



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**REGINA CÉLIA DOS SANTOS**

**Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e  
Medicalização na infância: Uma análise crítica das significações de  
trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sueli Terezinha Ferrero Martin

**Botucatu**

**2017**

Regina Célia dos Santos

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e  
Medicalização na infância: Uma análise crítica das  
significações de trabalhadores da educação e da atenção  
básica em saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Saúde Mental.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Santos, Regina Célia dos.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e medicalização na infância : uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde / Regina Célia dos Santos. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu  
Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin  
Capes: 40600009

1. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade.
2. Saúde pública. 3. Medicalização. 4. Psicologia social.
5. Infância. 6. Atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Infância; Medicalização; Psicologia Histórico-Cultural; Saúde coletiva; Educação; TDAH.

## Dedicatória

Para Erick, João, Maria Clara, Miguel e Naiobi, sobrinhos amados, por deixar de brincar com vocês em função da dedicação a essa pesquisa nas férias, finais de semana e feriados.

Para minha mãe que não conseguiu realizar seu sonho de fazer faculdade.

## Agradecimentos

Não serei o poeta de um mundo caduco.  
Também não cantarei o mundo futuro.  
Estou preso à vida e olhos meus companheiros.  
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.  
Entre eles, considero a enorme realidade.  
O presente é tão grande, não nos afastamos.  
Não nos afastamos muito, vamos de mãos dadas.  
(Mãos dadas, Carlos Drummond de Andrade)

São muitas as contribuições das pessoas para realizar uma pesquisa de mestrado. Umas mais relacionadas ao estudo, outras que nos fornecem amparo emocional, algumas têm os dois aspectos. Pessoas são imprescindíveis e o poema faz alusão a esse princípio de coletividade para nosso desenvolvimento.

Aos colegas servidores do Centro de Convivência Infantil (CCI) “Pertinho da Mamãe”, da UNESP, por compreenderem meu afastamento para realizar as atividades do mestrado. De modo especial, à Inês, pelo aconselhamento em situações difíceis, e também à Elaine, Juliana e Marcia, por rirmos juntas quando estávamos cansadas ao final de mais um dia de trabalho. À Carol, pela alegria contagiante e por ter estendido a mão quando eu mais sofria em outro ambiente de trabalho.

À Lilian, Jéssica Rosa, Paula, Murici, amigas de perto, por nos fortalecermos juntas e pela construção da mulher que cada uma quer ser.

À Suzana Marcolino, pela amizade e por provocar em mim o interesse pela Psicologia Histórico-Cultural.

À Carol Takeda, Priscila, Simone Cecília, Carol Ladeira, Mafê, Renato, Durvalino e Adriana, pela amizade sincera, um santo remédio.

Aos meus irmãos Ana, Júlio e Luiz por compartilharem tantas coisas boas da vida. Especialmente, ao mano Paulo Cesar, por me incentivar no ingresso no mestrado e por

compartilhar comigo as correntes crítica da educação e da história. À Sheila, Juliane e Ivonete. Também à Zenaide, pelas trocas carinhosas sobre nosso trabalho de ser professora. E ao Janio, por ler o texto e incentivar minha escrita.

À minha mãe, dona Safira, por nos ensinar que o trabalho era um meio de sustento e de sobrevivência em uma sociedade desigual. Para nos dar condições dignas de vida realizou muitas atividades, cortando cana, varrendo rua, fazendo pão para vendermos, cozinhando e limpando o chão de muitos patrões, mas jamais deixou que abandonássemos a escola, pois o estudo, segundo ela, era algo bom e um meio de superar as duras condições impostas a nós, que ainda tão pequenos tivemos que trabalhar para ter moradia e alimentação.

Ao Daniel, que chegou recentemente me dando carinho e fazendo comidas saborosas enquanto eu escrevia esta dissertação.

À Mariana Nastri, Miriam Malacize, Sonia Fiorentini, Charles e Rachel, que me ajudaram em uma fase importante e de planejamento para ingresso no mestrado.

Ao Danilo Tebaldi, a quem sou imensamente grata pelo trabalho que tem feito comigo.

Aos amigos do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva: Andressa, Caio, Carol, Camila, Juliana Pizano, Jéssica Rosa, Renata Moraes, Melissa, Vitor, Juliana Cunha, Patrícia, Renata Lacerda e Nicelle pelas ricas contribuições de estudo para o meu projeto de pesquisa. Neste grupo sempre estive confortável para perguntar, debater e aprender junto.

À professora Dionísia, pelo empréstimo de livros, pela amizade e pelo apoio psíquico aos trabalhadores que sofrem assédio moral no trabalho.

Às professoras Juliana Pasqualini e Marilene Proença, que, por meio dos apontamentos na banca de qualificação, me fizeram avançar na pesquisa. Agradeço, sobretudo, pelo comprometimento, pois diante do contexto neoliberal de enxugamento dos recursos públicos na educação, inclusive para deslocamento, se fizeram presentes na qualificação e na defesa, possibilitando reflexões para o aprimoramento deste estudo.

À Juliana Caldas pela revisão do texto.

Aos

trabalhadores da UNESP, em suas diferentes atividades e locais de trabalho: da biblioteca; da pós-graduação; da central de aulas; os docentes, que me possibilitaram os meios para que realizasse este mestrado e esta pesquisa.

Aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde e das escolas públicas que se dispuseram a participar da pesquisa, fornecendo dados e os relatos das entrevistas. Em alguns locais fui muito bem recebida e percebi que fizeram esforços para que meu trabalho pudesse ser realizado. Sou muito grata!

À orientadora Sueli Terezinha pelo modo como nos orienta em nossas pesquisas, pelo respeito com nossos processos, sendo paciente e dedicada a cada dificuldade que encontramos no percurso da pesquisa. Sou grata pelo que aprendi e pela sua escolha comprometida e afetiva de ensinar.

“19 de Novembro de 1957

Querido Senhor Germain:

Deixei que passasse um pouco o movimento que me envolveu todos esses dias antes de vir-lhe falar de coração aberto. Acaba de me ser feita uma grande honra que não busquei, nem solicitei. Mas, quando eu soube da novidade, meu primeiro pensamento, depois de minha mãe, foi para você. Sem você, sem essa mão afetuosa que você estendeu ao menino pobre que eu era, sem seu ensino, sem seu exemplo, nada disso teria acontecido. Eu não faço questão dessa espécie de honra. Mas essa é ao menos uma ocasião para dizer-lhe o que você foi e é sempre para mim, e para assegurar-lhe que os seus esforços, o seu trabalho e o coração generoso que você coloca em tudo que faz, sempre de maneira viva com relação a um de seus pequenos discípulos que, não obstante a idade, não cessou jamais de ser seu aluno.

Um abraço com todas as minhas forças.

Albert Camus”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Carta de Albert Camus ao seu professor de escola primária após ser nomeado vencedor do prémio nobel de literatura em 1957.

## Resumo

SANTOS, R.C. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e medicalização na infância:** uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde. 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

Em nosso estudo discutimos a Medicalização na infância, compreendida como um processo que tem transformado questões que são de origem histórico-sociais em questões meramente biológicas. Devido a relação com a indústria farmacêutica e o campo biomédico propaga-se diferentes transtornos, ocultando expressões de sofrimentos e dificuldades do andar a vida geradas pelas condições de vida na sociedade capitalista.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) encontra-se entre eles, que, de acordo com a literatura biomédica trata-se de transtorno mais comum na infância, atribuindo causa genética em que localizam no cérebro a origem de comportamentos hiperativos e de desatenção.

Apesar de essa concepção biomédica ser hegemônica, há estudos apresentando um quadro de evolução dos encaminhamentos das escolas de crianças para as unidades de saúde. Esses estudos criticam o crescimento do diagnóstico desse transtorno na infância e apontam que tal fenômeno tem estreita relação com a concepção biomédica e a indústria farmacêutica, cuja relação se constitui na propagação de medicamentos e a construção do diagnóstico, resultando na medicalização da infância.

Em nosso estudo compreendemos o fenômeno TDAH como um processo saúde-doença, questionando, portanto, a concepção que subjaz o determinismo biológico do transtorno. A relação biológico-social é definida como unidade indissociável no desenvolvimento, conforme os postulados da Psicologia Histórico-Cultural adotados em nossa pesquisa. Portanto, a atenção e o comportamento humano são desenvolvidos pela unidade biológico-social, ou seja, a visão biologicista é desmontada.

Nosso objetivo foi analisar, a partir das falas dos trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde, as significações sobre o diagnóstico e o tratamento em crianças com suposto TDAH. E deste modo compreender como estes profissionais explicam as determinações desse transtorno e suas expressões na escola e na saúde que tem levado à medicalização da infância. Realizamos a pesquisa em duas unidades básicas de saúde (UBS) e três escolas públicas, envolvendo desde a educação infantil, ao ensino fundamental I e II. Na primeira etapa da pesquisa foi aplicado questionário, realizada observação participante e registro dos dados e informações dos locais de pesquisa, bem como conversas com os participantes em diário de campo. Na segunda etapa, realizamos entrevistas semiestruturadas com três trabalhadores da área da educação e quatro da área da saúde para a construção dos núcleos de significação, que se constituem nesse trabalho como proposta metodológica de análise. Os núcleos de significação dos trabalhadores da educação foram delimitados em: a) *Bagunceiras e desatentas que não aprendem, supostamente crianças portadoras do TDAH;* b) *Ensino: entre o gostar e a angústia no trabalho;* c) *A natureza do trabalho pedagógico atravessada pelo campo biomédico;* d) *Quando a dificuldade da aprendizagem não é normal.* E dos trabalhadores da área da saúde emergiram os seguintes núcleos: a) *TDAH caracterizando o comportamento da criança como desvios de aprendizagem;* b) *Do pré-diagnóstico ao diagnóstico;* c) *De hiperativas e olhar “sem foco” ao tratamento medicamentoso;* d) *A criança que não se comporta, que não se educa.*

A análise das significações indica que o discurso biomédico adentrou o espaço escolar para explicar as causas da dificuldade escolar e que 1) apesar dos profissionais da educação afirmarem o interesse pela atividade de ensinar, há um indicativo de que as condições e intensificação do trabalho têm facilitado para que esse discurso seja instituído; 2) A explicação biológica foi verificada como preponderante quando analisamos as expressões do TDAH na escola e na saúde em que se atribui aos comportamentos agitado, hiperativo e desatento como uma falha no cérebro, desconsiderando as relações de mediação do ato educativo. Isto é, crianças que deveriam ser educadas estão sendo medicalizadas. 3) Apesar desse discurso ser preponderante foi aferido socialmente que na educação esse entendimento do TDAH é vago e permeado de dúvidas e na saúde não há consenso quanto ao diagnóstico; há uma exclusividade do diagnóstico médico, desconsiderando outros saberes e práticas no tratamento como os da psicologia e da fonoaudiologia. Concluimos, a partir dessa pesquisa, que há uma tarefa a ser realizada em torno do ato de ensinar e que requer compreender e superar as explicações biológicas sobre o desenvolvimento e aprendizagem, concebendo, assim, que atenção e comportamento regulado se desenvolvem por mediações sociais e não como um fenômeno biologicamente determinado.

**Palavras-chaves:** Saúde Coletiva, Educação, Infância, Medicalização, TDAH, Psicologia Histórico-Cultural.

## Abstract

SANTOS, R.C. **Attencion Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and medicalization in childhood: a critical analysis of meanings from education and primary health care workers** 2017. 150 f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

In our study, we discuss the Medicalization of childhood, understood as a process that has been transforming questions that are historical-social in origin into merely biological questions. Due to the connection with the pharmaceutical industry and the biomedical field, different disorders are disseminated, concealing expressions of suffering and difficulties of going through life created by life conditions in capitalist society.

