta bastante, nós vemos crianças com transtorno que a gente vê que a família tem uma estrutura legal e ela consegue trabalhar isso melhor, se auto trabalhar. A gente trabalha com ela e ela tem um retorno; agora, quando não tem esse acompanhamento familiar, a gente percebe que é muito mais difícil - aí sim ele se torna talvez uma doença, porque a criança não vê como ela pode melhorar, pode se corrigir, não tem um trabalho por fora. Existem muito casos, hoje em dia, que eu acredito que não seja TDAH, porque hoje esse transtorno está sendo muito confundido com falta de limite dentro de casa (...) a falta de tempo com os filhos - os pais estão querendo

dosar de uma outra maneira e acaba deixando os filhos fazendo o que querem, até chegar uma hora que não consegue segurar mais.

AC B* - Falta de capacitação dificulta a compreensão sobre esse transtorno

Quando a criança está com alguma dificuldade e que ela até tenta falar para gente, mas também ela não sabe o que é aquilo que ela está com diferença dos outros e a gente também não sabe lidar com isso. Isso que é duro! Eu acho que a gente deveria receber uma capacitação sobre essas coisas.

6.3 Discussão - Questão 3

De modo geral as respostas dos profissionais de saúde demonstraram que apesar dessa equipe atender em conjunto, há divergências quanto ao conceito de doença e a crença de que esse transtorno seja ou não uma doença. Alguns profissionais de saúde colocaram o TDAH como uma doença por julgarem que sua etiologia seja de ordem neurobiológica e por considerarem que a criança não consegue controlar seus comportamentos; no entanto, outros não acreditam que o TDAH seja uma doença por considerarem que é uma condição da criança, uma dificuldade na área da atenção, e outros conjecturam que a origem seja por uma questão familiar e de uso de drogas.

O mesmo ocorre com os professores, muitos acreditam que o TDAH seja uma doença, pois, assim como os profissionais de saúde, aqueles o vêem como um transtorno de ordem orgânica ou impossibilidade da criança controlar os seus comportamentos. Já os demais acreditam que não é uma doença por ser uma condição da criança, uma dificuldade cognitiva e pela dinâmica familiar mais permissiva.

Ambos os grupos pensaram o TDAH como doença segundo na IC DSC E - *SIM. Aquilo se encontra fora de controle* – em que a falta de autocontrole da criança em seus comportamentos representa uma doença. De modo geral, o autocontrole é altamente valorizado; a ausência desse controle é visto como um distúrbio. Assim como o sucesso escolar é esperado da mesma forma para todas as crianças, a dificuldade, o baixo rendimento é, muitas vezes, diagnosticado como um distúrbio. Nesse contexto, os comportamentos são interpretados e validados por um diagnóstico segundo determinados valores sociais. A hiperatividade é evidenciada quando a criança perturba a ordem estabelecida ou ultrapassa os limites de tolerância daqueles que estão envolvidos com ela (SUCUPIRA, 2010).

É preciso compreender a hiperatividade como forma de expressão das dificuldades vivenciadas pela criança. E isso foi apontado pelo grupo dos professores na IC DSC G - *Sim. Um desvio daquilo considerado normal - “(...) e que eu acho que ela até tenta falar para gente (...)”*. Quando aqueles que cuidam dessa criança apresentam um olhar diferenciado e não discriminador pelos seus comportamentos, assume-se uma postura que se opõe à tendência dominante de ver comportamentos apenas como indicadores de possíveis distúrbios neurológicos.

Outra análise é que novamente a ideia se repete nos discursos de que o TDAH não é uma doença, mas é uma condição, para os profissionais de saúde; como na IC D - *NÃO. Esta é*

uma condição da criança. Esse discurso é também interessante, pois mostra que esses profissionais percebem essas crianças como normais, mas o problema real é que estas não se adaptam à realidade social que exige uma demanda de obediência a um determinado padrão de normalidade. E isso é confirmado pelo seguinte discurso da AC A* - *O capitalismo como causa da marginalização do diferente* – “(...) *you can be a little out of control if you are different in school and different for school is like if you were less (...)*”

Esse discurso remete à seguinte reflexão: os profissionais de saúde com a concepção de transtorno como um desvio daquilo que é normal, quando realizam ou participam do processo de um diagnóstico estão, de fato, auxiliando a quem e quais interesses?

Foucault (1999) coloca que a existência dessa dualidade anormalidade/normalidade é imprescindível ao exercício do poder disciplinar, que busca corpos submissos e dóceis, pois a disciplina aumenta as forças do corpo, em termos econômicos de utilidade e diminui as forças do corpo, em termos políticos de obediência. Com isso, a homogeneização do ideal de normalidade é reproduzida em diversos ambientes e contextos. Foucault coloca que “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”. Assim, a medicina é uma tecnologia que acaba outorgando e legitimando formas de viver, desde questões da saúde básica a questões mais subjetivas da existência humana e, só se torna possível, por meio de profissionais que dêem continuidade a esse processo de disciplinar a sociedade. Portanto, o diagnóstico de TDAH confere à criança a possibilidade de poder, através de um acompanhamento, seja este médico e/ou pedagógico, ser inserida novamente ao eixo da normalidade. Uma vez diagnosticado, parte do tratamento é aceitar que o transtorno permanecerá para sempre e que a vida da criança deva ser moldada de acordo com as descrições do transtorno e as exigências de tratamento (CALIMAN, 2013).

Além disso, existe um mercado imensamente lucrativo para as indústrias farmacêuticas. A produção mundial de metilenidato (MPH), a droga mais usada para aqueles com diagnóstico de TDAH, cresceu 400% entre 1993 e 2003. A produção de MPH cresceu mais de 800% no período de 1990 e 2000; a produção desse medicamento cresceu mais de 2.000% no mesmo período. O número de pessoas medicadas com Ritalina® em 2007 era de 6.000.000; 4.750.000 eram crianças, sendo 3.800.000 meninos (Learn. Genetics, 2013).

No Brasil, o ritmo de crescimento dessa droga também foi grande: 71.000 caixas de Ritalina® em 2000 e 739.000 em 2004 (aumento de 940%); entre 2003 e 2004, aumentou 51%. Em 2008, foram vendidas 1.147.000 caixas, com aumento de 1616% desde 2000. (MOYSÉS e COLLARES, 2007)

Conrad (2007), em seu livro, *The Medicalization of society*, explica a mudança da estrutura da medicina, ou seja, tornando-se um ponto de investimento e lucro para muitas empresas. Concomitantemente com o avanço da genética, da neurociência e dos fármacos, houve um redimensionamento do campo médico para um sistema altamente lucrativo. Em seu livro, Conrad discute como a Food and Drug Administration Modernization Act de 1997 (FDAMA) fizeram várias mudanças que facilitaram o processo de medicalização e discute como o medicamento Paxil (hidroclorido de paroxetina), utilizado para um tratamento de depressão em 1966, quando saturado o mercado de vendas foi administrado para outra desordem. Foi solicitado e aprovado pela FDA o uso de Paxil para desordem de ansiedade social em 1999 e para desordem de ansiedade geral em 2001. O marketing farmacêutico na venda dos mesmos consistiu em campanhas de sensibilização para aumentar a visibilidade pública das desordens de ansiedade social e generalizada, que se baseou em uma mistura de “experts”, e as vozes dos pacientes, simultaneamente, deram validade a uma condição de diagnóstico e criaram a percepção de que eles poderiam acometer qualquer um. Barry Brand, diretor do produto Paxil, disse “Todo sonho de mercado é encontrar um mercado desconhecido e não identificado e desenvolvê-lo. Isto é o que nós somos capazes de fazer com a desordem de ansiedade social” (CONRAD, 2007, p.9).

A discussão e reflexão sobre as estratégias de marketing da indústria farmacêutica e sua relação com a questão da medicalização são de suma importância. Apesar dessa questão não ser o foco desse trabalho, ao longo das falas o uso do medicamento é periodicamente pontuado pelos entrevistados. E de fato essa questão é tão extensa que muito mais deveria ser abordado para analisar em profundidade, afim de se avaliar o quanto essas crianças estão, até de certo modo, submetidas ao sistema de lucro dessas indústrias.

A medicalização da vida e da existência – que difere da medicina tanto quanto o cientificismo difere da ciência – tem essa função de entorpecimento niilista do indivíduo, que encontra na ideologia da medicalização e da patologização uma defesa maníaca legitimada social, coletiva e pseudocientificamente pela indústria médica e farmacêutica, com o apoio lobista da mídia e da indústria da informação, do marketing, da publicidade e da propaganda, impressas e televisivas. Essa legitimização social cauciona a defesa individual, ao convidar o indivíduo a não olhar para dentro de si mesmo, para as questões afetivas que se encontram na origem de toda e qualquer não expressão criativa da vida (MARTINS, 2007, p 125).

Dessa forma, a construção do TDAH como uma doença biomédica, ainda que essa concepção não seja predominante nessa questão, ela é apresentada em ambos é apresentada na concepção de ambos os grupos que disseram “Sim, o TDAH é uma doença”. Além de toda

discussão apresentada sobre o ponto de vista biomédico, este tipo de concepção constrói um discurso de forma a responder objetivamente aos anseios sociais sobre o desenvolvimento infantil e seu bem-estar. Pois, uma vez visto esse transtorno como doença, as crianças com dificuldade de aprendizagem e comportamento podem ser rotuladas por tal doença. Este rótulo possibilita uma percepção social de que a informação e a compreensão científica desse transtorno já estão plausivelmente elucidadas e bem estabelecidas na comunidade médica (BRZOWSKI e CAPONI, 2009).

Questão 4 - O que pode levar uma criança a ter o TDAH? Quais as causas que você acredita?

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE IDEIAS CENTRAIS FRENTE À QUESTÃO 4

Ideias Centrais		N	%
A	Causa Genética	12	54,55
B	A gestação como uma causa	2	9,09
C	As causas são características genética e ambiental	3	13,64
D	O processo de aceleração dos modos de vida	1	4,55
E	Pode ser devido a um trauma	1	4,55
F	Causa relacionada com a conduta familiar	3	13,64

Nº total de entrevistados: 18

Obs: um entrevistado pode ter mais de uma ideia central

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANCORAGEM

Ancoragem		N	%
A*	Dificuldade de compreender se tem como causa genética ou é uma falha pedagógica	1	100,00

Total de entrevistados: 18

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DSC A – Causa Genética

Bom, cientificamente existe uma explicação genética/neurológica; uma condição genética. Hoje já se tem vários estudos relacionados aos genes do TDAH, este é considerado uma condição genética. Também há a questão dos neurotransmissores, então você tem uma alteração em dopamina no cérebro dessa criança. Assim, a gente percebe a questão genética, que, às vezes, tem relato da mãe que chega e fala "o pai era hiperativo, o irmão dela", alguma coisa assim (...) normalmente a criança vem já é e sempre foi, você conversa com a mãe, desde que entrou na pré-escola já apresenta. Então, eu acho que vem da família, uma herança genética mesmo. Eu acho que não é ambiental, eu acho que é mais orgânico mesmo.