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is among them, and is, according to the biomedical literature, more common throughout childhood, attributing a genetic cause in which the brain is reputed to be the origin of hiperactivity and inattention behavior. Even though this biomedical conception is hegemonic, there are studies showing the evolution of referrals from children schools to health units. These studies criticize the raise of diagnosis of this disorder during childhood, and point out that this phenomenon has a close link with the biomedical conception and the pharmaceutical industry, a relationship based on medication propagation and construction of diagnosis, resulting in the medicalization of childhood. In our study, we consider the ADHD phenomenon a health-illness process, questioning, thus, the subjacent conception of the disorder's biological determinism. According to the cultural-historical psychology postulates adopted in our research, the biological-social relationship is defined as an inseparable unity in the development process, therefore, the attention and the human behavior are developed by the biological-social unity, in other words, the biologicistic framework is dismantled. Our objective was to analyze the meanings about diagnosis and treatment in children allegedly bearer of ADHD, starting with the speeches of education workers and primary health care workers. And this way we aim to understand how these workers explain the determinations of this disorder and its expressions in the education and health fields that have been leading to the medicalization of the childhood. We conducted the research in two basic health units (BHU) and three public schools, from elementary school to secondary education. On the first phase of the research, a questionnaire was applied, participant observation was conducted, and collection of data, informations about the local of research and conversations with the participants, registered in a field journal, was performed. On the second phase, we conducted semi-structured interviews with three workers from the education sector and four workers from the health sector for the construction of the nuclei of meanings, which constitutes the methodological proposition of analysis of this research. The nuclei of meanings from education workers were delimited as: *a) Rowdy and inattentive children that don't learn, children allegedly bearer of ADHD; b) Education: between work's liking and distress; c) The nature of pedagogical work traversed by the biomedical field; d) When the learning disability is not normal.* And from the workers from the health sector emerged the following nuclei: *a) ADHD characterizing children's behavior as learning deviations; b) From pre-diagnosis to diagnosis; c) From hyperactive and “unfocused” gaze to pharmacological treatment; d) The misbehaved child, that doesn't learn.* The analysis of meanings indicates that the biomedical discourse penetrated the school space in order to explain the causes of learning difficulties and that 1) even though the education workers affirm their interest in the educational activity, there is an indicative that the conditions and intensification of work have been facilitating the institution of this discourse; 2) when the

ADHD expressions in the education and health sectors were analyzed, the biological explanation was verified as preponderant, which attributes agitated, hyperactive and inattentive behavior to a brain flaw, disregarding the mediation relations of the act of educating. In other words, children that should be being educated are being medicalized. 3) Even though this discourse is preponderant, it was socially verified that in the education field this understanding of ADHD is vague and riddled with doubts, and in the health field there is no consensus about the diagnosis; they reveal that there is exclusivity of medical diagnosis, disregarding other fields and practices of knowledge on the treatment, like those of psychology and phonoaudiology.

With this research, we conclude that there is a task to be performed regarding the act of educating and that it requires the understanding and overcoming of biological explanations of the development and learning processes, conceiving, thus, that attention and regulated behavior evolve through social mediation and not as a biologically determined phenomenon.

**Keywords:** Collective Health, Education, Childhood, Medicalization, ADHD, Cultural-historical Psychology.

## Listas de abreviaturas e siglas

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Americana de Psiquiatria
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRATS	Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologia em Saúde
CCI	Centro de Convivência Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPFL	Companhia Paulista de Força e Luz
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DPEE	Diretoria de Educação Especial
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMEFEI	Escola Municipal de Ensino Fundamental e Educação Infantil
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HTPC	Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSE	Programa Saúde na Escola
QI	Quociente de Inteligência
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SECADI	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtorno de Aprendizagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TO	Terapia Ocupacional
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## **Lista de quadros**

Quadro 1 – Caracterização das unidades escolares e de saúde quanto a quantidade e tipo de atendimento.....	78
Quadro 2 – Dados de caracterização dos trabalhadores.....	81
Quadro 3 - Caracterização dos participantes das entrevistas.....	90

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. DA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA À MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA .....	18
2. TDAH: UM FENÔMENO BIOLÓGICO OU HISTÓRICO – SOCIAL? .....	39
3. O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO E DA REGULAÇÃO DA CONDUTA, SUPERANDO O DETERMINISMO BIOLÓGICO.....	48
4. OBJETIVOS .....	64
5. MÉTODO .....	65
5.1 Local da pesquisa .....	67
5.2 Participantes .....	67
5.3 Procedimentos do trabalho em campo .....	69
5.4 Análise dos resultados.....	71
5.5 Aspectos éticos.....	76
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	78
6.1 Contextualização dos locais de pesquisa.....	78
6.2 Sistematização dos dados da primeira etapa da pesquisa.....	80
6.2.1 Trabalhadores das escolas.....	81
6.2.2 Trabalhadores das Unidades de Saúde .....	86
6.3 Análise das entrevistas .....	89
6.3.1 Caracterização dos participantes.....	90
6.3.2 Núcleos de significação – Trabalhadores da área da educação .....	93
I Bagunceiras e desatentas que não aprendem, supostamente crianças portadoras do TDAH .....	93
II Ensino: entre o gostar e a angústia no trabalho.....	97
III A natureza do trabalho pedagógico atravessada pelo campo biomédico .....	102
IV Quando a dificuldade da aprendizagem não é normal.....	105
6.3.3 Núcleos de significação dos trabalhadores da saúde .....	110
I TDAH caracterizando o comportamento da criança como desvios de aprendizagem.....	111
II Do pré-diagnóstico ao diagnóstico.....	115
III De hiperativas e olhar “sem foco” ao tratamento medicamentoso .....	121
IV A criança que não se comporta, que não se educa .....	123

6.4 Diferenças e semelhanças das significações sobre TDAH entre os trabalhadores da saúde e educação .....	128
7. CONCLUSÃO: PELA DEFESA DO ATO DE ENSINAR .....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	135
APÊNDICES .....	142

## APRESENTAÇÃO

Durante o trabalho de professora de educação infantil comecei a presenciar situações nas quais colegas da profissão ao relatar comportamentos das crianças caracterizando as mesmas como sendo agitadas e desatentas, afirmando “essa criança não é normal” e em algumas crianças supondo, inclusive, ocorrer o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Tal classificação era realizada e justificada por esses profissionais sem nenhum embasamento teórico e científico. Notei que tal procedimento inadequado produzia consequências danosas à criança, já que a mesma passava a ser vista no espaço com dificuldades de aprendizagem que pouco haveria de ser feito, em função desses comportamentos e pela suposição de possíveis doenças, uma certa anormalidade da criança.

Ao participar de encontros com outros profissionais da área educacional ouvi relatos de educadores atuando em diferentes níveis de que havia para seus colegas de trabalho uma crença de que o uso de medicamentos contribuía no processo de aprendizagem, sendo encarado como algo positivo. Nesses encontros esses mesmos professores revelavam incomodar-se com essa tendência de rotular as crianças inquietas e com dificuldade de aprender em “doentes”.

Esses relatos começaram a se tornar mais comuns entre meus colegas de trabalho sobre a agitação e outros comportamentos como sendo não normal, uma patologia, portanto pouco a ser compreendido a partir de reflexões pedagógicas.

É a partir dessas questões e contexto do trabalho que senti necessidade de estudar sobre isso, pois me incomodava a necessidade de rotular a criança pequena mais agitada em não normal, bem como a ideia de “averiguação médica” ou suposições de transtornos.

Portanto meu projeto de pesquisa e o meu ingresso no mestrado em saúde coletiva surgiram desse contexto no qual o discurso médico vinha adentrando o espaço escolar como inquestionável, silenciando o acúmulo teórico-prático de compreensão da criança e seu processo de aprendizagem a partir das mediações.

Nesse quadro de medicalização, conseqüentemente do crescimento do diagnóstico e uso de metilfenidato, comercialmente chamado de Ritalina® ou Concerta®, para tratamento do TDAH na população infantil, evidenciava um quadro de necessidade de estudo para mim. Queria entender como se produzia os encaminhamentos para averiguação médica da existência do transtorno na criança.

No início surgiram algumas questões, quando ainda não havia um projeto formulado, tais como: Como não querer comportamentos infantis hiperativos se a sociedade em que está inserida se configura por aceleração do tempo e ritmo de trabalho, impondo cada vez mais exigências de produtividade? Por que é tão intolerável a criança inquieta e ou desatenta na escola? Por que as dificuldades relacionadas ao comportamento de indisciplina e falta de atenção nas atividades, classificados em comportamentos agitados e desatentos, passaram a ser patologias e passíveis de tratamento medicamentoso?

Não havia possibilidade dessas questões serem refletidas com os demais colegas de trabalho, porque nos períodos destinados a refletir e realizar o planejamento da educação infantil havia outros assuntos que exigiam encaminhamentos prioritários. Os limites de discussão sobre esse assunto entre os demais professores estavam dados pela concepção de ensino punitiva e classificatória das crianças.

No ano de 2013 quando fiz a disciplina de Saúde Pública e Saúde Mental, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no intuito de entender o contexto de crescimento dos transtornos e medicalização da vida, realizei leituras para organizar projeto de pesquisa. Nesse ano tinha uma aluna de cinco anos que era classificada como “desatenta”, “agitada”, “não normal”. Essa criança, aos olhos de alguns profissionais estava limitada a fracassar na vida escolar. Essa imposição às possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento dessa criança foi combustão para que eu me dedicasse ao ingresso no mestrado, e especialmente oferecer a ela o melhor de mim como professora.

Nesse sentido quero destacar que a necessidade de pesquisar surgiu da relação com o trabalho de ensinar de tal modo que o ingresso no mestrado se tornou uma rica possibilidade de estudo e inestimável aprendizado para compreender o fenômeno do TDAH e o processo de medicalização da educação junto com meus colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva.

Nesse estudo busquei conhecer como os trabalhadores da educação encaminham crianças com suposto TDAH e como os trabalhadores da saúde realizam o diagnóstico do transtorno. O objetivo da pesquisa foi analisar, a partir de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde, as significações sobre o diagnóstico e o tratamento em crianças supostamente com TDAH, tendo em vista compreender como estes profissionais explicam as determinações desse transtorno e suas expressões na escola e na saúde que podem levar à medicalização da infância. Para tanto organizamos a coleta de dados em duas etapas de

pesquisa e interpretação teórica dos dados, tendo como método de análise a Psicologia Histórico-Cultural, fundamentada no materialismo histórico e dialético.

De modo a elucidar como se dá esse processo de medicalização da infância organizamos a discussão do primeiro capítulo da dissertação com vista a apresentar as concepções biomédicas que fundamentam o TDAH e as concepções críticas que discutem as relações históricas do processo de patologização da vida e que, em consonância com os interesses econômicos da indústria farmacêutica, vem sendo aprofundado. Portanto requer ser analisado a partir das relações de produção na sociedade capitalista.

Considerando que para a infância o fenômeno TDAH é a expressão mais importante desse processo, nos propomos a debater a partir da questão: Um fenômeno biológico ou histórico – social? Em nosso estudo identificamos que as explicações sobre esse transtorno se dividem em dois campos de concepções. Um campo reúne fundamentos sobre o transtorno como determinação biológica, isto é, explicado como falha no cérebro que tem origem genética. A criança nasceu com essa predisposição a desenvolver tal patologia. O outro reúne estudos críticos que questionam o viés meramente biológico e apresentam um conjunto de elementos que afirmam ser um transtorno controverso que tem levado a uma crescente medicalização das crianças.

Convergemos com análises elaboradas para além dos sintomas a ele relacionados. Sendo esses sintomas atribuídos a uma patologia da aprendizagem e por afirmar o diagnóstico em crianças trazem implicações para ocultação as questões complexas da educação escolar.