DSC B – A gestação como uma causa

(...) fatores de risco da criança, principalmente durante a gestação, tabaco, uso de drogas. Existem alguns estudos que apontam que também condições durante a gravidez ou no momento do parto o podem dar como se fossem mal formações, mas não seria bem uma mal formação, mas seria uma dificuldade no sistema de informação, até mesmo dificuldade da formação da dopamina no cérebro da criança que daria o TDAH também.

DSC C – As causas são de característica genética e ambiental

A etiologia ainda do TDAH é bastante controversa, mas eu penso assim, que atualmente a questão familiar, a genética familiar é bastante significativa. Isso em pesquisas já é possível a gente verificar, mas eu penso também que assim o social está influenciando demais, a alimentação está influenciando demais, todo cuidado que a mãe também tem na gestação também está influenciando. Então, o TDAH muito mais abrangente do que simplesmente também se coloca hoje em dia para a população médica. Dependendo do modo que você conduzir a criança, você pode favorecer com que ela tenha dificuldade para seguir regras e normas e isso pode favorecer para que ela seja desatenta. Mas, também entra a questão

genética do desenvolvimento cerebral e esse tipo de coisa. Então eu acho que é uma interação entre a área social e genética.

DSC F – Causa relacionada com a conduta familiar

Hoje em dia também a consequência do uso de drogas e bebidas.

PROFESSORES

DSC A - Causa Genética

Olha, pelo pouco que eu sei eu acredito que seja hereditário. Eu acho que é mais biológico, não é?! Não sei, eu acho que são causas biológicas. Eu acho que são hereditárias, a criança já vem carregando. Porque eu acho difícil você adquirir isso depois, eu acho que isso já vem com a criança, desde os primeiros anos de vida, isso já demonstra esse comportamento. Porque é uma coisa bem cérebro né?! A criança por mais que você tente fazer com que ela sente, que ela fique bonitinha, que ela discuta, ela não consegue. Então, eu acho que é uma coisa que já vem (...) que a criança nasce com isso. Eu acho que vem mais da genética mesmo, herda um pouco na gestação, eu acredito que seja isso (...) durante os primeiros anos. Eu acho que uma criança não é assim a partir de 1 ano, 7 anos que ela começa ficar assim, acho que ela já vem desde pequenininha com esse problema (...). Não acredito, por pior que seja um ambiente, se a criança ela tem uma estrutura saudável, o corpo saudável, eu acho que ela consegue fazer isso (discutir, sentar) por pior que seja o lugar onde ela esteja. Eu conheço criança assim, as vezes, a classe tá uma bagunça, mas ele está sentadinho, fazendo a atividade dele. Agora, quando essa criança tem esse problema, por melhor que seja o ambiente ela não consegue se concentrar. Eu acho que é mais genético do que o ambiente. Eu tenho quase certeza. Ah! Não sei, para mim (...) pelo histórico que a gente escuta.

DSC – A gestação como causa

Olha, eu sou leiga nisso, mas eu acredito que deva ser desde uma gestação, uma gravidez conturbada, hoje em dia a gente sabe que não tem medida, mães que usam drogas, mães que fumam, bebem, eu acredito que deve ter alguma ligação com isso. Então assim, se não tiver uma saúde, se a mãe não tiver uma saúde, acho que pode afetar neurologicamente alguma criança, não só nesse âmbito de transtorno como muitas outras causas. Eu acredito que pode ser também na parte (...) no momento da gravidez.

DSC C – As causas são de características genética e ambiental

Eu acho que sim, talvez, o ambiente influencie mais, mas eu acho que é primeiramente uma causa genética.

DSC D – O processo de aceleração dos modos de vida

Excesso de informação, tecnologia exacerbada. O mundo é muito comunicativo visualmente, falando com filmes e as crianças elas querem estar ligadas o tempo todo em tudo e isso causa a aceleração; e a sala de aula exige uma postura mais calma, mais concentrada de reflexão.

DSC E – Pode ser devido a um trauma orgânico

Talvez, possa ser assim, algum trauma que a criança tenha sofrido, por exemplo, assim, um acidente grave, uma enfermidade que não foi diagnosticada a tempo. Vou usar exemplos, que nem aqui na escola nós temos uma criança, uma graça de criança, que até os 4 anos ela era normal, ela não tinha patologia nenhuma (...) descobriu que estava com meningite. Ela entrou em coma, depois desse processo, ela ficou tetraplégica e aí teve que recomeçar tudo de novo (...) você percebe que é uma criança que tem dificuldade e foi sequela, né? Então, eu não sei se talvez, o Déficit de Atenção ou TDAH, possa se desenvolver com isso também (...) que nem ela parece hiperativa aqui, ela não consegue ficar quieta, quando ela toma

medicamento, um calmante, ela fica mais calma na sala de aula, ela precisa de uma cuidadora o tempo todo. Isso se desenvolveu depois desse processo de meningite (...). A princípio eu achava que era só genético, que era uma coisa (...) depois que eu conheci esse caso eu já não afirmo mais com tanta certeza, que possa se desenvolver depois de um processo que choca, alguma coisa grave.

DSC F - Causa relacionada com a conduta familiar

A estrutura familiar que tem questões de alcoolismo, violência na família, também a criança fica desestruturada e podem ocorrer assim outros tipos de transtornos. Eu realmente não sei se tem algum fundo relacionado como os pais tratam em casa, se são muito reprimidos em casa (...) sei que nós temos esse tipo de aluno, pode ser que seja por isso, mas não sei.

AC A* - Dificuldade de compreender se tem como causa genética ou é uma falha pedagógica

Eu acho que, as vezes, ou pode ser genético, ou a criança teve uma dificuldade lá atrás que não foi sanada, aí acho que ela reverte através de uma deficiência; ou ela não quer fazer, porque ela teve uma dificuldade, ninguém detectou aquilo. Porque, por exemplo, a gente pega muito aluno que não sabe direito nem lê e nem escrever no sexto ano. Eu acho isso um problema, né?! Porque você imagina se a criança chegou até o sexto ano e não sabe nem ler e nem escrever ainda, deve ter um problema. Essa criança é que normalmente ela vai dar trabalho de não querer fazer atividade, quando eu pedi uma leitura compartilhada ela não vai querer ler, mas é claro né! Porque ela tem a dificuldade, daí essas crianças que eu tento encaminhar para frente para fazer um acompanhamento diferenciado, eu acho que elas têm que ter um acompanhamento para aprender mesmo a ler e a escrever. Daí como elas revertem? Em um mau comportamento, que eu vejo essas crianças. Daí eu não sei se isso é a doença, ou se isso é porque ela não aprendeu. A gente não sabe distinguir uma coisa da outra. Daí a gente engloba tudo como sendo um TDAH.

6.4 Discussão - Questão 4

Os discursos de ambos os grupos apresentam-se divididos com relação à causa etiológica desse transtorno, sendo que a grande maioria acredita em uma causa genética; os demais acreditam na interação de fatores genéticos e ambientais ou problemas durante a gestação, e uma minoria relaciona problemas familiares e o processo de aceleração dos modos de vida.

Com esse questionamento foi possível apreender com mais clareza que o discurso biomédico é predominante em ambos os grupos de entrevistados. Na IC do A – *Causa Genética* presente no discurso dos profissionais de saúde, demonstra-se uma visão reducionista deste transtorno. Segundo Brzozowski e Caponi (2012, p. 944) reducionismo é “a ideia de que todas as coisas e objetos complexos e aparentemente diferentes que observamos no mundo podem ser explicados em termos de princípios universais que regem seus componentes fundamentais comuns”. As explicações reducionistas aplicadas às neurociências estão relacionadas às funções e regiões cerebrais, neurotransmissores, genes, dentre outros. Dentro dessa perspectiva a vida e as ações humanas são tomadas como consequentes da ação bioquímica das células do organismo humano e que suas características são determinadas, por sua vez, pela genética individual (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2012).

Dentro dessa perspectiva, a neurogenética oferece a possibilidade de identificar os genes que afetam o cérebro e o comportamento, o que direciona a uma busca por um gene responsável pelas modificações neurobiológicas do TDAH. Com isso, sabendo-se que o mecanismo de ação dos estimulantes (como a Ritalina®) está relacionado com a via dopaminérgica, há uma busca pelos genes responsáveis por essa via, tais como o DRD4 e o gene receptor D4 da dopamina. No entanto, nenhum estudo ainda encontrou associação consistente entre comportamento e um gene (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2012).

Que o componente biológico está correlacionado com os problemas psiquiátricos é inegável, no entanto, como ter tanta certeza de que este é a **causa** exclusiva desse transtorno, como afirmado nos discursos? Ainda é possível levantar outro questionamento: como afirmar que o meio social não tem influência no desequilíbrio neuroquímico? Se de fato o ambiente não influenciasse no biológico, então somente a administração do medicamento adequado por si só seria suficiente para resolver o transtorno.

Logo, ao considerar o TDAH somente do ponto de vista genético, o mesmo é considerado um transtorno de ordem individual, no qual são eximidos de responsabilidade os

demais contextos (social, político, pedagógico, familiar e psicológico) que quando articulados participariam da construção desse quadro.

Como um discurso diferencial, apenas um professor colocou que a causa do TDAH estaria associada aos modos de vida do mundo moderno no *DSC D - O processo de aceleração dos modos de vida*. Luengo (2009) reafirma essa ideia discutindo que com a globalização não foi, apenas, a dinâmica social e econômica que se modificou, mas as crianças também, pois estas hoje deram lugar às brincadeiras nas ruas pelos jogos eletrônicos, os quais apesar de estimularem a cognição da criança, diminuem as possibilidades de socialização da mesma. Além disso, os pais dessas crianças, na sua maioria, sempre “correndo” com seus compromissos diários não disponibilizam o tempo necessário para a criança. Assim como a subjetividade da criança vem sendo influenciada pelo individualismo, pelo consumismo e pela falta de solidez nas relações sociais e amorosas que são substituídas por relacionamentos flexíveis, efêmeros e transitórios. Todo esse contexto gera uma grande ansiedade social e insegurança permanente, que está sempre em busca e “correndo” por algo (LUENGO, 2009). O contexto escolar, ainda, apresenta-se de forma tradicional, mesmo com a inserção de novas tecnologias; as mentes que o sustentam em salas de aulas são pautadas por um sistema pedagógico pouco questionador e desafiador para essa geração de crianças.