Assim, a partir da compreensão do transtorno como um fenômeno histórico-social, nos propomos a explicar como a atenção e o comportamento regulado da criança é desenvolvido por meio de mediações sociais. E desse modo, nos opomos a abordagens biologicistas do campo biomédico que propaga a crença de que a falta de atenção e o comportamento não regulado na criança decorre de uma falha ou déficit cerebral. E conseqüentemente, essa visão implica em desinvestimento pedagógico na criança já que a criança só obterá atenção e controle do corpo por meio farmacológico.

Diante os objetivos elencados para pesquisa organizamos a sua realização em duas etapas em que os dados coletados e os relatos dos trabalhadores da educação e da saúde, através das entrevistas realizadas nas escolas e unidades de saúde, permitiram compreender as significações que esses trabalhadores atribuem ao conhecimento e diagnóstico do transtorno, bem como o tratamento.

## 1. DA MEDICALIZAÇÃO DA VIDA À MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

A medicalização da vida é definida como um conjunto de práticas, atos, serviços que são apresentados como soluções aos sofrimentos e às diversas dificuldades relacionados ao viver. Apesar dessas intempéries e dores serem causadas pelas relações sociais e pelas condições concretas de vida, são transformadas em explicações e classificadas em patologias, sendo passíveis de tratamento por diversos profissionais da saúde e recebendo prescrições medicamentosas pelo campo médico.

Diversas situações em que os sujeitos vêm expressando dificuldades de inserção nos ambientes de trabalho e escola, em diferentes etapas e ciclos da vida, outrora compreendidas como processos do viver estão cada vez mais sendo explicadas a partir de conceitos do campo biomédico. A compreensão desse campo se restringe às propriedades do corpo biológico, ou seja, busca-se classificações nominalmente propagadas como transtornos. Portanto a ênfase é dada à explicação biológica e não à abordagem das condições concretas de vida que propiciam o surgimento e desenvolvimento dessas dificuldades.

Apesar dessas situações não requerer necessariamente a prescrição medicamentosa, porém são prescrições que impactam em explicações no modo como as pessoas passam a compreender e conduzir a vida. Afirma-se, portanto, um conjunto normativo e de padrões na vida em sociedade.

Para efeitos de maior clareza do fenômeno da medicalização, Eidt, Tuleski e Franco (2014) propõem a distinção entre medicação e medicalização, fazendo uma ressalva de que não há uma negação aos medicamentos, pois eles são avanços científicos nos tratamentos para sofrimento e dor. Desse modo, medicar na saúde é uma prática clínica e cada medicação responde a um tipo de tratamento de doenças. Já a medicalização aparece como um conceito a partir de estudos críticos à ciência médica pelas explicações biologizantes e pela condução normativa da vida associada à prescrição medicamentosa e o uso de outros procedimentos do campo médico.

Com isso ressaltamos que a medicalização não é sinônimo de medicar, pois esta é uma prática médica histórica. Em nosso estudo discutimos a medicalização como um conceito que se refere a um processo que vem se impondo no modo de explicar e conduzir a vida,

sendo que esse processo pode ou não se utilizar da prescrição medicamentosa. É certo que para compreender o processo de medicalização destacamos o importante papel da indústria farmacêutica na produção de medicamentos e propagação de transtornos ao explicar as dificuldades da vida como um limite do corpo biológico.

De modo geral, assinalamos que a medicalização da vida é compreendida como um processo que tem transformado diferentes aspectos do viver de origem histórico-social em determinação meramente biológica (MOYSES, 2008; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; ALMEIDA; GOMES, 2014). Moysés (2008, s/p) define que a “medicalização é fruto do processo de transformação de questões sociais, humanas, em biológicas. Aplicam-se à vida as concepções que embasam o determinismo biológico, tudo sendo reduzido ao mundo da natureza”.

O processo de medicalização da vida é interpretado à luz das formulações do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica pela sua função de adequação social. Em vez da análise do processo saúde-doença, tornando compreensiva a historicidade do sujeito e apreendendo os aspectos desse processo de modo mais amplo, que proponha ações diversas no âmbito de relações do sujeito, a medicalização acaba por buscar sua adaptação ao ambiente social, em vista dos padrões sociais a serem alcançados, ditados pelo sistema capitalista (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Para melhor compreensão de como é constituído o atual processo de medicalização, apresentamos a seguir as relações desse processo pela concepção biomédica. E, posteriormente, as concepções críticas que explicam como esse processo está articulado com a indústria farmacêutica e com o aumento dos perfis patológicos descritos a cada revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), resultando numa espécie de captura da subjetividade humana pelo modo capitalista de produção.

### **1.1 Processo de medicalização e a concepção biomédica**

A medicalização está diretamente associada à concepção biomédica, cuja compreensão do sujeito-paciente se restringe ao corpo biológico, não estabelecendo conexões com a cultura em que o sujeito está inserido. Consequentemente, essa concepção e suas

práticas acarretam maior demanda de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), implicando mais custos em serviços, tratamentos e medicamentos (TESSER, 2006a).

À luz das interpretações sobre a medicalização de Ivan Illich (1926-2002) e das formulações de Michel Foucault (1926-1984), Gaudenzi e Ortega (2012) discorrem sobre os impactos do discurso médico na vida das pessoas que criam uma dependência da medicalização e da medicina no que se refere a tratamentos e explicações sobre os atos e modos de conduzir a vida. Desse modo, a sociedade passa a ser organizada a partir dos ditames da medicina moderna como forma de controle social. Assim, a medicalização do social está associada à gestão da saúde da população como mecanismo de controle e exercício de poder sobre a vida social.

Para Tesser (2006a, p.62), a medicalização se institui como “um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”.

O processo atual de apropriação das dimensões da vida pelo modelo biomédico teve início a partir da consolidação da ciência médica no final do século XIX, tendo como objetivo adentrar “o corpo até níveis cada vez mais profundos para a consecução da moderna cruzada humana contra a doença, chegando até, como nos dias atuais, ao nível genético e molecular” (ALMEIDA; GOMES, 2014, p. 159).

Quanto ao papel que cumpre a biomedicina no processo de medicalização, Tesser (2006b) assinala duas importantes áreas que impactam e alimentam o processo de medicalização da vida: o preventivo e o terapêutico. O papel preventivo é criticado na medida em que se torna ditame prescritivo e que não se integra ao universo experimentado pelo sujeito. São “técnicas, valores e ideologias que reforçam a dependência institucional, o consumo farmacêutico e de procedimentos especializados” e que se desdobra em “desvalorização da autonomia e de outros saberes ou valores próprios do doente ou de outras referências filosóficas ou culturas diversas” (TESSER, 2006b, p.352). Em seu aspecto terapêutico, ou seja, o que se refere ao diagnóstico e às diferentes intervenções terapêuticas, a interpretação biomédica ganha força na medida em que o sujeito-paciente se apropria dessa explicação médica, impactando e afetando fortemente sua própria autonomia nos cuidados com sua saúde. No entanto, as possibilidades de alterar essa conduta prescritiva e imperiosa, requer investir na mudança do modelo na atenção básica em saúde, abrindo para outras

práticas terapêuticas, evitando a medicalização e promovendo a autonomia do sujeito (TESSER, 2006b).

É certo que as duas áreas, acima citadas, são importantes e se articulam na constituição do fenômeno da medicalização como hegemônico na saúde e associado ao poder econômico e político. Arelada aos interesses das indústrias farmacêuticas na propagação de transtornos e medicamentos, a medicalização cumpre a função de redefinir o modo de se viver impactando no desenvolvimento dos sujeitos na medida em que busca adaptá-los a padrões sociais exigidos para a finalidade produtiva capitalista que requer corpos atentos e silenciados.

O campo biomédico, para Tesser (2006b), exerce suporte científico e clínico para o processo de medicalização, no entanto, Almeida e Gomes (2014) afirmam que é justamente por ter avanços científicos referentes a tratamentos e cura que a legitimidade desse campo é facilmente instituída como prescrições para o modo de conduzir a vida.

A crítica à concepção biomédica, cuja interpretação dos fenômenos sociais do viver é explicada como determinação natural, e sua associação aos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas não são um tema novo no Brasil. Segundo Luchmann e Rodrigues (2007), o Movimento da Luta Antimanicomial e as propostas elaboradas no final da década de 1970 pela Reforma Psiquiátrica apresentavam críticas quanto a essa associação de fomento à medicalização da sociedade.

A concepção biomédica tem papel importante no processo de medicalização da vida, mas esse papel é realizado de modo articulado com outros agentes como a indústria farmacêutica e o DSM. Seus papéis são discutidos pelas concepções críticas, bem como na relação do movimento das contradições do modo capitalista de produção.

## **1.2 Processo de medicalização e as concepções críticas**

Na consolidação dessa ordem de padronização e redefinição de comportamentos por meio de enquadramento a perfis patológicos, cabe à indústria farmacêutica cumprir um papel econômico junto a instituições, patrocinando pesquisas e campanhas para a ampliação dos diagnósticos e para a produção de medicamentos. Assim, a hegemonia político-epistemológica da biomedicina, associada à indústria farmacêutica, expande-se na propagação

de fármacos e difusão de transtornos atendendo a seus interesses lucrativos (ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Nos embates travados pela Reforma Psiquiátrica e pelo movimento da Luta Antimanicomial, a medicalização recebe críticas por ser uma imposição da indústria farmacêutica pelo seu apelo propagandista e por ter forte influência tanto na esfera política como na esfera institucional e nos profissionais de saúde (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Sem dúvida, a indústria farmacêutica, como um ramo do capital, tem lucros exorbitantes na produção de medicamentos, como alertam Itaborahy e Ortega (2013); na propagação de patologias, conforme Gaudenzi e Ortega (2012), e na divulgação de transtornos, na indissociabilidade atribuída à propagação do Metilfenidato e no diagnóstico e tratamento do TDAH, de acordo com Ortega et al (2010).

Quanto a esse processo de medicalização e propagação dos medicamentos, a que se referem Itaborahy e Ortega (2013), veiculado pela indústria farmacêutica e associado aos ditames do campo médico no aumento dos diagnósticos, recorremos à passagem de Marx (1859/1978, p. 111) sobre a relação entre a produção e o consumo no modo de produção capitalista: “a produção produz o consumo ao criar o modo determinado do consumo, e o estímulo para o consumo, a própria capacidade de consumo sob a forma de necessidade”.

Ao criar a necessidade de consumo do medicamento no sujeito, esse passa a internalizar que é portador de uma patologia, de um transtorno. Nesse sentido, Brzozowski e Caponi (2010) esclarecem que ao internalizar que é doente, o sujeito tem sua subjetividade afetada, porque começa a se ver como portador de um transtorno socialmente legitimado, tendo suas potencialidades limitadas pelo modo como começa a se perceber no mundo. Ou seja, como apontado por Marx (1859/1978, p. 110) sobre a relação entre produção e consumo: “A produção não produz, pois, unicamente o objeto do consumo, mas também o modo de consumo, ou seja, não objetiva, como subjetivamente. Logo, a produção cria o consumidor.”.

Desse modo, destacamos a passagem de Marx (1859/1978) para a compreensão da relação entre produção, consumo e a atual propagação dos transtornos, em que se forja, portanto, a necessidade de consumo de fármacos e a criação de medidas medicalizantes.

Almeida e Gomes (2014) sugerem que examinemos a determinação da medicalização a partir das relações capitalistas de produção e trabalho para além do papel da indústria farmacêutica, que é bastante importante, porém, não é o principal. Nesse sentido, os autores propõem um caminho de análise da medicalização à luz da interpretação da determinação histórico-social do processo saúde-doença articulado a outros processos sociais.