Pode-se pensar que a escola só será motivadora quando o seu ensino estiver relacionado com a realidade social e cultural da criança e quando oferecer algo que esteja além daquilo que a criança já tem acesso, gerando uma necessidade de conhecer o novo, desenvolvendo não só as funções cognitivas, mas sua sensibilidade estética. Logo, o fator atenção e concentração não é natural e imutável, ao contrário, estes podem ser modificados e melhor adequados ao longo do processo de escolarização. É essencial que os processos intelectuais e afetivos não sejam separados; assim, o processo pedagógico se torna mais motivador quando há uma resposta à necessidade do aluno de compreender melhor sua vida e a vida em sua sociedade (EIDT e TULESKI, 2010).

A atenção voluntária pode manter-se sem dificuldade quando nada de estranho impede sua atividade, ou mesmo em situações opostas, quando há inconvenientes, como sons, cansaço, etc. Não obstante, para que a atenção se mantenha, algumas vezes é necessário eliminar ou diminuir a influência de estímulos externos. Deve-se ressaltar que mesmo quando se dispõe de um ambiente cujas condições sejam favoráveis à atenção, não significa que esta se fixará por longo tempo. O prolongamento da atenção está afeto ao significado que a atividade possui para o sujeito. Quanto mais a atividade responde a interesses e necessidades, maior o seu significado e maior será a atenção. (BONDEZAN e PALANGANA, 2005, p. 12 APUD EIDT e TULESKI, 2010)

Por fim, o que chamou atenção em ambos os grupos é que nenhum destes abordou ou levou em consideração que a forma como é construído o sistema pedagógico na sociedade atual pode estar relacionado com a causa do TDAH, uma vez que a maior parte das queixas de comportamento e dificuldade escolares se evidenciem, predominantemente, no contexto escolar. Mesmo na AC A* - *Dificuldade de compreender se tem como causa genética ou é uma falha pedagógica* essa questão é ignorada. Esse discurso apenas aponta a falha pedagógica que a criança provavelmente teve em um determinado momento de sua escolarização, assinalando que ao longo do tempo essa dificuldade pode se transformar em mau comportamento; mas ainda não aprofunda nesta reflexão se o problema real não estaria na forma como foi alicerçado e construído o modelo pedagógico, o qual deveria ser o primeiro a ser questionado, já que a maior parte das queixas sai do universo escolar.

A fala do professor “Daí a gente engloba tudo como sendo um TDAH” permite uma ideia de que este, talvez, seja uma alternativa possível para os professores justificarem o fracasso escolar. Na escola pública, o TDAH é um rótulo viável para os comportamentos “desviantes”, isentando-se a responsabilidade pedagógica e colocando em nível individual a responsabilidade do mau rendimento escolar (SUCUPIRA, 1985).

Em todos os discursos dos professores foi possível apreender que para estes a causa do TDAH, em grande parte dos entrevistados, encontra-se centrada na criança: seja por um trauma físico, problemas familiares ou causa genética. As pesquisas que buscam estudar as concepções de professores sobre os problemas de aprendizagem (MALUF & BARDELLI, 1991; CARVALHO, 1992), apontam que estes consideram o aluno como o maior responsável pelo insucesso na escola, quase nunca atribuindo à escola ou à sua própria atuação docente qualquer peso na determinação deste fenômeno.

A busca que justifique e legitime os problemas comportamentais e de aprendizagem através de uma causa exclusivamente orgânica corresponde a uma organização científica e social que tenta dissimular-mascarar de forma simplista as causas geradoras desse transtorno, pois os professores que acreditam na causa orgânica precisam encaminhar seus alunos aos centros de saúde, a fim de que não se sintam impotentes e frustrados em sua profissão; os pais buscam com anseio a uma resposta que explique os motivos pelo mal desempenho de seus filhos e os profissionais de saúde, com sua formação mais centrada no indivíduo e na doença do que os aspectos mais abrangentes que possam influenciar nesse transtorno, confirmam e operam dentro dessa lógica de medicalização. (UNTOIGLICH, 2013)

Não se trata de negar as dificuldades; sem dúvida, estas não podem ser resolvidas por uma simples somatória de profissionais, mas sim construindo abordagens em rede nos quais cada um mantenha a sua especificidade buscando o objetivo comum: o acolhimento da criança para, a partir daí, colaborar na construção dessa subjetividade que se encontra desatada. (UNTOIGLICH, 2013)

Questão 5 - Você foi (fornece) capacitado (capacitação) para (os professores) identificar (identificarem) crianças com algum problema de aprendizagem e assim encaminhá-las para um serviço de saúde? Como ocorre?

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE IDEIAS CENTRAIS FRENTE À QUESTÃO 5

Ideias Centrais		N	%
A	SIM. A Prefeitura fornece	1	5,26
B	NÃO. A capacitação deve ser de acordo com a necessidade do professor	1	5,26
C	NÃO. Nunca teve nenhuma capacitação	2	10,53
D	SIM. Fornecem capacitações e palestras a outros municípios	6	31,58
E	NÃO. Somente via relatório	2	10,53
F	NÃO. O encaminhamento ocorre pela percepção do professor	5	26,32
G	NÃO. Não fornece capacitação.	2	10,53

Nº total de entrevistados: 18

Obs: um entrevistado pode ter mais de uma ideia central

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANCORAGEM

Ancoragem	N	%
A* A necessidade de trabalhar com a educação é reduzir a superlotação dos serviços públicos de saúde	1	33,33
B * O Sistema Público é demorado	1	33.33
C* SIM. Mas os cursos da Prefeitura são ruins	1	33.33

Total de entrevistados: 18

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DSC D - Sim. Fornecem capacitações e palestras a outros municípios

Sim, nós sempre fazemos isso através de palestras nos municípios, e tem alguns municípios que nós damos essas capacitações. A primeira coisa é preciso desmistificar o transtorno de aprendizagem, quando tomado como transtorno, pois ele acomete pouquíssimas pessoas. Portanto, é um percentual muito reduzido dessa população, o que a gente encontra na realidade educacional, os professores tendem a achar que é um transtorno comum, não é. Então, o trabalho vem primeiro da desmistificação então depois de você ensinar os professores a entender quais são os fatores de risco para esse transtorno real e também quais são as características que esse transtorno vai adquirindo ao longo da escolarização que são os marcos para sua identificação. Assim, eu já fiz várias capacitações com vários grupos de professores orientando em relação à importância deles estarem identificando os sinais, as manifestações das crianças que tem não só o TDAH, mas o transtorno de aprendizagem, a dislexia e da melhor forma que eles no dia a dia podem observar esses sinais naquelas crianças. Se for o caso eles mesmos podem intervir para ver o desempenho da criança ou já encaminhar para os serviços de saúde (...). O professor tem muita dúvida na hora de pensar no diagnóstico até porque não faz parte da formação dele, né? Então, por exemplo, uma sala de reforço, um horário extra pra ver se com a atenção mais dirigida essa criança melhora. Então se ela melhorar era só uma dificuldade de aprendizagem, que na verdade uma dificuldade de "ensinagem" vamos dizer assim, a dificuldade que a criança não conseguiu adquirir os componentes da metodologia de ensino mesmo. Logo, o problema é mais escolar do que clínico. A nossa intenção um dia é que o professor se aproprie tanto desses conhecimentos, que ele já consiga perceber os sinais mínimos na pré-escola. Então se ela vai ter ou não a gente não sabe, mas a gente já vai trabalhando. O diagnóstico tem um momento para ser feito, por exemplo, antes de a criança ter recebido uma ação, um ensino para aprender a ler e a escrever, você não pode diagnosticar dislexia, mas de acordo com os sinais mínimos, você pode fornecer estratégias desde cedo para que ela tenha essas dificuldades minimizadas. E a ideia é um dia que a gente faça a prevenção, a ideia que a gente não faça apagar incêndio como é agora, a ideia é que um dia a gente consiga fazer como é no primeiro mundo se você estiver em Londres ou se você estiver em Paris, o seu filho tem quatro ou cinco aninhos, ele já vai ser detectado pelo professor os sinais mínimos, por exemplo, da

dislexia e já vai ser acompanhado com estratégias diferenciadas. Então assim eu acho que isso é o grande objetivo. O professor é imprescindível. Então, como a gente trabalhou já em várias Secretárias de Educação a gente vê que aí dá certo, o professor junto com a gente. Isso acontece em vários momentos, assim através das aulas expositivas, que na verdade viram debates, são relatório também de vai e volta, oficinas; por exemplo, o fonoaudiólogo marca uma oficina para trabalhar estratégia para crianças com dislexia e aí os professores recebem para aquele tipo de problema da crianças, eles recebem material de como trabalhar com as crianças; e contatos individuais mesmo, professor marcar e conversar comigo ou qualquer um da equipe sobre aquela criança em si, desde que os pais autorizem, para que ela receba atenção individualizada e orientação individualizada da equipe.

DSC E - Não. Somente via relatório

Aqui na Unesp isso é mais difícil, porque, geralmente, as crianças vem de longe, contato que a gente tem com o professor é via relatório, tanto o que o professor manda quanto o que a gente manda. E isso é muito falho, isso é como se a gente nadasse, nadasse, nadasse e morresse na praia, porque falta. Falta o professor, apesar de ter a família; através da família, na escola, isso é muito difícil. Mas, aqui isso realmente é falho, porque o contato fica distante. A gente não tem como ir a todas as cidades que a gente assiste as crianças. Só que a gente pede, a gente manda algumas orientações de como é melhor fazer em sala de aula para que ele tenha um desenvolvimento melhor, mas capacitação diretamente aqui não.

DSC G - Não. Não fornece capacitação.

Não. Nunca atuei com isso, a gente só faz avaliação do cognitivo da criança, então isso aí não.

AC A* - A necessidade de trabalhar com a educação é reduzir a superlotação dos serviços públicos de saúde

A nossa intenção quando a gente trabalha com a educação, eu já trabalhei em várias cidades, é que o professor se aproprie desses conhecimentos para que os encaminhamentos

sejam feitos de uma triagem melhor, todos os serviços, tudo hoje praticamente leva ao encaminhamento. Mas os serviços estão superlotados. Daí você recebe a criança, que poderia ter sido tratada de outra forma para outro serviço, por exemplo, enquanto que aquela que tem um desvio de aprendizagem vai ficando para trás, vai ficando sem esse encaminhamento a criança com dislexia e com TDAH.

PROFESSORES

DSC A - Sim. A Prefeitura fornece

Olha, na verdade capacitação assim da faculdade não tive, mas depois que eu entrei na rede em 2006, aí surgiram várias oportunidades de capacitação interna que eu fiz, como dislexia e como hoje nós temos uma sobre educação inclusiva. Então esses eu fiz, o que me ajudou bastante - é como dirigir; você tira sua carta, você não está pronto para dirigir, mas quando você está com o seu carro no meio da rua você tem que se virar, então dentro de uma sala de aula é mais ou menos assim.

DSC B - Não. A capacitação deve ser de acordo com a necessidade do professor

Não. Na verdade, eu acho que os professores deveriam receber uma verba para gente fazer o curso que a gente acha importante. Os cursos da Prefeitura são muito ruins, eles falam aquilo que eles querem falar (...) eu acho que cada um deveria fazer, por exemplo, "eu acho que estou com um aluno com tal problema", então eu vou e faço um curso, porque eu quero saber mais sobre aquele problema, sobre aquela dificuldade do aluno, então eu vou me aperfeiçoar naquilo. Agora, eles dão uma coisa geral, fica meio complicado. Porque, por exemplo, eu não tenho aluno com Déficit de Atenção, mas eu tenho aluno autista, então para que eu quero saber se a Prefeitura tá dando (curso de TDAH), eu não quero saber daquilo, aquilo lá não me interessa, é a mesma situação do aluno se você não obrigar ele fazer uma coisa interessante na vida dele, ele também não vai fazer. Para gente é a mesma coisa. Para que eu quero saber deficiência visual se eu tenho um aluno com deficiência auditiva? Não faz sentido!

DSC C - Não. Nunca teve nenhuma capacitação

Não. Nunca fui capacitada para isso. Eu já procurei alguns cursos, mas na maioria das vezes eu fico muito confusa em relação a isso. Mas, eu não fui capacitada para isso, para diagnosticar crianças com TDAH.

DSC F - Não. O encaminhamento ocorre pela percepção do professor

Na verdade não. Capacitado não, o que a gente só faz é isso, a gente vê na classe aquela criança, se tem alguma coisa diferente, a gente não sabe se ele é só analfabeto ou é uma doença mesmo. Isso assim, ao longo dos anos você vai prestando atenção em algumas coisas, não só com as crianças, mas com o que os outros professores falam. Então, a gente já escutou uma palestra, ou outra, só que uma coisa muito pontual para gente é complicado, e muitas vezes nessas palestras eles não falam como a gente deve trabalhar com essas crianças, eles falam assim, por exemplo, "que a gente deve ter mais paciência, que elas não podem ser excluídas e tal", mas como eu vou trabalhar na sala de aula? Tem algum material diferente mesmo que eu possa usar? Fica muito assim (...) uma coisa que a gente já sabe que a gente tem que trabalhar com elas aqui dentro, mas como? Para quem correr? Se ela tem uma postura como eu tenho que ter um retorno também dessa postura dessa criança? A gente fica meio perdida às vezes. Então, os alunos que a gente encaminha são porque eles estão fora do padrão dos outros alunos. O professor percebe que ele tem uma dificuldade de aprendizagem, percebe que ele demora um pouco mais ou às vezes nem atinge os objetivos como os outros alunos. A gente não sabe diagnosticar se o aluno tem esse ou aquele problema, a gente suspeita, e as nossas suspeitas são enviadas para coordenação da escola, para posteriormente serem encaminhadas para psicóloga da prefeitura e ela vai dar o retorno para nós depois na escola - só que é um processo demorado, infelizmente, pode se demorar até anos.

AC B* - O Sistema Público é demorado

O professor percebe que ele tem uma dificuldade de aprendizagem, percebe que ele demora um pouco mais ou, as vezes, nem atinge os objetivos como os outros alunos. Então, a gente pede uma avaliação (médica), solicitamos à coordenação, nós preenchemos juntas toda a documentação e essa documentação é encaminhada para Secretaria da Educação, onde eles vão chamá-lo e encaminhar para algum departamento, só que é um processo demorado, infelizmente, pode se demorar até anos. A gente está brigando para que essas coisas sejam vistas com um pouco mais de urgência, mas a resposta não é tão rápida quando a gente precisa.

AC C* - Sim. Mas os cursos da Prefeitura são ruins

Os cursos da Prefeitura são muito ruins, eles falam aquilo que eles querem falar (...). É da prefeitura mas ah (...) na verdade são palestras, eles jogam um assunto pra gente, aí forma grupo e tem que ficar discutindo aquilo e no final eles encerram. É uns cursos assim. Eu particularmente não participo desses cursos, porque não acrescenta nada.

6.5 Discussão - Questão 5

De modo geral os profissionais de saúde apresentaram os seguintes discursos para esta questão: colocaram, majoritariamente, que fornecem capacitações, no entanto a outros municípios; alguns se referiram ao relatório em conjunto com o laudo médico como uma forma de orientação aos professores, mas não uma capacitação direta a estes, e outros relataram que não fornecem nenhuma capacitação.

Os professores responderam, na sua maioria, que o encaminhamento ocorre segundo a sua percepção, sem ter uma capacitação; outros admitem que nunca tiveram uma capacitação e alguns recebem alguns cursos da Prefeitura que afirmam não serem bons.

No discurso dos profissionais de saúde *DSC D - Sim. Fornece capacitações e palestras em outros municípios - “A nossa intenção um dia é que o professor se aproprie tanto desses conhecimentos, que ele já consiga perceber os sinais mínimos na pré- escola. Então se ela vai ter ou não a gente não sabe, mas a gente já vai trabalhando (...)”*. Moysés e Collares (1992, p. 42) afirmam que essas “doenças” se tornam percebíveis por só se manifestarem quando a criança entra na escola e, ainda, coloca: “Como a tendência é que ela entre cada vez mais cedo, a incidência tem se deslocado dos sete anos para baixo, chegando ao cúmulo de “diagnósticos/previsões” do tipo “essa criança vai ter dislexia quando entrar na primeira série, feito aos três ou quatro anos de idade.” Isso vai de encontro com o discurso dos profissionais de saúde; apesar da intenção do profissional ser “minimizar as dificuldades” entramos em um questionamento importante: o que realmente muda para a criança em sala de aula quando recebe o diagnóstico, e para o professor quando compreende o diagnóstico como uma possível causa da dificuldade, sendo esta de aprendizado ou comportamento?

Apesar deste discurso propor algo para o futuro, vamos remeter ao presente e mais uma vez questionar: as dificuldades já estão sendo minimizadas hoje com todo esse esforço multiprofissional na busca de um possível transtorno?

O discurso do professor *DSC F - Não. O encaminhamento ocorre pela percepção do professor - “(...) a gente já escutou uma palestra, ou outra (...) e muitas vezes nessas palestras eles não falam como a gente deve trabalhar com essas crianças (...) mas como eu vou trabalhar na sala de aula? Tem algum material diferente mesmo que eu possa usar? A gente fica meio perdida às vezes (...)”* clarifica e responde a última pergunta, ou seja, a criança recebe o diagnóstico, no entanto, só isso não basta. Este, por sua vez, pode sim desculpabilizar, até certo ponto, o sistema escolar por não estar “relacionado” com esse

transtorno. No entanto, para professores que apresentam interesse em auxiliar essa criança, o diagnóstico em si, ainda, se torna mais obscuro do que uma solução no âmbito escolar.

Com relação a esse mesmo discurso *DSC D - Sim. Fornecem capacitações e palestras a outros municípios*, Mesquita (2009) coloca que alguns autores argumentam que os professores apresentam-se como desinformados e desatualizados sobre o TDAH, possuindo uma percepção errada sobre a natureza, as causas e as manifestações dos sintomas. Além disso, não basta a informação, como também a submissão em relação ao discurso médico; para tanto os educadores necessitam de “treinamentos” e “monitoramentos” por especialistas do assunto, além de adotar estratégias em sala de aula constituídas por aqueles.

No município de Botucatu, a maior parte da orientação que ocorre aos professores, através dos profissionais de saúde desse ambulatório, é por relatório. No *DSC E - Não. Somente via relatório*, eles falam de suas limitações devido à quantidade de municípios que atendem e percebem a falibilidade do relatório chegar até o professor.

Além disso, é possível observar nos discursos dos profissionais de saúde uma relação hierarquizada de saberes ao se direcionarem aos professores, ao observarmos em uma leitura cuidadosa do *DSC D - Sim. Fornece capacitações e palestras em outros municípios*. Pode-se perceber que não existe uma troca igualitária de conhecimento e saberes entre essas instituições. É possível apreender por meio desse discurso que a saúde sempre busca passar seus conhecimentos aos professores por meio de cursos, de palestras e capacitações, a fim de que esses incorporem e aprimorem o seu olhar clínico. Dessa forma, a troca estabelecida por esse discurso é mais como um meio de sanar as dúvidas dos professores do que uma integração equinâme de saberes.

Possivelmente, uma das causas dessa relação verticalizada (saúde para educação) pode estar correlacionada com a ideia de que essas questões de aprendizagem possam ter uma solução médica, presente na *AC B* - O Sistema Público é demorado*. Com isso, o meio educacional abre as portas para a saúde, sem que ocorra a intersetorialidade entre as instituições.

Aumenta a participação de diagnósticos especializados em medicalizar o fracasso escolar e assim crescem, também, as perspectivas de atuação profissional dos especialistas da área de saúde (pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas) e da educação (psicopedagogos). Mantém-se uma relação circular viciosa entre os fatores que produzem o fracasso escolar, impedindo uma atuação pedagógica mais efetiva por parte da escola. (SPAZZIANI, 2001, p.54)

Segundo Collares e Moysés (1995) a educação tem incorporado as questões relativas à saúde, gerando a patologização do processo ensino-aprendizagem. Com a falta de investimento público no setor da educação, o professor, enquanto profissional desvalorizado por suas competências e economicamente mau remunerado, tornou-se uma ferramenta de uma política de descaso com a educação. Logo, este profissional é impelido a delegar (o que para ele, talvez, signifique compartilhar) seu campo de atuação com a área da saúde, onde colocaram-se os “capacitados” a resolver os problemas de aprendizagem; em pouco tempo, a dependência da educação com a saúde foi fortalecida com a introdução de equipes multiprofissionais (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros e psicopedagogos, etc). Assim, o espaço pedagógico foi transformado de um lugar de possibilidades para se aprender em um espaço clínico, de separação do normal e do anormal (COLLARES e MOYSÉS, 1995).