Apesar das contestações dos que se colocam contra a “medicalização” da sociedade e seus efeitos iatrogênicos, os aumentos das doenças antes mencionadas não se explicam a partir da prática médica. Deve-se buscar a explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos. [...] o caráter social da doença e que permite também um aprofundamento nos determinantes sociais do perfil patológico é a análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico. (LAURELL, 1982, p. 5)

O processo de medicalização ou de patologização<sup>2</sup> oculta a determinação do processo saúde-doença como expressão individual e coletiva (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

As indagações que permitem revelar o fenômeno de medicalização se dirigem ao movimento das contradições do modo de produção capitalista, que exige corpos produtivos, competitivos e atentos em ritmos cada vez mais acelerados, para a finalidade produtiva.

Os elementos históricos do processo de medicalização tiveram sua gênese nas transformações realizadas a partir do século XIX. Ações de higienização, moralização e normatização sobre o corpo foram realizadas com a finalidade de padronizar e garantir as relações de trabalho no meio urbano de cidades da Europa. Essas transformações interferiram na definição de saúde e nas bases do processo que atualmente conhecemos como medicalização. Tais mudanças históricas criaram as condições para o processo de medicalização (ALMEIDA; GOMES, 2014).

A intervenção estatal no campo da saúde-doença passa a transferir-se progressivamente do plano coletivo para o individual. Dois aspectos serão

---

<sup>2</sup> Segundo Collares e Moysés (1994, p.26), “mais recentemente, com a criação/ampliação de campos do conhecimento, novas áreas, com seus respectivos profissionais, estão envolvidas nesse processo. São psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos que se vêm aliar aos médicos em sua prática biologizante. Daí a substituição do termo medicalização por um outro mais abrangente - patologização -, uma vez que o fenômeno tem-se ampliado, fugindo dos limites da prática médica.”

determinantes para essa reorientação. Em primeiro lugar, à medida que as transformações no meio urbano e nas condições de vida anteriormente descritas propiciam uma importante redução das taxas de morbimortalidade, garantindo a disponibilidade de força de trabalho em quantidade suficiente, diminui a necessidade material dessas práticas coletivas. Paralelamente a isso, o desenvolvimento das forças produtivas com a revolução industrial possibilitará um avanço científico-tecnológico da medicina em graus jamais vistos, ampliando progressivamente sua capacidade de intervenção no corpo orgânico. (ALMEIDA; GOMES, 2014, p. 159)

Se por um lado a concepção biomédica no desenvolvimento do modo de produção capitalista possibilitou avanços nos tratamentos de cura no campo da saúde, por outro, a partir do determinismo biológico, ao explicar todas as questões do viver, vem acumulando rearranjos normativos e executando prescrições de saúde, garantindo a estratégia capitalista de produção que requer corpos atentos, produtivos e controlados.

Desse modo, ao não evidenciar as contradições do sistema e a determinação do processo saúde-doença, o maior número de categorias diagnósticas vem sendo criado pelos manuais, expresso em cada revisão do DSM, respondendo à estratégia capitalista de colocar o sujeito em ritmo de produtividade nos ambientes de trabalho desde a escola.

É sabido que a compreensão do indivíduo, fundamentada em uma concepção meramente biológica, que desloca o sujeito de sua historicidade, é hegemônica e resulta em diversos encaminhamentos para unidades de saúde configurando o processo de medicalização. Porém, outra perspectiva de compreensão do indivíduo, a partir da interpretação das condições histórico-sociais de vida, a exemplo de outros referenciais formulados nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial, fornece elementos de compreensão do indivíduo em sua historicidade, tendo como pressuposto a diversidade humana e a singularidade do sujeito.

Os elementos de interpretação da relação entre o atual processo de medicalização da vida e a concepção de saúde hegemônica são apresentados pelo Movimento da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica com críticas em torno de como a saúde mental vem sendo realizada no tratamento dos sujeitos. Outro paradigma de compreensão do sujeito em seu sofrimento e adoecimento psíquico é proposto contrapondo-se às ideias que

fundamentam a medicalização e o isolamento como únicas ações terapêuticas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Em vez de questionamentos que conduzem a reflexão sobre as relações sociais, as condições concretas de vida, em torno das dificuldades e da inadaptação dos sujeitos que se expressam em angústia, dores físicas, sofrimentos psíquicos, classificando-os em perfis patológicos, as dificuldades de adaptação às normas e à inserção nos ambientes sociais e de trabalho, nas diferentes faixas etárias, desde a escola, são enquadradas como categorias diagnósticas.

Almeida e Gomes (2014) destacam que o papel da indústria farmacêutica e os atos e serviços do campo biomédico cumprem funções importantes no processo de medicalização. Porém, eleger a indústria farmacêutica e a biomedicina como principais agentes, como comumente alguns estudos vêm apontando, pode ocultar as determinações desse processo. Segundo os autores, o atual processo de medicalização deve ser interpretado pelo movimento das contradições do modo capitalista de produção se o que se busca não é a aparência do fenômeno, mas suas múltiplas determinações. Nesse sentido, a ampliação dos limites patológicos expressos nas diferentes versões do DSM tem relação com o aumento crescente das categorias diagnósticas nesse modo de produção (ALMEIDA; GOMES, 2014).

De acordo com Antunes e Alves (2004), o modo de produção capitalista, desde sua origem, demandou o envolvimento do proletário por meio da captura de sua subjetividade. A exploração intensificada dos que vivem da venda da força de seu trabalho requer que esses trabalhadores sejam polivalentes e multifuncionais, além de que, tal exigência é requerida no mesmo contexto em que há perda significativa de direitos e de sentido no trabalho. Tais mudanças processadas no mundo trabalho impõem

[...] uma nova orientação na constituição da racionalização do trabalho, com a produção capitalista, sob as injunções da mundialização do capital, exigindo, mais do que nunca, a *captura integral da subjetividade operária* (o que explica, portanto, os impulsos desesperados – e contraditórios – do capital para conseguir a parceria com o trabalho assalariado). (ANTUNES; ALVES, 2004, p.345, grifo dos autores)

E desse modo se estendendo:

Dos serviços *públicos* cada vez mais *privatizados*, até o turismo, no qual o “tempo livre” é instigado a ser gasto no consumo dos *shoppings*, são enormes as evidências do *domínio do capital na vida fora do trabalho*, que *colocam obstáculos ao desenvolvimento de uma subjetividade autêntica, ou seja, uma subjetividade capaz de aspirar a uma personalidade não mais particular nem meramente reduzida a sua “particularidade”*. *A alienação/estranhamento e os novos fetichismos que permeiam o mundo do trabalho tendem a impedir a autodeterminação da personalidade e a multiplicidade de suas qualidades e atividades*. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 349, grifo dos autores)

Assim, o que produz sofrimento, angústia, desatenção, agitação como negações dessa relação trabalho/capital é transformado em categorias patológicas e passíveis da normatividade biomédica e prescrição medicamentosa.

De modo a compreender esse contexto, Almeida e Gomes (2014) nos fornecem elementos para interpretação dessas expressões, sendo elas a negação das relações capital/trabalho e ao mesmo tempo ser apreendidas como outra dimensão importante da medicalização. A ampliação dos limites patológicos é expressão do atual processo de medicalização, uma vez que, a cada revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), as manifestações ora compreendidas como normais da vida, produzidas no processo social capitalista, são consideradas anormais e ampliadas em classificações diagnósticas (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Sena (2014) e Caponi (2014) também questionam as versões do DSM como legitimadoras do processo de explosão de diagnósticos e patologização da vida. A Segunda Guerra Mundial, para Sena (2014), demarcou um período importante em que pesquisas da ciência médica foram produzidas em torno dos efeitos do pós-guerra, proporcionando formulações teóricas, metodológicas e terapêuticas, reorientando o campo da psiquiatria na ampliação de diagnósticos. O autor destaca a quantidade de diagnósticos criados correspondentes às versões e aos anos dos DSM no pós-guerra:

DSM-I, primeiro manual oficial da APA, surgiu em 1952, com 106 diagnósticos psiquiátricos; o DSM-II, em 1968, apresentava 182 diagnósticos; o DSM-III, publicado em 1980, continha 265 diagnósticos, e sua revisão, em 1987, estendeu-se para 292 diagnósticos. O DSM-IV foi

editado, em 1994, com 297 diagnósticos, e o recém publicado DSM-5, de 2013, apresenta 300 categorias. (SENA, 2014, p. 98)

Na quinta versão do DSM, o número de categorias diagnósticas aumentou, podendo chegar até 365 diagnósticos, dependendo do tipo de contagem. O autor questiona essas novas categorias como imposição de novos padrões de normatividade ampliando os limites do que é considerado anormal:

O novo compêndio traz, por exemplo, entre outras novidades: o Transtorno de Acumulação (código 300.3) como um transtorno obsessivo-compulsivo caracterizado pela dificuldade persistente de se desfazer de pertences; e Disforia de Gênero (código 302.6), como um diagnóstico global de incongruência acentuada entre o sexo experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa.

Esses exemplos e muitos outros nos fazem refletir sobre o que é normal e anormal, patológico e saudável, doença e saúde, doença mental e saúde mental e sobre a ideologia subjacente à formulação, formatação e adoção dos compêndios empíricos DSMs produzidos pela psiquiatria. (SENA, 2014, p. 103)

Na mesma linha de crítica aos manuais e suas atualizações e ao aumento de diagnósticos e perfis patológicos, Caponi (2014, p. 759) questiona o papel legitimador do DSM como documento oficial e que se impõe como “ficha diagnóstica” para a medicalização da vida de adultos e crianças, o que, segundo a autora, limita os questionamentos e conflitos e reduz a “possibilidade de pensar os sofrimentos como decorrentes de circunstâncias concretas de vida, que seria preciso modificar ou alterar”.

Concordamos com as afirmações de Sena (2014) quanto à crescente transformação do que é normal em categorias patológicas pelos manuais e com Almeida e Gomes (2014), que ressaltam que a determinação desse processo se encontra no movimento das contradições da vigência do capital. E conforme abordam Antunes e Alves (2004) é um processo do modo capitalista de produção de permanentemente busca da captura da subjetividade do trabalhador.

Em diferentes períodos históricos, a normatividade que exclui e isola mantém um papel perverso que impõe a segregação social, a exemplo de como se tratou a loucura ao

longo do tempo. A sociedade dividida em classes, que se estrutura pela desigualdade social, ora isola os sujeitos do convívio social, classificando-os como loucos, ora medicaliza a propagação dos transtornos, ampliando os limites patológicos. Desse modo, podemos entender a segregação e o processo de medicalização como atos e prescrições realizados pelas sociedades economicamente e socialmente desiguais e que se constituem como práticas de violência e silenciamento dos sujeitos por meio de instituições.

Machado de Assis (1839-1908) aborda a loucura na obra *O alienista*, publicada em 1882, na qual narra a perseguição do personagem de Simão Bacamarte a indivíduos cuja singularidade e particularidade eram compreendidas como traços de loucura. E, desse modo, prendeu quase toda a população da pequena cidade de Itaguaí colocando todos em uma instituição e, assim, isolando-os do convívio social. Embora seja uma obra literária, o escritor apresenta o problema da loucura como centro temático do conto e nos conecta ao momento histórico em que viveu. Segundo Amarante e Torre (2010, p. 154), a crítica de Machado de Assis feita à sociedade é sagaz e não poupa críticas às convenções sociais e às prescrições médicas amparadas pelo discurso científico, “atento aos fenômenos sociais, aponta para o processo de medicalização inerente ao campo da loucura e distúrbios mentais e do poder ‘despótico’ que contém o saber psiquiátrico”.