A questão é que a relação saúde – educação abriga uma relação verticalizada; a ideia é que haja sim uma relação, no entanto, horizontalizada, ou seja, com um trabalho em conjunto, interdisciplinar, onde se facilite a produção de conhecimentos nas duas áreas, revertendo em melhoria dos serviços prestados à população. No entanto, para que isso ocorra com assertividade, é necessário que o trabalho de ambos sejam organizados a partir de pressupostos acerca do caráter social de ambos os setores, tanto em termos de origem como de solução dos problemas existentes. Com isso, a saúde pode auxiliar a educação a enfrentar os desafios, não por fornecer soluções, mas sim por se constituir em interlocutor com objetivos afins (COLLARES e MOYSÉS, 1992).

Questão 6 - Você recebe (fornece) ou discute orientações pedagógicas dos serviços de saúde (com os professores) para lidar com crianças já diagnosticadas com esse problema de aprendizagem? Como ocorre?

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DE IDEIAS CENTRAIS FRENTE À QUESTÃO 6

Ideias Centrais	N	%
A O contato ocorre por meio de um relatório.	10	41,67
B Ocorre o contato direto com o professor.	3	12,50
C O contato ocorre de acordo com o interesse do professor.	1	4,17
D Sim, mas em outro município.	4	16,67
E A troca não ocorre.	4	16,67
F Ocorre no sistema particular.	2	8,33

Nº total de entrevistados: 18

Obs: um entrevistado pode ter mais de uma ideia central

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANCORAGEM

Ancoragem	N	%
A* O problema de aprendizado centrado na criança	2	50,00
B * Alguns professores desanimam	1	25,00
C* O laudo como ferramenta de inclusão da criança	1	25,00

Total de entrevistados: 18

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DSC A - O contato ocorre por meio de um relatório

Sim. Na verdade a gente passa todo relatório, que já tem a orientação para o professor, direcionado de uma melhor forma para ele receber essa criança pós-diagnóstico dentro da sala de aula. O relatório, geralmente você faz a avaliação neuropsicológica, com os testes, você vai dar o resultado do teste e orientar onde estava comprometido ou não. Então, no TDAH se é só um Déficit de Atenção ou se é um Déficit de Atenção e Hiperatividade, se é mais impulsivo ou desatento ou se é impulsivo e hiperativo. Isso você tem como colocar através da avaliação e depois você orienta - como é uma equipe multiprofissional, você tem orientação da fonoaudióloga, o que deve ser feito e de que forma; a orientação minha, geralmente, é de como o professor deve se portar com aquele aluno, o que ele deve fazer para ajudá-lo em sala de aula, mas tudo escrito, nunca pessoalmente. Conhecendo o que é o problema, o professor, muitas vezes, estabelece estratégias por si, mas a estratégia pedagógica é feita por membros da equipe, por pedagogos, pelos fonoaudiólogos, pelos terapeutas ocupacionais e pela psicóloga ou neuropsicóloga que acompanha. Mas eu percebo que não é muito aprofundado esse direcionamento; se tivesse, por exemplo, de frente a frente com o professor, iria facilitar muito esse trabalho. Mas aqui na UNESP é bem difícil acontecer isso porque são crianças de muitos municípios, então não tem muito como a gente estar entrando em contato direto com o professor.

DSC B - Ocorre o contato direto com o professor

Eu vou pessoalmente, deixo o relatório para registro, mas eu sinto que algumas escolas querem o registro, mas não a mudança de prática, por isso eu insisto em ir pessoalmente para poder conversar ou com o coordenador e se possível faço para conversar com o professor, à medida que o coordenador me permite um contato mais direto. Nessa conversa pessoal todos esses aspectos vão sendo pontuados do que foi identificado, vou esclarecendo quais são as causas de que modo o conteúdo e as práticas podem ser favorecidas para facilitar o processo de aprendizagem da criança.

DSC C - O contato ocorre de acordo com o interesse do professor.

E a gente sempre fica aberto para o professor estar entrando em contato com a gente para estar discutindo o diagnóstico, até porque a gente, as vezes, acaba ficando menos tempo do que o professor e o professor tem muito mais conhecimento do perfil da criança (...) a gente vê o que o professor precisa, se ele quer mais uma orientação, ou se ele quer uma estratégia, se ele quer entender melhor o diagnóstico. Então, a gente vai trocando informações com ele e deixa em aberto essa parceria. Algumas escolas gostam quando, por exemplo, recebem um diagnóstico de uma criança e aí eles percebem que tem outras crianças semelhantes, eles gostam que a gente vá até a escola e fale com os professores, faça uma palestra. Então algumas escolas dão uma abertura para gente e algumas infelizmente não. Então, essa parceria saúde e educação ainda está um pouquinho dificultada, mas aqui em Botucatu foram muito poucos que entraram em contato comigo, sempre a gente passa até o próprio celular para mãe passar para escola e para própria coordenação da escola. Assim, eu tive no máximo dois ou três contatos em dois anos que estou aqui fazendo diagnóstico, então você vê que é muito difícil o professor vir até a gente procurar uma orientação ou até mesmo entender melhor o diagnóstico.

DSC D - Sim, mas em outro município

Agora, na cidade que a gente trabalha com o professor, quem oferece orientação pedagógica e estratégias psicoeducacionais é a psicóloga, a fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e a pedagoga (...). Tem essa reunião, HTPC ou HE (horário de estudo) em que o professor está em uma sala que está separada da escola e aí como eles estão lá, as vezes, eu vou para falar do aluno dele, que eu sei que tem alguma coisa. Então, a gente vai nesse horário para passar algumas orientações "Oh, seu aluno deu isso, isso e isso, a gente trouxe algumas orientações" nesse horário de HE que a gente fala.... E as vezes no HTPC (horário de trabalho coletivo) a gente participa, só que aí são todos os professores da sala de estudo, mas coletivo, então você acaba falando mais geral...ele que me passa o aluno, então ele fala "eu to percebendo que esse aluno não está rendendo igual aos outros", daí eu faço a avaliação, dou a devolutiva para ele. Eu falo "olha, o teste deu na avaliação percebi isso, isso e isso", daí a gente faz essa troca nas escolas. Então assim, a criança que tem Déficit de Atenção a primeira coisa: trazer bem

perto para o professor, e estar sempre estimulando ele, chamando a atenção dele, para que ele vá trabalhando e procurar também ver o que ele gosta mais, se ele gosta mais, por exemplo, na aprendizagem se ele gosta de ver mais as imagens, o som, isso estou dizendo já numa alfabetização, o que mais atrai essa criança para que ele não fique tão disperso; não deixar muito estímulo próximo dele, você deixá-lo bem próximo a sua mesa e procurar sempre estar lá, bem perto para que ele não se perca no resto da sala, não fique distraído. O hiperativo você tem que estar levando desafios para ele, porque geralmente o hiperativo ele vem com um pouco de agressividade, então com o hiperativo você tem que ser um pouquinho mais firme. Você tem que estar sempre chamando a atenção dele, o foco dele tem que estar sempre relacionado com aquilo que está aprendendo, o hiperativo, as vezes, ele não é um mal aluno na aprendizagem, ele é um bom aluno. Mas você tem que estar trazendo sempre ele e firme para os estudos, senão ele vai ficar aprontando na sala de aula.

DSC F - Ocorre no sistema particular

Ocorre em consultório, por exemplo, a gente tem contato com o coordenador pedagógico, tem contato com o professor para dar manejo, para dar umas ferramentas para ele lidar melhor com isso.

AC B * - Alguns professores desanimam

Quando é feito pela psicóloga, aí a gente senta, conversa e discute como vai poder trabalhar só que não são todos os professores que fazem isso. Não são, infelizmente, eu digo para você, eles abandonam, porque é muito difícil trabalhar com essas crianças com essas características. Tem que ter paciência, boa vontade e um pouco de conhecimento, se não elas não trabalham.

PROFESSORES

DSC A - O contato ocorre por meio de um relatório

Não, não é comum. Nós fazemos um encaminhamento para ser feito uma avaliação, ou com psicólogo, ou com neurologista, ou com a própria assistente do Conselho Tutelar, mas não existe uma conversa posterior com a escola. Eles passam um laudo, uma gama de atividades que possa ser feita com a criança, indicam qual a medicação que elas estão tomando, que tipo de reação elas terão em sala de aula, mas é por ofício, por diagnóstico. No caso desse aluno que é atendido pela UNESP, pela fonoaudióloga, neurologista, ela me encaminhou um relatório, com as maneiras mais facilitadoras de como trabalhar, e eu venho fazendo isso com ele. Normalmente ele trabalha em grupo, dificilmente ele trabalha sozinho, sendo que eu to orientando as atividades dele. Eu não faço atividade igual da sala, porque ele não tem competência ainda, tem que ter um currículo adaptado para ele, dentro das limitações e possibilidades dele, mas que também ele não perca o estímulo, o que dá pra fazer junto no mesmo nível da sala, ele está fazendo junto. Então assim, de vez em quando vêm algumas crianças que fazem algum acompanhamento, vem um pedido do médico para fazer um relatório, poucas têm um retorno como o meu aluno do ano passado de como eu deveria trabalhar com ele. Mas, é raro ter, eu acho que seria importante a gente de vez em quando ter contato com o pessoal da saúde, de vir nas escolas (...). Mas seria bom ter um trabalho em equipe mesmo, porque a gente sabe que sozinho a gente não vai fazer nada.

DSC B - Ocorre o contato direto com o professor

Então, nos temos essa psicóloga da prefeitura, que ela sim, se coloca a disposição quando a gente tem alguma dúvida ou quando a gente percebeu alguma coisa diferente, a gente tem essa flexibilidade sim. Ela vem, ela conversa, ela atende essa criança, ela dá o parecer dela. Nos cursos de curta duração é passado para gente, algumas informações, assim que pode ajudar, não é uma formação assim muito profunda. Mas assim, o único contato que a gente tem, nós temos na rede uma única psicóloga para rede toda de Botucatu. Então, eu tenho dó dela, porque não é só aqui que temos problema, Botucatu é grande para uma só.

DSC E - A troca não ocorre

Para ser bem sincera com você, está é a primeira vez que eu estou fazendo uma coisa desse tipo. Eu já trabalho há muito tempo, já tive vários alunos com problemas semelhantes, mas nunca tive oportunidade de discutir isso com o profissional da saúde. Essa é a primeira vez. Aliás, quando vem alguma coisa da UNESP para gente é questionário, a gente manda esse questionário para UNESP, mas nunca tive uma resposta. Você foi a primeira pessoa que me ligou, falou o nome desse aluno que eu nem lembro mais dele (...) as vezes a gente precisa fazer um relatório também, eles pedem um relatório, mas a gente faz e não tem o retorno, não tem nem troca, não sabe nem como fazer para chegar. Porque, por exemplo, se eu soubesse onde é lá na UNESP, eu iria lá "Por favor, você poderia me orientar onde funciona isso". Então é um papel que vem por escrito, a gente manda por escrito, aquilo que a gente acha do aluno, também nem sei se bate as respostas. Tem pergunta que também sei lá (...) acho que nem deveria a gente estar respondendo. A gente não tem resposta, a gente não sabe se a criança continuou ou não continuou. Eu acho que fica bem falho. Eu trabalhei em uma escola particular e, às vezes, eram discutidas com o profissional da saúde, mas saúde particular. Na verdade a mãe levava na saúde particular e a escola também era particular, na rede municipal não.

DSC F - Ocorre no sistema particular

Uma vez eu trabalhei no colégio particular, daí tinha um menino lá, que tinha essa doença. Daí veio a psicóloga, que veio uma vez na escola, deu uma palestra para gente, a gente ficou de falar com ela, mas aí o menino saiu da escola. No fim não deu em nada.

AC A* - O problema de aprendizado centrado na criança

A gente vê que o aluno está precisando de uma ajuda, as vezes psicológica, as vezes fonoaudiólogo (...) aliás uma boa parte dos alunos precisavam fazer uma terapia, né? Mas, a gente manda só esse encaminhamento, mas a maioria das vezes a gente nem tem resposta

(...). Aqui esse ano eu não encaminhei ninguém, tem até uns dois ou três que precisaria encaminhar, tem pai e está na família alcoólatra, tem outras dificuldades na família que eu vejo, que refletem aqui o problema. Quando tem um caso a gente vai lá na coordenadora e fala "aconteceu isso, isso e isso" ela fala "olha, faz assim", "olha, manda o encaminhamento", só que o encaminhamento a gente manda, tem criança que a gente não volta o encaminhamento nunca. Mesmo que a mãe vá no posto, até marcar consulta - assim a gente não consegue o diagnóstico. Então, a gente, as vezes, trabalha com ela anos aqui na escola sem saber o que ela tem. Mas todos os professores desde o primeiro ano falam "aquela criança é assim, assim e assim". Ela acaba continuando, a gente fala "essa criança tem alguma coisa", sabe assim "tem algum, talvez, transtorno" não sei, algum problema ela deva ter, porque está diferente das outras o andamento. Algumas até a diretora chegou ir à casa, não tanto de hiperatividade, mas com dificuldade mesmo em aprender e acabou que a criança era muito pobre, talvez seja falta de vitamina, no desenvolvimento acabou perdendo (...) teria que ser suprido, mas não foi (...). Então, as vezes, a gente até ajuda e fala "chegou na escola vai lá comer", "vai lá embaixo, pede um pãozinho" para ver se ajuda a dar um incentivo, mas não dá nem pra cobrar tanto dessa criança.

DSC C* - O laudo como ferramenta de inclusão da criança

Aliás, é difícil a gente conseguir diagnósticos, porque dependendo do laudo que a criança apresenta, ela pode ser colocada na Prodesc (Programa de Projetos Descentralizados) como inclusão, isso até ajuda ela no desenvolvimento escolar. Não vai ser cobrado tanto dela, vai ser cobrado de acordo com o que seria bom né? Então a gente tem relatório (exames), mas é difícil ter laudo.

6.6 Discussão - Questão 6

No discurso dos profissionais de saúde é possível perceber que, após ser realizado o diagnóstico, a devolutiva à educação ocorre, preferencialmente, via relatório; outros colocaram que o contato direto ocorre, no entanto, não no município de Botucatu, ou então, no seu consultório particular, e um colocou que só ocorre se há procura do professor.

No discurso dos professores, assim como no discurso dos profissionais de saúde, o contato ocorre por um relatório, e no sistema de saúde particular. Alguns colocaram que a troca ocorre com o contato direto por intermédio de uma psicóloga da rede municipal de Botucatu e outros afirmaram que a troca não ocorre.

No DSC D - *Sim, mas em outro município*, a orientação para o professor em sala de aula em um diagnóstico de TDAH: “(...) **Mas você tem que estar trazendo sempre ele e firme para os estudos, senão ele vai ficar aprontando na sala de aula.**”. A estratégia do discurso, de modo geral, é pouco objetiva e assertiva e muito mais dedutiva, como de fato trabalhar e ajudar essa criança. Aliás, o que seria trazer o aluno “firme” para os estudos?

Todo esse manejo construído, a fim de que atenda as necessidades da escola e não necessariamente da criança, são repassadas de forma homogênea e generalizada aos professores, sem repensar na singularidade de cada criança; indo de encontro com a descrição de Foucault (1999, p.126) do “espaço escolar como uma máquina de ensinar”.

Quanto às estratégias pedagógicas, quando questionado os profissionais de saúde, a grande maioria colocou o relatório como uma ferramenta de orientação, que explicita qual o diagnóstico de acordo com o resultado dos testes, que de modo geral, avaliam a capacidade cognitiva da criança. Cada membro da equipe multiprofissional passa a sua orientação ao professor. Neste discurso é reconhecida a limitação desse procedimento quanto à sua capacidade de orientação e troca devido à quantidade de municípios atendidos por essa equipe.

Quando os professores são questionados, eles afirmam que receberam um relatório dessa equipe com instruções, que buscam aplicar em sala de aula. No entanto, o discurso predominante é que a troca entre saúde e educação é falha, e isso é possível perceber nas seguintes ideias centrais: DSC A - *O contato ocorre por meio de um relatório*; DSC E - *A troca não ocorre* e ACA* - *O problema de aprendizado centrado na criança*.

Além disso, é possível perceber em alguns discursos dos professores a necessidade por um diagnóstico, o que se encontra bem evidente em: *AC A* - O problema de aprendizado centrado na criança* – “(...) Mesmo que a mãe vá no posto, até marcar consulta - assim a gente não consegue o diagnóstico(...)” e *DSC C* - O laudo como ferramenta de inclusão da criança* – “Aliás, é difícil a gente conseguir diagnósticos, porque dependendo do laudo que a criança apresenta, ela pode ser colocada na Prodesc como inclusão, isso até ajuda ela no desenvolvimento escolar.” O diagnóstico “acalma as angústias”. O professor quando o recebe acredita não ser o responsável sobre os problemas de aprendizagem da criança; agora existe uma causa orgânica, localizada e diagnosticada por aqueles que entendem do assunto. O diagnóstico possibilita a mudança de olhar, de uma criança que antes não prestava atenção, inquieta e atrapalhava aos outros, para uma criança que agora assume uma bioidentidade: o TDAH. A bioidentidade, discutida por Caliman (2013) são construções de um biodiagnóstico.

No biodiagnóstico se compreende que o ato de classificar produz efeitos e realidade, portanto, este é uma tecnologia subjetiva que participa da criação das realidades, e também estigmatiza, controla e classifica (CALIMAN, 2013). Além disso, ele atua na constituição de novas identidades e socialibilidades. Caliman (2013) coloca que vivemos em cidadanias biológicas, onde, muitas vezes, ter um biodiagnóstico se torna uma referência de acesso a um sistema de direitos e possibilidades – um exemplo bem claro foi o discurso acima, que por meio do laudo médico a criança acaba tendo direitos no seu meio acadêmico.

“(...) as cidadanias biológicas tomam corpo em demandas por políticas específicas para um grupo que compartilha, de acordo com o conhecimento médico ou científico, um traço biológico. Neste caso, advoga-se por uma política baseada em um direito vital. Os projetos de Lei voltados para o TDAH e a Dislexia, que tramitam no Brasil afora, são um exemplo. O argumento é que indivíduos com o TDAH ou Dislexia compartilham de um traço biopatológico comum, um traço que passa a defini-los enquanto sujeitos de direitos. É por ter ou ser TDAH que se advoga ter o direito a certas condições especiais na escola e no trabalho.” (CALIMAN, 2013)

É possível observar que o professor se tornou um mediador na produção de diagnósticos. Segundo Mesquita (2009) os professores devem colaborar, aceitando sem críticas ou questionamentos os treinamentos, as intervenções e os discursos médicos. Ao professor cabe preencher questionários, fazer relatórios, ministrar a medicação e prestar informações aos médicos sobre seu efeito na criança; além disso, devem encaminhar e ajudar as famílias a ter acesso aos serviços de saúde. Realmente, esse quadro foi observado nos discursos dos professores: *DSC A - O contato ocorre por meio de um relatório*; *DSC E - A troca não ocorre* e *AC A* - O problema de aprendizado centrado na criança*. A esses não cabe o diagnóstico, eles devem, apenas, descrever o comportamento e o rendimento do aluno, assim

como participarem de cursos de capacitação (MESQUITA, 2009), presente no discurso *DSC B - Ocorre o contato direto com o professor*.

De modo geral, os professores, assim como os profissionais de saúde, percebem que essa troca e discussão em um momento pós diagnóstico entre o sistema público de saúde e a Educação é ainda permeada por vazios, onde as justificativas são diversas: pelos profissionais de saúde foi colocado a falta de tempo; existe até uma possibilidade de contato, mas que seja por iniciativa do professor, assim como a troca via relatório que restringe uma discussão mais profunda. Alguns ainda afirmaram que essa conversa ocorre no sistema particular de saúde. Para os professores a troca ou não ocorre ou é um retorno muito demorado dos profissionais de saúde; relatam a burocracia para realizar um encaminhamento e que mesmo quando o realiza, o retorno é sempre impreciso, gerando uma frustração quanto à garantia de ter ou não um diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a proposta desse trabalho de investigar as concepções dos profissionais da Saúde e Educação, com relação ao modelo predominante em suas falas, foi possível perceber que o modelo biomédico ainda está hegemonicamente presente; a adesão a esse paradigma pode ser apreendida ao longo das questões. De acordo com o modelo biopsicossocial de Engel (1977), o indivíduo seria visto em uma perspectiva integral (incluindo os aspectos culturais, psicológicos, comportamentais e sociais, ao lado dos mecanismos biológicos no processo de adoecimento) e, portanto, não seria estigmatizado e identificado pelo rótulo de sua doença. Assim o TDAH não se tornaria o único foco, a “bioidentidade” dessa criança, pois todo o sistema (família, saúde, escola, amigos, economia, etc.) contribuiria para o aumento ou diminuição de sua capacidade de enfrentamento.