Se na Idade Média a “Nau de loucos” era um modo de higienizar a sociedade, segregando os sujeitos e colocando-os em embarcações à deriva, em Machado de Assis nos é revelado o aprisionamento da loucura em instituições – período em que também ocorrem as transformações pós-revolução industrial. Tais instituições foram criadas para isolar a loucura e tratá-la pelos atos e prescrições da ciência médica: “O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal” (ASSIS, 1882/1995, p. 12).

O mecanismo de diferenciação utilizado para classificar em categorias diagnósticas, tanto os sujeitos em sofrimento e adoecimento mental, quanto aqueles inadaptáveis, é elemento do atual processo de medicalização que teve sua gênese nas transformações do meio urbano ocasionadas pelo advento da industrialização.

Desse modo, historicamente, é observado que a relação entre “captura integral da subjetividade” dos trabalhadores (ANTUNES; ALVES, 2004) e os atuais atos e serviços da

medicalização se convergem em um processo perverso, que é inerente ao sistema capitalista, e limita o desenvolvimento de uma vida dotada de sentido e autodeterminada pelo sujeito.<sup>3</sup>

No entanto, diversas pesquisas não buscam explicitar as relações entre sofrimentos e angústias com as condições concretas de vida. De acordo com Amarante e Torres (2010), fomentam a medicalização social e seguem em parceria com as instituições na propagação dos transtornos e medicamentos:

Muitas pessoas que se encontram com alguma forma de sofrimento ou de mal-estar social, por sentirem-se rechaçadas, rejeitadas, inoportunas e tantas outras possibilidades, identificam-se com determinados diagnósticos na medida em que, no momento em que passam a ser consideradas doentes, deixam de ser culpadas por suas características, as quais consideram que incomodam os demais. Outras situações de angústia, insatisfações, tristeza, entre outras, podem ser facilmente medicalizáveis. Desta forma, as pesquisas epidemiológicas podem ter muito mais um significado de produção de comportamentos patológicos do que de auferição de patologias no meio social. Muitas pessoas se apresentam como ‘depressivas’, ‘portadoras de pânico’ e ‘bipolares’. Quando a OMS anuncia que, em 2020, existirão milhões de pessoas com depressão no mundo, não estaria, na verdade, construindo este cenário? Quando a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em cooperação com o Ibope, divulga uma pesquisa que aponta para o fato de que 5 milhões de crianças têm sintomas de transtornos mentais, não estaria contribuindo para a medicalização da infância? Como podemos verificar a metodologia? A pesquisa recebeu apoio financeiro da indústria farmacêutica, já que os recebe abundantemente para seus congressos e publicações? Não é um fato surpreendente o Ibope realizar uma pesquisa científica, que precisa passar por comitês de Ética e garantir uma série de aspectos, tais como sigilo? Na página da ABP não há qualquer referência a esses aspectos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008). Por que o Ibope e não uma universidade? Por que não recursos dos editais do CNPq? O Brasil é um dos países onde ocorre a maior medicalização da infância em todo o mundo. (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 157)

---

<sup>3</sup> Para Antunes e Alves (2004), “trabalhadores” são aqueles que vivem da venda da força de trabalho, independente de qual ramo, englobando, inclusive, os que estão no trabalho informal.

A subjetividade na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentada nos pressupostos do materialismo histórico e dialético, é forjada no processo de humanização pela apropriação da cultura material. Portanto, a experiência humana de um determinado indivíduo nos marcos do gênero humano é única, irreplicável e desenvolvida no conjunto das suas relações sociais. A “subjetividade, portanto, é constituída por fatores internos e externos, na qual a forma de o indivíduo se perceber está relacionada com o modo como os homens estabelecem as relações sociais em um contexto específico, decorrente de condições histórico-sociais.”. (AITA; FACCI, 2011, p.39)

Nesse sentido, o processo de medicalização aplicado a perfis patológicos cada vez mais ampliados pelas versões atualizadas dos manuais desconsidera a dimensão subjetiva e singular do indivíduo em sua historicidade na apropriação das condições concretas de vida. Ou seja, através das prescrições, a medicalização segue impondo, por meio dos discursos e práticas médicas, a busca pelo controle das emoções e pela regulação do comportamento. Observa-se, portanto, que no capitalismo, regime em que são cobrados ritmo e volume de produtividade desde a escola, a patologização tem a função de classificar e padronizar os comportamentos a fim de silenciar os conflitos surgidos nessa ordem social, assim impossibilitando aos sujeitos e à sociedade aprofundar as questões sobre o atual modo de produção da vida.

A seguir, investimos na discussão de como se dá a medicalização em uma importante etapa da vida: a infância. Apresentamos os aspectos desse processo que adentram o espaço escolar, conseqüentemente atribuindo à criança a responsabilidade por não aprender, encaminhando-a aos serviços de saúde.

### **1.3 Medicalização da infância**

Atualmente, as dificuldades de aprendizado são interpretadas como diagnósticos e recebem prescrições medicamentosas ou outros procedimentos do campo biomédico visando a um corpo atento e controlado desde a escola, o que transforma o espaço pedagógico em espaço clínico.

Características como desatenção, isto é, dificuldade de focar a atenção em determinada atividade de estudo, combinadas à atitude agitada e inquieta da criança, levam a classificá-la com um transtorno e buscar, por meio das ordens do campo biomédico e da prescrição medicamentosa, o controle do comportamento e a busca atenta.

Nesse sentido, as dificuldades do ensino, temas e práticas organizativas do campo educacional perdem espaço para o discurso médico, uma vez que a validade desse discurso, por alegar cientificidade no conteúdo, institui-se como inquestionável e supervalorizado (CALIMAN, 2008; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2010).

A medicalização da infância, para Moysés (2008), adentra o espaço escolar e em vez dos elementos pedagógicos serem debatidos a partir de princípios das áreas das ciências humanas, ocorre interferência médica, visto que os posicionamentos associados ao campo da biomedicina classificam a criança com dificuldades de aprendizagem, nomeando-as de transtorno. Para a autora, em vez de indagações e reflexões acerca das dificuldades e revisão de métodos de ensino que possibilitem aproximar a educação escolar do contexto da criança e, com isso, levar em consideração os elementos sociais adjacentes ao processo de ensino-aprendizado, recorre-se à medicalização.

Garcia, Borges e Antonelli (2014) analisam a medicalização no âmbito escolar como um processo de padronização e de controle sobre o corpo por meio do discurso e da intervenção médica.

A medicalização instaura um processo explicativo que não mais questiona a escola, o método ou as condições de aprendizagem e de escolarização. Busca-se na criança, em áreas de seu cérebro, em suas condutas e na dinâmica familiar as causas das dificuldades de aprendizagem e, conseqüentemente, a justificativa para a suposta incapacidade de acompanhamento dos conteúdos escolares. (GARCIA; BORGES; ANTONELLI, 2014, p. 542)

Entre os transtornos de aprendizagem que tentam explicar cientificamente porque se dá a dificuldade da criança em aprender, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é a expressão mais importante do processo de medicalização na infância. Apesar de ser previsto o tratamento com psicoterapia e o aconselhamento familiar, a

prescrição medicamentosa é a principal opção no tratamento das crianças diagnosticadas pelo TDAH (BARBARINI, 2010; CARVALHO; BRANT; MELO, 2014).

A produção e o consumo de metilfenidato têm aumentado em função de ser esse medicamento o mais usado no tratamento do referido transtorno, sendo o psicoestimulante mais prescrito para uso nos períodos escolares. Recebe as denominações comerciais de Ritalina® e Concerta®, respectivamente produzidos pela Novartis e pela Janssen. O Brasil é o segundo país que mais consome metilfenidato e devido ao seu efeito de controle do comportamento recebe a denominação de “droga da obediência” (ANVISA, 2012; PIRES, SILVA, 2013).

Entre 1990 e 2006, houve um aumento de 1.200% na produção mundial de metilfenidato. O Brasil, em 2006, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), relatório de 2008 apresentado pelos autores, fabricava 226 kg e importava 91 kg: “o crescimento na produção e no consumo no Brasil, em tão pouco tempo, faz com que a compreensão sobre os usos do metilfenidato em território nacional se torne uma questão imprescindível para ações em saúde que envolva tal medicamento” (ORTEGA et al, 2010, p. 500).

Segundo dados divulgados na nota técnica do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, a importação do metilfenidato teve um aumento expressivo nos últimos anos no Brasil. No ano de 2012 foram importados 578 kg e no ano seguinte, 2013, foi registrada a importação de 1.820 kg. E o consumo do psicoestimulante tem maior taxa de uso entre as crianças e jovens em atividades escolares, buscando-se um corpo atento e silenciado, por meio do efeito “zumbi” que produz.

Dados indicam que o metilfenidato é possivelmente utilizado por crianças e adolescentes em processo de escolarização que fazem uso reduzido do medicamento no período de recesso escolar, mas que o seu consumo cresce concomitantemente ao longo do ano escolar, como aumento nas épocas onde há eminência de reprovação escolar. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015, p. 7)

Outro psicoestimulante utilizado no tratamento das dificuldades de aprendizagem tem como princípio ativo a Lisdexanfetamina e está disponível no mercado farmacológico

como Venvanse®, produzido pela Shire.<sup>4</sup> Outra substância aprovada para o tratamento do TDAH é Atomoxetina, princípio ativo da Stratteran®, fabricado pela Eli Lilly. (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SOCIEDADE, 2015).

Para a Anvisa, o atual quadro de medicalização revela uma recorrência de distorções e equívocos no uso destes medicamentos:

[...] como “droga da obediência” e como instrumento de melhoria do desempenho seja de crianças, adolescentes ou adultos. Em muitos países, como os Estados Unidos, o metilfenidato tem sido largamente utilizado entre adolescentes para melhorar o desempenho escolar e para moldar as crianças, afinal, é mais fácil modificá-las que ao ambiente (ANVISA, 2012, p. 13).

Os usuários do metilfenidato geralmente são considerados inadaptados, pois produzem e estudam de maneiras diferentes do esperado na escola e em casa. Rotulados de desobedientes são enquadrados clinicamente em perfis patológicos, pois “os fenômenos contingentes à existência humana vêm sendo diagnosticados como transtornos psiquiátricos e neuroquímicos” (CARVALHO; BRANT; MELO, 2014, p. 599).

Na análise documental dos relatórios do Unicef, feita por Lemos, Galindo e Rodrigues (2014), consta que o processo de medicalização vem transformando em doenças e transtornos o que se considera como desvios sociais. E, nesse sentido, por meio das práticas dessa instituição, a medicalização visa à formação de sujeitos dóceis.

Para atingir seus efeitos de conjunto, as disciplinas medicalizantes operam em articulação com a economia política e os saberes que oportunizam efetuar as reflexões e os cálculos de investimento e retorno a fim de possibilitarem o maior crescimento do Estado com os menores custos possíveis (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2014, p. 206-207).

Crianças e adolescentes no discurso do Unicef “são subjetivados como patológicos e inseridos em uma rede que promove o silenciamento de seus sofrimentos e a sua segregação, frequentemente recorrendo a índices que se valem de categorias psiquiátricas e de dados sobre violência ou vulnerabilidade” (Ibidem, p. 209).

---

<sup>4</sup> Conforme relato em entrevistas com professores, os medicamentos Ritalina® e Concerta®, com princípio ativo do metilfenidato, podem ser fornecidos pelo SUS, desde que mediante receita médica, inclusive o recente e mais caro Venvanse®.

Esta abordagem também é observada entre profissionais da educação devido à tendência de reprodução do discurso médico como solução aos problemas de ensino-aprendizagem. De acordo com o estudo realizado por Garcia, Borges e Antonelli (2014), com professores da educação infantil, esse quadro de medicalização cada vez mais ganha espaço:

Instaura-se um processo explicativo que não mais questiona a escola, o método ou as condições de aprendizagem e de escolarização. Busca-se na criança, em áreas de seu cérebro, em suas condutas e na dinâmica familiar as causas das dificuldades de aprendizagem e, conseqüentemente, a justificativa para a suposta incapacidade de acompanhamento dos conteúdos escolares. Isso permite que a escola mantenha práticas educativas que emolduram condutas e modos de aprender dentro dos padrões escolares de normalidade (GARCIA; BORGES; ANTONELLI, 2014, p. 557).

Outro estudo que apresenta a tendência de intervenção do discurso médico em meios escolares foi realizado por Lorenzi, Rissato e Silva (2012) em uma escola pública com professores de ensino fundamental. Neste estudo foi analisado como esses professores se apropriaram do discurso sobre o TDAH e quais as implicações dessa apropriação na prática educativa. Destaca-se que a significação que esses profissionais dão aos comportamentos dos alunos, centrada no discurso médico-científico, implica diretamente a forma como avaliam as crianças. Mediante isso, as autoras afirmam a necessidade de “refletir sobre quem são essas crianças que chegam até a escola e que recebem esse diagnóstico e sobre como queremos nos relacionar com elas. O foco na doença não irá retirar do professor sua importante tarefa de mediador de uma relação de ensino-aprendizagem” (LORENZI; RISSATO; SILVA, 2012, p. 94).

O professor e presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Paulo Amarante, defende que a interferência do Estado ao regular o uso desse tipo de remédio é de fundamental importância, porque o direito à saúde não pode ser diminuído frente aos interesses mercadológicos das indústrias farmacêuticas. Ao conceder entrevista para o portal da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), questionou as empresas que têm tido cada vez mais espaço para um campo da saúde que fomenta a medicalização da população.

Em contraponto ao processo de medicalização, tem crescido a organização de coletivos e fóruns de discussões, a exemplo do Fórum sobre Medicalização da Educação e da

Sociedade, que reúne pesquisadores e diversos profissionais da educação e da saúde com o objetivo de compreender o crescimento de patologias na educação e lutar contra esse processo, organizando debates e materiais. Também é observada a criação de propostas de trabalho com as crianças consideradas desatentas e hiperativas em uma perspectiva centrada no desenvolvimento da atenção e na mudança comportamental sem a admissão dos ditames do campo biomédico que decorrem em diagnóstico de TDAH. E respondendo à demanda desses coletivos, dois importantes municípios, Campinas e São Paulo, criaram dispositivos que regulamentam o consumo do metilfenidato em crianças. O governo municipal de Campinas criou um protocolo de uso do metilfenidato (CAMPINAS, 2013) e o governo municipal de São Paulo emitiu portaria sobre o tema (SÃO PAULO, 2014).

Vê-se que a patologização na educação, rotulando a criança como incapaz de aprender sem o tratamento médico, retira do professor seu papel imprescindível de mediador no processo de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da atenção e o domínio da conduta. Todo o investimento pedagógico que pressupõe desafios diante da diversidade em sala de aula é transposto para a clínica médica.

Portanto, a criança mais agitada, mais inquieta e que não consegue aprender é classificada como portadora de um transtorno. O investimento educacional ao invés de ser dado na ênfase da relação humana entre professor e aluno, é alterado pelo uso do fármaco, que é prioritariamente eleito como a solução diante das dificuldades de indisciplina na escola e do controle do comportamento das crianças. Ou seja, quem não se comporta como esperado e não tem sua atenção focalizada é diagnosticado como alguém que tem uma alteração fisiológica ou química no cérebro. No entanto, essa escolha afeta a formação da subjetividade da criança, pois atua no modo como ela se vê e como é vista socialmente.

Como já apontado anteriormente, para Brzozowski e Caponi (2010), esse tipo de classificação de crianças desatentas e inquietas, com dificuldades de aprendizagem e de controle da conduta como sendo patologias, leva-as também a desenvolver respostas diretamente associadas ao ditame médico, ou seja, começam a responder como portadoras dos transtornos, pois internalizam que são doentes. E, desse modo, as instituições são responsáveis por esse processo que torna a criança refém de um processo de medicalização de seu comportamento, alterando consideravelmente a subjetividade no modo como a criança se vê e como é vista socialmente.

Diante desse quadro de patologização que tem levado à medicalização da infância, cabem algumas indagações: Como a criança tem sua escuta atendida na escola, na família? Como ela é compreendida quando recebe encaminhamento das unidades escolares para os serviços de saúde? Esta compreensão passa pelo entendimento de que é ela um sujeito singular constituído por suas experiências? (BARBARINI, 2010, 2014; KAMERS, 2013)

Conforme argumenta Barbarini (2010, 2014), os encaminhamentos decorrentes de observações avaliativas sobre o comportamento das crianças constituem em práticas de estigmatização sobre as crianças. Por serem classificadas como hiperativas, desatentas, agressivas, impulsivas, recebem encaminhamentos para avaliar diagnóstico de transtorno mental.

As dificuldades dos professores para orientar a atenção e o comportamento das crianças nas atividades de estudo se constituem em desafios para a educação escolar, porém esses processos da escolarização devem ser amparados em reflexões acerca das condições concretas em que se produz a vida e não em soluções produzidas pelo campo médico a partir de prescrições medicamentosas, pois, assim:

[...] o sofrimento psíquico da criança é interpretado como um transtorno neurobiológico com signos inespecíficos, constituindo uma perigosa transformação do campo da psicopatologia na infância: o apagamento do sujeito em sua dimensão psíquica, histórica e social – em que a medicina se eleva à condição divina. (KAMERS, 2013, p. 156)

Para não incorreremos em conceber a criança como um sujeito fragmentado, assinalamos outra relação entre a pedagogia e a psicologia como necessária para a interpretação dos desafios da educação e para o desenvolvimento da criança. A concepção de desenvolvimento histórico-cultural adotada e defendida em nosso estudo e a que se refere à abordagem de desenvolvimento infantil, conforme nos esclarece Pasqualini (2013):

[...] somente se produz como resultado dos processos educativos. Ao mesmo tempo, a compreensão das leis que regem o desenvolvimento psíquico constitui uma condição fundamental para o próprio processo pedagógico, na medida em que o ensino incide sobre diferentes níveis de desenvolvimento psíquico da criança. Compreender o funcionamento infantil a cada período do desenvolvimento e o vir a ser desse desenvolvimento se coloca como condição para o planejamento e condução do processo pedagógico.

Psicologia e pedagogia devem, portanto, ser pensadas em unidade.  
(PASQUALINI, 2013, p. 73)

O domínio da atenção e a regulação do comportamento são processos psíquicos do desenvolvimento da criança. Desconsiderar a singularidade da criança e suas condições histórico-sociais, bem como as leis que regem o desenvolvimento humano nos processos de aprendizagem impede perspectivas de mudança tanto para aqueles que ensinam como para quem aprende.

Assim, a relação entre desenvolvimento e aprendizagem é apreendida para o trabalho de ensinar na educação escolar, cuja relação é explicada por Martins (2010) à luz dos pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural:

[...] o desenvolvimento humano ocorre na relação com a própria vida do indivíduo: relação com a atividade, tanto aparente quanto interna. Assim, o lugar ocupado pela criança nas relações sociais, suas condições reais de vida, é a primeira coisa que deve ser notada quando buscamos compreender as determinações do desenvolvimento do psiquismo. (MARTINS, 2010, p. 35)

Em concordância com o pensamento da autora, destacamos que o discurso adotado na educação escolar oriundo do campo médico em um aspecto impossibilita a compreensão do sujeito a respeito de sua historicidade, e também, em outro aspecto, afeta a formação da subjetividade da criança, uma vez que ao absorver os ditames médicos na escola e o uso do medicamento, impede a criança de superar as dificuldades fundamentais para seu desenvolvimento – concepção adotada para nosso estudo – mediada pelas relações sociais e seu meio cultural. Isto é, o desenvolvimento da criança deve ser potencializado e não limitado, conforme imposto pela medicalização.

A prescrição medicamentosa para que a criança tenha um desempenho atento e um comportamento regulado na escola não só afeta seu desenvolvimento como, sobretudo, tira um direito presente no artigo 7º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA): “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”. (BRASIL, 1990)

Nesse sentido, o processo de medicalização impossibilita o desenvolvimento defendido nesta dissertação como direito da criança em formação. Tal como nos alerta Leite

(2015), crianças que deveriam apenas ser educadas estão sendo medicalizadas. No capítulo seguinte investiremos em compreender o denominado transtorno a partir dessa questão: TDAH é um fenômeno biológico ou histórico- social?

## **2. TDAH: UM FENÔMENO BIOLÓGICO OU HISTÓRICO – SOCIAL?**

No capítulo anterior apresentamos o fenômeno TDAH como uma das expressões mais importantes da medicalização da infância, explicitando, desse modo, que a atual propagação do transtorno expressa um contexto em que se busca nos atos, práticas normativas e prescrições medicamentosas a resolução para dificuldades e sofrimentos decorrentes do viver, o que, conseqüentemente, traz impactos no desenvolvimento da criança.

Entre os diversos estudos que apresentam críticas ao processo de medicalização das crianças e dos encaminhamentos às unidades de saúde com origem nas queixas escolares, destacamos o relatório da Anvisa (2012), bem com as pesquisas de Eidt (2004), Baldini e Leite (2006), Eidt e Ferraciolli (2007), Caliman (2008, 2009), Ferreira (2009), Barbarini (2010, 2014), Brzozowski e Caponi (2010), Ortega et al (2010), Lorenzi, Rissato e Silva (2012), Collares e Moysés (1994), Moysés (2013a), Itaborahy e Ortega (2013), Kamers (2013), Eidt e Tuleski (2010), Eidt, Tuleski e Franco (2014), Carvalho, Brant e Melo (2014), Garcia, Borges e Antoneli (2014), Leite e Rebello (2014), Cord et al (2015), analisam o TDAH como um transtorno controverso.

Os elementos abordados nesses estudos enfatizam que as dificuldades do ensino são associadas à falta de atenção da criança nas atividades escolares e têm avaliado a criança como agitada e dispersa. Esses comportamentos transformados em sintomas em um processo de construção de patologias que pressupõe que não aprender em tempo determinado, de acordo com padrões e avaliações - muitas vezes externo a organização do trabalho pedagógico da escola - e não se comportar conforme normas estabelecidas são comportamentos classificados como doença na infância.

Identificamos que as explicações sobre o TDAH se dividem em dois campos de concepções. Um campo reúne fundamentos sobre o transtorno como determinação biológica ou como falha no cérebro e com origem genética. O outro reúne estudos críticos que questionam o viés meramente biológico e apresentam um conjunto de elementos que afirmam ser um transtorno controverso que tem levado a uma crescente medicalização das crianças.

Nesse sentido, nosso esforço de análise converge para estudos críticos do fenômeno TDAH que se referem a ele como expressão do processo de medicalização da educação, portanto, nossa compreensão, conforme sustenta Barbarini (2010, 2014), é para além dos sintomas a ele relacionados.

Para Ferreira (2009), o crescimento de diagnóstico do TDAH em crianças matriculadas nas escolas esconde algo mais complexo, porque impede que reais questionamentos de ordem institucional venham à tona, como a falta de gerenciamento adequado dos problemas em ambiente escolar, a grande quantidade de alunos por sala, proporcionando um desgaste maior do profissional também decorrente de uma jornada extensa de trabalho:

O diagnóstico psiquiátrico do TDAH, ao situar o fracasso escolar enquanto manifestação engendrada no corpo do aluno, funciona como instrumento de significação para a disciplina e para a desatenção e media as relações que se estabelecem entre professor, aluno e família. (FERREIRA, 2009, p. 5)

Contudo, segundo a pesquisadora, na mesma medida que cabe aos profissionais de saúde difundir esse discurso psiquiátrico fundamentado na biomedicina, o qual propõe o ajuste dos sujeitos a uma determinada ordem, também participam desse processo a escola e seus agentes, aos quais cabe o papel e o lugar de tornar mais explícitos os sintomas do transtorno.