No entanto, foi possível apreender que ainda há uma tendência dominante de considerar o TDAH como tendo uma causa biológica, o que permite e fomenta o processo de medicalização, tanto pelos professores quanto pelos profissionais de saúde, transformando-se, assim, as relações profissionais na escola. Os professores, que deveriam ser responsáveis por analisar e resolver os problemas educacionais, passam a ser mediadores, encaminhando os alunos para especialistas de saúde. Com isso, há uma transferência de deveres, principalmente por descolar o eixo de preocupações do coletivo para o particular. Assim, o que deveria ser objeto de reflexão e mudança, torna-se uma questão meramente neurológica, diagnosticada e possivelmente medicada.

Reduzir esse transtorno a um déficit orgânico, além de aliviar as angústias dos professores que não conseguem controlar e fazer com que seus alunos aprendam como os demais, os quais preconcebem como normais, também possibilita uma explicação plausível e tratável aos pais por meio de um discurso médico medicalizante. Há, como uma consequência subjetiva dessa situação, uma criança que será provavelmente vítima de seus fracassos durante seu desenvolvimento na vida adulta, pois esse sistema de medicalização não oferece à criança uma capacidade de enfrentamento e um suporte real (escola, família e sistema de saúde) para lidar com suas dificuldades. Infelizmente, a criança é vista, neste contexto, como impotente, sendo esse transtorno considerado na fala dos profissionais de saúde como condição que reorienta seu destino, não restando muita coisa a se fazer, senão aceitar seu rótulo e tomar seu remédio. Será que o medicamento irá, de fato, auxiliá-la? Pode este ajudar no comportamento, mas se as crianças acreditarem que são incapazes, até justamente por

serem diagnosticada com um problema neurológico, fica difícil saírem dessa situação emocional de submissão e vitimização.

Não se trata obviamente de criticar a medicação de doenças, nem de negar as bases biológicas do comportamento humano. O que se defende é uma firme contraposição em relação às tentativas de se transformar problemas do viver em sintomas de doenças ou de se explicar a subjetividade humana pela via estrita dos aspectos orgânicos (modelo biomédico). Portanto, a consideração da esfera biológica também tem importância, isto é, é necessária, porém não suficiente, esse trabalho se insere no modelo biopsicossocial. Entretanto, por vezes, ao se questionar a construção social de doença, esse estudo também dialoga com a visão foucaultiana.

É imprescindível compreender melhor a questão da medicalização dos problemas de comportamento e aprendizagem que atingem as escolas, das dificuldades por elas enfrentadas na busca de um ideal de produção de sucesso escolar; para tanto, é necessário refletir sobre um contexto maior, os modos como o mundo e as relações sociais vem sendo percebidos, assim como quais os conhecimentos e uso sociais destes embasam e sustentam os discursos de produção e legitimação de iniquidades sociais.

Com relação aos profissionais de saúde, percebe-se que estes realizam vínculos com o sistema escolar; no entanto, não ocorre a verdadeira intersetorialidade entre essas instituições. Dificilmente haverá uma troca real, de acordo com a visão de intersetorialidade, enquanto elege-se um “culpado” pelo problema - neste caso, a criança com dificuldade de se concentrar; todo o sistema que a circunda exime-se do verdadeiro compromisso e responsabilidade em auxiliá-la. Nada muda, nada constrói, pois já estão cientificamente bem estabelecidos todos os passos e condutas que devem ser seguidos pelos educadores e ditados pelos profissionais de saúde. Já são pré-enunciadas as condutas e protocolos a serem seguidas. Há necessidade de discussões que partam de uma dúvida do que seja o transtorno, até estabelecer qual a necessidade real da criança de ser medicada. Deixando -se de questionar o conhecimento biomédico, a reflexão de possíveis novas condutas a serem administradas em prol dessa criança fica esmorecida (COLLARES, 1994). Aquilo que deveria ser o objeto de reflexão e mudança do fazer pedagógico fica estigmatizado pelo diagnóstico, o qual redimensiona o olhar do educador em avaliar aquela criança que sempre terá uma dificuldade, sempre será um problema e que, dificilmente, será vista com uma potência imanente. Martins (2007), ao falar de Spinoza, filósofo do século XVII, explica que na visão deste, todo indivíduo tem uma potência própria, que significa uma forma ou a potência de buscar a sua expansão. A fim de aumentar essa potência considera-se a participação do outro e das coisas, com os quais

ocorre uma interação e um fortalecimento em todos os sentidos (MARTINS, 2007). Tendo em vista que alguns encontros e participações irão fomentar essa potência, esses profissionais podem ir de encontro a essa potência inerente a cada criança, fortalecendo-as, ao invés de subjugar-las por meio de uma norma de conduta a ser seguida.

Assim, a intersectorialidade só se tornará possível quando primeiramente o objeto comum a esses dois setores, os escolares, forem vistos como potenciais imanes, criando oportunidades de desenvolvimento acadêmico, através de atos criativos e construtivos em resposta aos problemas locais. Posteriormente, existe a necessidade de uma articulação setorial, que vise encontrar convergências entre as concepções, os princípios e os valores para construir estratégias que considerem a diversidade de saberes da comunidade, dos professores e dos profissionais de saúde no auxílio real dessa criança (DANTAS et al., 2009).

Logo, a fim de auxiliar a criança, e não só diagnosticar e repassar as mesmas estratégias em salas de aula para aqueles com TDAH, seria importante um trabalho em um espaço entre-disciplinas, a partir do qual definam as manobras pedagógicas em função das necessidades de cada criança, de seus pais e dos recursos escolares e sociais com os quais se conta. Mais que diagnosticar, seria assistir o sujeito que padece. Não se trata de negar dificuldades, mas estas não podem ser, simplesmente, resolvidas por meio de uma somatória de profissionais – dada a importância destes na construção de uma abordagem em rede, nos quais cada um, ainda que mantendo sua especificidade, busque um objetivo comum: o acolhimento do sofrimento das crianças, e que partindo deste ponto possam colaborar na construção dessa subjetividade que se encontra desatada:

A proposta é a de entender a criança e suas relações e não entender a hiperatividade em si, já que esta, enquanto um comportamento seria apenas uma expressão destas relações. O processo de conhecimento da criança e do modo como ela lida com seu mundo e com suas relações propicia aos pais e aos profissionais envolvidos informações e descobertas sobre a problemática da criança, possibilitando perspectivas de intervenção. Neste sentido, o conhecimento e a “terapêutica” são simultâneos. A relação entre o médico, ou outros profissionais, com a criança e com a família constitui-se na base da abordagem. Geralmente estas crianças estigmatizadas como “crianças problemas” são convencidas da sua “natureza errada”, sem perspectivas de melhora, o que reforça o comportamento agressivo e o mau rendimento (SUCUPIRA, 1985, p.30).

Para tanto é importante uma nova postura, uma nova perspectiva para essas crianças. É necessário partir da própria realidade de onde vivem as crianças para construir pontes e vínculos, somados a um trabalho em conjunto tanto do sistema educacional quanto da saúde.

Mas não é só isso. É essencial resgatar a visão da criança como ser social que esta é, considerando sua história, sua classe social e suas relações segundo o seu contexto e sua origem.

Gostaria de finalizar com uma fala que me tocou no *III Seminário Internacional Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças*, em 2013, na palestra da Profa. Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés, retomada no livro *A Era dos Transtornos*:

Uma época em que as pessoas são despossuídas de si mesmas e capturadas-submetidas na teia de diagnósticos-rótulo-etiquetas, antigos e novos, cosmeticamente rejuvenescidos ou reinventados.

Menino Maluquinho não existe mais, está rotulado e recebendo psicotrópicos para TDAH; Mafalda está tratada e seu Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) foi silenciado; Xaveco não vive mais nas nuvens, aterrisou desde que seu Déficit de Atenção foi identificado; Emília, tão verborrágica e impulsiva, está calada e quimicamente contida; Cebolinha está em treinamento na mesma cabine e nas mesmas tarefas usadas para rotulá-lo como portador de Distúrbio de Processamento Auditivo Central (DPAC) e assim está em tratamento profilático da dislexia que terá com certeza quando ingressar na escola; Cascão é objeto de grandes debates no comitê que está elaborando o DSM V, com divergências se ele sofreria TOCS (transtorno obsessivo compulsivo por sujeira) ou de TFH (transtorno de fobia hídrica), mas tudo indica que chegarão a um acordo e os dois novos transtornos recém inventados serão lançados no mercado, pois quanto mais transtorno melhor. (MOYSÉS e COLLARES, 2013)

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. J. D. Apresentação. **Caderno CEDES**, p. 3-5, nov 1986.
- BARKLEY, R.A; FISCHER, M.; SMALLISH, L.; FLETCHER, K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. **J Abnorm Psychol** , v.111, n.2, p.279-89, 2002.
- BIDARRA, Zelimar Soares. **Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n 99, p. 483-497, 2009.
- BRONZO, C. Intersectorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza. In: Concurso Del CLAD sobre Reforma Del Estado y Modernización de La Administracion Pública, 20., 2007. **Cómo enfrentar lós desafios de La transversalidad y de La intersectorialidad em La gestión pública?** Caracas.
- BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-961, 2012.
- CALIMAN, L.V. A constituição sócio-médica do “fato-TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n.1, p. 135-144, 2009.
- CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de letras, 2013. p. 109 -131.
- CAMPOS, W.G; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p.745-749, 2004.
- CARVALHO, M. D. B. **Professores das Séries Iniciais de 1o. Grau: Concepções de Saúde e Educação**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, 1992.
- COELHO, L. et al. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. **Acta Med Port**, v. 4, n. 23, p. 689 - 696, 2010.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Educação ou Saúde? Educação x Saúde ? Educação e Saúde ! **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 7-16, nov 1986.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Educação, saúde e formação da cidadania na escola. **Educação e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 32, p. 73-87, 1989.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. O Renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho na escola. **Caderno CEDES**, Campinas, p. 31-48, 1992.
- COLLARES, C.A.L. **O cotidiano escolar patologizado**. Espaço de Preconceitos e Práticas Cristalizadas. Tese (livre - docência) – Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, 1994.
- COLLARES, C. A.L.; MOYSÉS, M. A. A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). **Série Ideias**, São Paulo, 23, p. 25-31, 1994.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Construindo o sucesso na escola uma experiência de formação continuada com professores da rede pública. **Caderno CEDES**, Campinas, p. 95-111, 1995.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, p.250, 1996.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p.71 – 109.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J.W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness: with a new afterword by the authors**. Philapelpia: Temple University Press, 1992.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of Human Condition into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DANNER, F. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, São João Del Rei, p. 147 - 157, 2010.

DANTAS, V.L.A et al. Integração das Políticas de Saúde e Educação. In: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Saúde e Educação: uma relação necessária e possível**. Secretária de Educação a Distância, p. 10 – 22, 2009.