A compreensão do processo de ensino fundamentada pelo discurso biomédico tem consequências para a formação do desenvolvimento da criança, “quando se pensa o sujeito escolar, têm desdobramentos importantes que não apenas definem a história escolar de cada um, mas também contribui com a configuração de uma história de vida que passa a ser marcada pela incapacidade e não pela possibilidade” (GARCIA; BORGES; ANTONELLI, 2014, p. 544).

Na perspectiva dos biologicistas, o TDAH é caracterizado como um transtorno neurobiológico resultado da complexa interação entre fatores genéticos e ambientais. Segundo Baldini e Leite (2006), os critérios clínicos para diagnosticar o referido transtorno são caracterizados pela tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade, percebida como mais comum na infância.

As referências para diagnosticar as crianças com TDAH, segundo Barbarini (2014), são definidas pelas publicações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), sobretudo pela quarta versão, elaborada pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e, conforme Sena (2014), pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima versão (CID-10), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambos reconhecidos internacionalmente como referência no diagnóstico para os diferentes transtornos (SENA, 2014). Atualmente, a quinta versão do DSM, publicada em 2013, passou a ser a referência atualizada. Nessas publicações, o TDAH é compreendido segundo a concepção biologicista, que o fundamenta como um tipo de transtorno associado à dificuldade de atenção e hiperatividade na realização de atividade. E, conforme o CID-10, é caracterizado por grupo de transtornos de comportamentos emocionais que ocorrem durante a infância e a adolescência: F 90 – Transtornos hipercinéticos; F 90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção; e F 90.1 – Transtorno hipercinético de conduta.

Em estudo realizado por Dorneles et al (2014), de viés biologicista, os autores reafirmam que o TDAH, a desatenção e os comportamentos de agitação, impulsividade afetam a vida escolar das crianças resultando em dificuldades de aprendizagem que podem ser divididas em comportamentais e intelectuais. São crianças que “apresentam dificuldade de engajamento em tarefas, constantemente prolongando o início de uma atividade, além de evitarem o treino repetitivo e não desenvolverem habilidades de forma automática quanto seus pares sem TDAH” (DORNELES et al, 2014, p. 760).

Para Rossi e Rodrigues (2009), o TDAH também é caracterizado pela observação dos sintomas de comportamentos hiperativos e desatentos nas crianças. Afirmam que o mesmo tem origem nos fatores neurológicos e genéticos e que são os sintomas que explicam e dão o diagnóstico do transtorno. Os fatores ambientais e sociais não são causais, mas podem impactar na persistência dos sintomas ao longo da vida adulta. A partir da coleta de dados realizada em sala com professores e no Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC) em duas escolas de ensino fundamental, sugerem as autoras que os professores precisam se apropriar dessa definição, considerando que o objetivo proposto para a pesquisa foi

[...] informar, ensinar e orientar o professor sobre o que é TDAH, suas causas, diagnóstico, prevalência, enfim, tudo o que esclareça o professor sobre o assunto e, tão importante quanto, fornecer subsídios, por meio de técnicas cognitivo-comportamentais, para que ele possa atuar (fornecer

ajuda, incentivo e apoio) com esse aluno que apresenta comportamentos inadequados e/ou dificuldades escolares. (ROSSI; RODRIGUES, 2009, p. 216-217)

Do mesmo modo que Rossi e Rodrigues (2009) dão ênfase aos sintomas na caracterização do TDAH, Azevedo, Caixeta e Mendes (2009) realizaram estudos de caráter epidemiológico no campo da neuropsiquiatria infantil e reiteram que o diagnóstico é essencialmente clínico e são observados comportamentos de desatenção, de hiperatividade e de impulsividade, avaliados no ambiente escolar e relatados pela família.

No relatório da Anvisa (2012), o TDAH é explicado como um transtorno neurobiológico do comportamento na infância e relacionado à dificuldade de aprendizagem. Também é esclarecido no documento que, apesar de não existir exame laboratorial que possa prever a manifestação desse transtorno como uma dificuldade de aprender da criança, a venda do metilfenidato aumenta nos períodos letivos e diminui durante as férias escolares. Os encaminhamentos das escolas para averiguação médica, conforme o relatório informa, em sua maioria são originados de queixas dos professores e os relatos da família contribuem para o fechamento do diagnóstico em TDAH.

A interpretação neurobiológica, para Caliman (2008), torna o transtorno mais aceito socialmente a partir dos anos 1990, devido ao foco das pesquisas sobre o cérebro ter se intensificado nessa década, que ficou conhecida como “década do cérebro”, validando, desse modo, seu discurso científico. A partir de então, a explicação de disfunção no cérebro como causadora de uma desordem da atenção e do comportamento que afeta a aprendizagem torna-se uma patologia do indivíduo iniciada na infância (CALIMAN, 2008).

Porém, para Lorenzi, Rissato e Silva (2012), há controvérsias em torno do discurso da existência do TDAH, como sendo uma patologia da dificuldade de aprendizagem, seja pela explicação de desordem neuroquímica ou pela definição a partir do quadro de desatenção e comportamentos hiperativos e impulsivos. Nas formulações de críticas acerca do referido transtorno, questionam a crescente necessidade de nomear e classificar comportamentos, transformando avaliações referentes às variações de conduta e focalizando a atenção em patologias na infância.

A crítica feita por Brzozowski e Caponi (2010) se refere à legitimação institucional do TDAH desde o DSM, passando por clínicas médicas e escolas. Para os

autores, a nomeação e classificação tão precoce do indivíduo como uma pessoa doente, que não é “normal”, em que a criança é incapaz de realizar atividades sem uso de medicamento, pode afetar sua autoimagem.

Para Caliman (2008, 2009), a interpretação exclusivamente neurobiológica revela análises aparentes e superficiais do TDAH e o transforma em um dos transtornos mais controversos e questionados por outras áreas do conhecimento como a neuroética e as humanidades. Com isso, a interpretação de determinação biológica do transtorno contribui substantivamente para a crescente medicalização da educação.

Em pesquisas efetuadas por Eidt (2004; s/d) e Eidt e Tuleski (2010), destaca-se o crescente uso do metilfenidato no tratamento do transtorno e, segundo Moysés (2013a; 2013b), não há estudos sobre os efeitos e futuras consequências do seu uso em crianças. Porém, a recente publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) cita o levantamento feito pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CVS/SES/SP) nos 553 casos notificados do uso do metilfenidato. Foi analisado que o uso do medicamento em crianças menores de seis anos causou reações de sonolência, lentidão de movimento e atraso no desenvolvimento. Outros eventos cardiovasculares, entre taquicardia e hipertensão, e transtornos psíquicos, depressão, psicose, além de dependência do medicamento. Distúrbios neurológicos também foram observados como reações, discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias.

As pesquisas que afirmam a existência do TDAH pelo viés biológico não mencionam as reações do metilfenidato para a saúde da criança. Buscam, a partir do aumento de prevalência, que se refere à proporção de ocorrência na população, sustentar evidências da existência do transtorno. Entre esses estudos, destacamos os artigos de Vasconcelos et al (2003); Andrade e Scheuer (2004); Araújo, Mattos e Pastura (2007); Fontana et al (2007); Biscelgi et al (2013) e Dorneles et al (2014).

Dorneles et al (2014) destacam que a prevalência mundial para crianças e adolescentes é estimada em 5,29%. E a prevalência nacional, para Arruda (2011), é de 4,1%, sendo maior nas crianças de classes sociais mais baixas, estimando aproximadamente que 2,9 milhões de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH não têm acesso ao tratamento.

Nas crianças pobres, a determinação biológica do transtorno é explicada pelo uso de tabaco e álcool na gestação. Ou seja, a origem do transtorno está relacionada às condições de vida da mãe e a criança desenvolve o transtorno na gestação (ARRUDA, 2011).

O estudo de mesma concepção, ao afirmar que entre as crianças pobres há uma prevalência maior do transtorno, é feito por Fontana et al (2007) que realizaram pesquisas em escolas brasileiras apresentando uma prevalência do TDAH de 13% em quatro escolas públicas que atendem uma população socialmente desfavorecida no município de São Gonçalo - RJ. O estudo abrangeu crianças de 6 a 12 anos e utilizou, essencialmente, os critérios do DSM-IV.

Em outro estudo, de Araújo, Mattos e Pastura (2007), realizado em um colégio de aplicação federal no Rio de Janeiro, em uma amostra de 381 alunos obteve-se uma prevalência de 6,8%, sendo o desatento o tipo mais predominante e o transtorno associado, opositor e desafiador, mais comum na amostra. Dessa afirmação nos cabe uma ressalva, sendo um colégio que atende crianças e adolescentes, da primeira a oitava série do ensino fundamental, não seria esperado alunos questionadores, inquietos, em vez de categorias patológicas denominadas de “opositor” ou “desafiador”? Essa questão será mais trabalhada no capítulo seguinte desta dissertação, isto é, como a regulação da conduta é desenvolvida, a partir de uma contribuição teórica na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural sobre o domínio da conduta pela criança.

Outra pesquisa que teve como referência o DSM foi realizada por Vasconcelos et al (2003) em uma escola pública do ensino básico, no município de Niterói – RJ. Professores e familiares (responsáveis pelas crianças) preencheram um questionário de 18 sintomas definidos a partir do DSM- IV e se obteve uma prevalência de 17% para o diagnóstico de TDAH em um total de 403 crianças.

Apesar de ampla variação da prevalência em pesquisas brasileiras sobre TDAH, entre 5,8% a 17,1%, esses dados são utilizados nos estudos de perspectiva biologicista como científicos para legitimar sua ocorrência na população.

A ampla variação de prevalência em pesquisas acerca do transtorno, conforme Azevedo, Caixeta e Mendes (2009), fundamentados na abordagem biologicista, é explicada em função das diversas metodologias adotadas nas pesquisas. Porém, essa ampla variação é

um elemento questionável e, segundo o Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologia em Saúde (Brats), são pesquisas de baixa qualidade:

As pesquisas analisadas pelo Brats foram identificadas como tendo baixa qualidade metodológica, com indícios superestimados, viés de publicação, tempo de acompanhamento muito curto, número significativo de estudos financiados ou com seus investigadores filiados à indústria farmacêutica e baixa generalização. As evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento como o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização. (BRASIL, 2015, s/p)

Outro documento que revela a ampla variação como um elemento questionável e que justificou a sua elaboração se refere às “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2015).

Embora sejam documentos importantes para o trabalho em saúde e que destacam a necessidade de rever métodos nessas pesquisas, há estudos que afirmam a necessidade de tratamento precoce do transtorno, a exemplo do realizado por Andrade e Scheuer (2004) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nessa pesquisa, os familiares e professores participaram como fonte de informação do diagnóstico e avaliação sobre o consumo do metilfenidato e sua eficácia no tratamento das crianças diagnosticadas. Segundo os autores, o transtorno é muito comum na infância e com início precoce e de evolução crônica. Concluíram que, nas observações e avaliações da escola e da família sobre as 21 crianças pesquisadas, ocorreu 100% de melhora no fator hiperatividade.