DRESHER, J. Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History. **Arch Sex Behav**, 2009.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=38>. Acesso em: 21 dez 2013

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e psicologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p. 121 -141, 2010.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v.196, p.129–136, 1977.

FLEITLICH-BILIK, B.W. The prevalence of psychiatric disorders in 7–14 year olds in the South East of Brazil. **Institute of Psychiatry**, PhD thesis, London, 2002.

FONTANA, R. D. S. et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 134-137, 2007.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 20. ed. Petropolis: Vozes, 1999.

GOODMAN R. et al. (2005). The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.40, n.1, p. 11-7, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOLFETO, J. H; BARBOSA, G. Epidemiologia. In: ROHDE, L. A, M. et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela**

redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 27 – 39.

GUERREIRO, M. M. et al. Distúrbio do Déficit de Atenção: tratamento com metilfenidato. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 54, n. 1, p. 25 - 29, 1996.

IRIART, C.; IGLESIAS-RÍOS, L. Biomedicalización e infancia: transtorno de déficit de atención e hiperactividad. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1011-23, out/dez 2012.

IRIART, C.; INGLESIA-RÍOS, L. La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. 1. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p. 21-40.

KUPFER, D. J. et al. American Psychiatric Association DSM-5 Development. **American Psychiatric Association DSM-5 Development**, 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 12 novembro 2013.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Problemas de Saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica**. São Paulo: Annablume, 2005, p. 140.

LEARN. Genetics. **Learn Genetics**. Disponível em: <<http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/issues/ritalin.html>>. Acesso em: 6 janeiro 2013.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M. **O discurso do sujeito coletivo**. Caxias do Sul: EDUCS, 2005

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M. **Depoimentos e Discursos**. Brasília-DF, 2005.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. Assis: Unesp, 2009.

MALUF, M. R. e BARDELLI, C. As Causas do Fracasso Escolar na Perspectiva de Professoras e Alunos de uma Escola de Primeiro Grau. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 263-271, 1991.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, v.1, p.63-182. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf>. Acesso em: 17 maio 2014.

MARTINS, A. O biopoder e a medicalização da vida: novas reflexões. In: **Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

MARTINS, A. L. B. BIOPSIQUIATRIA E BIOIDENTIDADE: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, Campinas, v. 3, n. 20, p. 331-339, 2008.

MESQUITA, R.C. **A implicação do educador diante do TDAH: Repetição do discurso médico ou construção educacional?** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

MICARONO, N.I.R.; CRENITTE, P.A.P.; CIASCA, S.M. A prática docente frente à desatenção dos alunos do ensino fundamental. **Rev. CEFAC**, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec- Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONERRAT, G. L e SOUZA, R.G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, v. 12, n. 26, p. 200-220, 2009.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A História não contada dos distúrbios de aprendizagem. **CEDES 28**, Campinas, n. 1, p. 31 - 47, 1992.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Medicalização: elemento de desconstrução de direitos. In: **Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Medicalização: o obscurantismo reiventado. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. 1. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p. 41 - 64.

OLIVEIRA, I. B. D. O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. **Novas Capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, v. 1, 2013. p. 79-92.

PANSSINI, A.L.L. **A Intersectorialidade entre Saúde e Assistência Social no município de Vitória/ ES**. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

PATTO, M. H. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

POLANCZYK, G.V. **Estudos de prevalência do transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

REIS, M.G.F.; CAMARGO, D.M.P. Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v.12, n.1, p.89-100, Jan/Jun, 2008.

SENO, M.P. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? . **Rev. Psicopedagogia**, v.27, n.84, p.334-43, 2010.

ROHDE L.A. et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.38, n. 6, p. 716–22, 1999.

SOCIETY FOR HUMANISTIC PSYCHOLOGY. Open Letter to the DSM-5. **Ipetitions**, 2013. Disponível em: <<http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>>. Acesso em: 12 novembro 2013.

SPAZZIANI, M. L. A saúde na escola: da medicalização à perspectiva da psicologia histórico-cultural. **Educação Temática Digital**, v.3, n.1, p.41-62, 2001.

STROHL, M. P. Bradley's Benzedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 84, n. 1, p. 27-33, Mar, 2011.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Hiperatividade: doença ou rótulo? **Cadernos CEDES**, Campinas, p. 30 -43, 1985.

SUCUPIRA, A. C. S. L. **Pediatria em Consultório**. [S.l.]: Savier, 2010.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNTOIGLICH, G. Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: que lugar para o sofrimentopsíquico na infância? In: COLLARES, C. A. L.; MOYÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, p. 119-131, 2013.

VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 67-73, 2003.

APÊNDICE A

Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transt. (TDAH)

DÉFICIT DE ATENÇÃO e HIPERATIVIDADE - DSM.IV

Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais freqüente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B).

Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). O trabalho freqüentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com freqüência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b). Eles freqüentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c).

Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles freqüentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d). O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções).

Esses indivíduos com freqüência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e). As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos) (Critério A1f). Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer.

Os hábitos de trabalho freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g). Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h). Eles freqüentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i).

Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por freqüentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por freqüentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f). A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por estarem constantemente inquietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma história).

As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor freqüência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com freqüência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com freqüência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranqüilas.

Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranqüilas e sedentárias.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i).

Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas.

A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades

potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis consequências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C). É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um [79]comportamento apropriado.

Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

Subtipos

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com freqüência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

Procedimentos de Registro

Os indivíduos que em um estágio anterior do transtorno tinham o Tipo Predominantemente Desatento ou o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo podem vir a desenvolver o Tipo Combinado, e vice-versa. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses.

Caso persistam sintomas clinicamente significativos mas os critérios não mais sejam

satisfeitos para qualquer dos subtipos, o diagnóstico apropriado é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Quando os sintomas de um indivíduo não satisfazem, atualmente, todos os critérios para o transtorno e não está claro se eles alguma vez foram satisfeitos, deve-se diagnosticar Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação.

Características e Transtornos Associados

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e freqüente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima.

As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante freqüentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição.

Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar.

Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta. É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

O transtorno não é infreqüente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade freqüentemente precede o início do Transtorno de Tourette. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in útero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental.

Achados laboratoriais associados

Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Não existem aspectos físicos específicos associados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo,

palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica.

É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras).

Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo.

Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos).

O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

Prevalência

A prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

Curso

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, freqüentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à

escola está comprometido.

Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Este diagnóstico aplica-se aos indivíduos que não mais têm o transtorno com todos os seus aspectos característicos, mas ainda retêm alguns sintomas que causam prejuízo funcional.

Padrão Familiar

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Anti-Social nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Diagnóstico Diferencial

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo).

Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Em crianças com Retardo Mental, um diagnóstico adicional de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de auto-regulagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.[82]

Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, frequentemente como uma racionalização para seu fracasso.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo.

Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico.

Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, Sem Outra Especificação.

Crítérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais

se espera que permaneça sentado

(c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

(d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

(e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"

(f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

(g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

(h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez

(i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo

Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo

Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Disponível em: URL: http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=38
[Acesso em 21 dez 2013]

APÊNDICE B

Questionário para os Professores

- 1- O que você entende por doença?
- 2- O que você entende por Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDA/H)?
- 3- Você considera o Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) uma doença? Por quê?
- 4- O que pode levar uma criança ter TDAH? Quais as causas que você acredita?
- 5- Você foi capacitado para identificar crianças com algum distúrbio de aprendizagem e assim encaminhá-las para um serviço de saúde? Como ocorre?
- 6- Você recebe (ou discute orientações pedagógicas) dos serviços de saúde para lidar com crianças diagnosticadas com esse problema de aprendizagem? Como ocorre?

Questionário para os Profissionais da saúde

- 1- O que você entende por doença?
- 2- O que você entende por TDAH?
- 3- Você considera o TDAH como doença?
- 4- O que pode levar uma criança ter TDAH? Quais as causas?
- 5- Você forneceu capacitação para os professores identificarem crianças com algum distúrbio de aprendizagem e assim encaminhá-las para um serviço de saúde? Como ocorre?
- 6- Você fornece (ou discute orientações pedagógicas) com os professores para que esses possam lidar com crianças diagnosticadas com esse problema de aprendizagem? Como ocorre?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu convido você como professor ou profissional da saúde que atua com as crianças a participar dessa pesquisa, cujo o tema é “O Conceito de TDA/H e sua Abordagem na Saúde Coletiva: concepções e práticas”. Nesta pesquisa será realizada uma entrevista com algumas questões abertas, cujo enfoque principal é compreender qual o seu entendimento sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade.

O objetivo dessa pesquisa é entender qual é o seu conceito sobre o TDA/H, que atualmente apresenta-se em muitas crianças, além disso, como é a interação entre o professor e o profissional de saúde sobre essa questão. Nessa pesquisa estarão sendo abordados tanto os professores da rede pública que encaminham os seus alunos ao atendimento médico mediante a dificuldade de aprendizagem ou com um comportamento mais hiperativo, como também os profissionais de saúde que atendem essas crianças. A entrevista para esse trabalho é a melhor ferramenta que utilizarei para analisar os pensamentos dos profissionais que atuam com essas crianças, ou seja, dos professores e dos profissionais de saúde, portanto, como um possível desconforto a você eu necessito fazer algumas perguntas.

Logo, ao aceitar esse convite você participará de uma entrevista gravada por um aparelho de áudio, onde suas respostas serão analisadas e poderão ser expostas em um artigo científico quando for publicado em revistas científicas e/ou site de Internet científico. A duração da entrevista dura em média uns 15 minutos e todo material de áudio depois de analisado será arquivado pela pesquisadora Lujani Ap. Camilo. Dado que esta pesquisa também irá garantir sigilo e privacidade desses dados coletados, ou seja, será preservado o seu anonimato, o seu nome não estará presente neste artigo científico, apenas a análise das suas respostas.

Você tem também a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento para responder as perguntas da entrevista ou permitir que sua opinião não seja fornecida nesta publicação científica, após responder o mesmo sem nenhuma e qualquer penalização por esta postura.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Este documento após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) será elaborado em 2 vias, sendo 1 entregue ao sujeito da pesquisa e o outro será mantido em arquivo pelo pesquisador.

Paciente	Pesquisador
Pesquisadora: Lujani Aparecida Camilo	Orientador: Alfredo Pereira Jr.
Rua Dr. José Adriano Marrey Júnior, 68	Rua: Distrito de Rubião JúniorS/N
Botucatu – SP	Depto de Educação -UNESP
Telefone: (14) 8181-4505	Telefone: (14) 3880-0175
Email: lujanipc@gmail.com	Email: apj@ibb.unesp.br