Atendendo o mesmo objetivo de apresentar um estudo indicando a antecipação do tratamento na infância, Biscegli et al (2013) realizaram uma pesquisa de caráter quantitativo em pré-escolares de creche, com crianças entre 4 e 5 anos, no município de Catanduva – SP. Afirmaram que a prevalência de TDAH foi de 6,01% para um total de 133 crianças. Segundo os autores, o diagnóstico e o tratamento precisam ser realizados nessa faixa etária porque contribuem para minimizar os problemas futuros gerados pelo transtorno.

Nos estudos de Andrade e Scheuer (2004) e de Biscegli et al (2013) observamos a tendência em afirmar a ocorrência do transtorno na infância com início precoce. Demarca-se

um investimento em pesquisas para averiguação do referido transtorno desde a pré-escola. Estudos desse caráter, como o de Andrade e Scheuer (2004), que apresentam a eficácia do remédio, reforçam a escolha prioritária da prescrição medicamentosa no tratamento do transtorno.

Contrariando as suposições dessas pesquisas que têm levado a um processo de patologização da aprendizagem, Eidt e Tuleski (2010) destacam que o aumento expressivo do número de crianças, em idade escolar, que estão sendo medicadas precisa ser compreendido com rigor científico:

Os sintomas diagnosticados como TDAH vêm atingindo proporções epidêmicas, como já assinalamos, suas manifestações cobram um encaminhamento teórico-prático urgente. Contudo, essa urgência não justifica práticas não fundamentadas em uma análise rigorosamente científica (EIDT; TULESKI, 2010, p. 13).

Em consonância a esse argumento, é salientado no relatório realizado pela Anvisa (2012) quanto aos objetivos do documento em “apontar possíveis distorções na utilização de metilfenidato em crianças” (p. 1), que o seu uso “tem sido muito difundido nos últimos anos e de forma, inclusive, equivocada”, daí a ser denominado como “droga da obediência” (p. 13). E por ser um medicamento que altera o comportamento da criança, causando o chamado “efeito zumbi” no qual ela fica apática e quieta diante de situações.

A relação entre a droga/diagnóstico e a escola, explicitada em pesquisas, requer análise que possa nos levar a compreender os reais motivos para o uso crescente de medicalização na infância. E, nesse sentido, buscamos explicitar neste capítulo como o viés biologizante das pesquisas tem amparado os estudos sobre TDAH quando afirma que o diagnóstico é meramente clínico e se realiza por meio das observações dos comportamentos da criança relatadas por familiares e profissionais da educação.

Em nosso estudo, o TDAH é compreendido como um fenômeno histórico-social, de modo que o biológico é parte do desenvolvimento, portanto, os elementos biológicos do fenômeno apresentados nas pesquisas não são descartados. Entendemos que o determinismo biológico não só explica o advento da medicalização na criança, mas, sobretudo, colabora com o crescimento da patologização na educação. Nesse sentido, trazemos a reflexão de Leite (2015) sobre a relação entre biológico e social:

Entendemos, portanto, ser necessário avançar para além da simples delimitação das regiões corticais responsáveis pela atenção e regulação do comportamento. É necessário retomar como essas funções corticais se constituem em unidade biológico/cultural e estão em constante movimento, em que cada etapa supera a anterior não a descartando, mas superando-a por incorporação. Ou seja, as formas mais naturais de nosso comportamento só se tornam organizadas porque as apropriações culturais servem como elementos que reorganizam os componentes biológicos que expressam o comportamento mais imediato. Por sua vez, este biológico que foi transformado pelo cultural, ao concretizar uma transformação, abre espaço para que novas transformações aconteçam. (LEITE, 2015, p. 45)

Para a pesquisadora, a compreensão sobre o fenômeno precisa avançar, isto é, torna-se importante considerar que “as condições sociais possam ser levadas em conta no diagnóstico e prognóstico de eventuais transtornos e nas conceituações das funções psicológicas”. Portanto:

[...] não deve desconsiderar os componentes biológicos apresentados pelos indivíduos com diagnóstico de TDAH, a questão está em não entender estes componentes biológicos como determinantes de um dado conjunto de sintomas apresentados e tampouco compreender que o desenvolvimento desses componentes biológicos – no caso funcionamento cerebral – é intrínseco ao indivíduo, independente dos fatores culturais. (LEITE, 2015, p. 45)

No próximo capítulo desta dissertação seguimos com essa discussão, explicando como se desenvolve a atenção e o comportamento regulado da criança, a partir da compreensão da unidade biológico/social, e como a educação tem um papel nesse desenvolvimento.

### **3.O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO E DA REGULAÇÃO DA CONDUTA, SUPERANDO O DETERMINISMO BIOLÓGICO**

Na compreensão da concepção hegemônica, cuja referência respalda os diagnósticos das crianças com TDAH, a dificuldade de aprender deriva de causa biológica no cérebro que a impossibilita de ter atenção e comportamento regulado nas atividades escolares. Para essa concepção, a atenção e o comportamento são processos que se desenvolvem isolados das condições histórico-sociais da criança.

Neste capítulo, discutimos como a atenção e o comportamento regulado, como aspectos do desenvolvimento da criança, se constituem na unidade biológico/cultural, sendo o cultural também social, uma vez que o desenvolvimento e a aprendizagem são produtos de um processo enraizado nas ligações entre história individual e história social e o papel ativo do ser humano na transformação da natureza, na criação e no emprego dos signos (VYGOTSKI, 1931/1995a)<sup>5</sup>.

Embora discordemos da ênfase biologizante atribuída ao TDAH, presente nos DSM como referência para o diagnóstico, não ignoramos a existência de comportamentos hiperativos, a dificuldade da criança ter atenção e, conseqüentemente, suas implicações para o ensino e a aprendizagem. Conforme Leite (2015):

No caso da desatenção e dos comportamentos hiperativos, aos quais se atribui atualmente o nome de TDAH, negar que estes comportamentos sejam um transtorno de ordem psiquiátrica não significa simplesmente negar que existam pessoas – especialmente crianças – com dificuldades para focar atenção e controlar o comportamento, mas, por intermédio do viés de entendimento de desenvolvimento humano proposto pela Psicologia Histórico-Cultural, evidenciar que a capacidade de focar ou não focar atenção, de controlar ou não controlar o próprio comportamento é, sobretudo, mediada pela apropriação de instrumentos da cultura da qual se faz parte. (LEITE, 2015, p. 58)

---

<sup>5</sup> Diferentes traduções apresentam formas distintas na grafia do nome do autor. Neste trabalho, utilizaremos Vigotski quando nos referirmos ao autor sem referência a uma obra específica e, quando estiver vinculado a uma obra, será mantida a grafia da publicação.

Assim, os comportamentos hiperativos e a dificuldade de atenção da criança são expressões do caráter imediato do fenômeno TDAH a partir do que supostamente é nomeado como um transtorno psiquiátrico. Nos dois primeiros capítulos, fizemos um exercício de análise apresentando os elementos que relacionam e determinam este fenômeno como vigência da medicalização da vida, concepção biologicista hegemônica que explica o transtorno em relação ao atual modo de produção capitalista.

Apesar de a atenção e o comportamento regulado serem funções psíquicas, é o caráter explicativo do campo psiquiátrico e da neurologia infantil, a partir da abordagem biologicista, que adentra o espaço escolar diagnosticando as dificuldades de atenção e de comportamento regulado como transtornos ou patologias da dificuldade de aprendizagem.

Pasqualini (2013) aborda as relações entre pedagogia e psicologia para a compreensão do desenvolvimento infantil e os desafios para o ensino. Entendemos que essa compreensão se apresenta como um convite à superação dessa ordem medicalizante e patológica da educação. Nessa perspectiva, a Psicologia Histórico-Cultural traz fundamentos teóricos para superar a cisão entre biológico e cultural no desenvolvimento da criança, e explica como a atenção e o comportamento regulado são compreendidos no psiquismo infantil e, conforme destaca Leite (2015, p. 56):

O desenvolvimento da criança constitui uma unidade dialética entre duas linhas que, em princípio, são essencialmente distintas (desenvolvimento natural e desenvolvimento cultural). A tarefa da psicologia consiste em estudar essas duas linhas e seus entrelaçamentos nas etapas de desenvolvimento da criança.

Discutir como se desenvolve a atenção e a conduta na criança remete a uma reflexão necessária quanto aos encaminhamentos feitos pelas escolas às unidades de saúde, visto que ao avaliarem os comportamentos das crianças como desatentos e hiperativos, sugerindo o suposto transtorno, expressam a concepção de que a atenção e a regulação da conduta são, exclusivamente, de domínios meramente biológicos e, portanto, essas dificuldades de aprendizado tornam-se uma patologia individual da criança.

Importante ressaltar que em nosso estudo não excluimos que os encaminhamentos escolares estão associados às condições estressantes de trabalho dos professores, conforme discutimos no capítulo I sobre a relação com o trabalho e as expressões de fadiga e sofrimento

no trabalho como dimensão importante da medicalização da vida. A intensificação do trabalho explicitada na dupla jornada do professor é um dado que aparece nas entrevistas com esses trabalhadores. Assunto que será mais discutido na análise dos dados e discussão dos resultados de nossa pesquisa.

Como contribuição para superação das explicações patológicas da falta de atenção e comportamentos hiperativos e que limitam o trabalho pedagógico próprio da educação escolar, entendemos ser indispensável compreender as leis que regem o desenvolvimento do psiquismo humano para o processo de ensino e aprendizagem. E, por isso, recorreremos às formulações teóricas da Psicologia Histórico-Cultural ao explicar como se desenvolve a atenção e o comportamento regulado na criança.

Adotamos como nosso referencial os estudos formulados por Luria (1979; 1991), Vygotski (1931/1995), Vigotski (1934/2010) e Leontiev (1978a, b, c), que ao questionarem a determinação biológica das funções psíquicas nos ensinam como se dá o desenvolvimento da atenção e o domínio da conduta na criança, entendendo-os como processos sócio-históricos do desenvolvimento.

Vygotski (1931/1995), que foi um dos precursores dessa teoria, baseado em experimentos e observações das crianças, formulou explicações do desenvolvimento das funções psíquicas da atenção e domínio da conduta desde os primeiros dias de vida da criança. Ao explicitar a atenção e a regulação do comportamento como funções do psiquismo desenvolvidas em sua interfuncionalidade com as demais funções psíquicas na criança, realizou um percurso dialético de análise, ora absorvendo contribuições de outros estudos, ora negando aspectos desses estudos. Formulou, assim, um modo analítico de superação das concepções naturalizantes do desenvolvimento humano.

Tal compreensão da relação entre biológico e social no desenvolvimento humano também foi apreendida por Leontiev (1978b). Mobilizado pela necessidade teórica de contraposição às teses racistas dos eugenistas sobre gênero humano, discordou da centralidade biológica que justificava a supremacia de uma raça sobre outra. Seu estudo trouxe importante formulação acerca da relação entre o homem e a cultura e entre o biológico e o social no psiquismo, cujo destaque está expresso na passagem abaixo:

[...] as propriedades biologicamente herdadas do homem constituem apenas uma das condições da formação das suas funções e faculdades psíquicas,

condição que desempenha por certo um papel importante. Consequentemente, se bem que estes sistemas não sejam determinados por propriedades biológicas, dependem, todavia, destas últimas.

A outra condição, é o mundo de objectos e de fenómenos que rodeiam o homem, criado pelo trabalho e pela luta de inúmeras gerações humanas. É este mundo que fornece ao homem o que ele tem de verdadeiramente humano. Se, portanto, distinguimos nos processos psíquicos superiores do homem, por um lado, a sua forma, isto é, as particularidades puramente dinâmicas que dependem da sua <<factura>> morfológica e, por outro, o seu conteúdo, isto é, a função que eles exercem e a sua estrutura, então podemos afirmar que o primeiro elemento é determinado biologicamente e o segundo socialmente. Será preciso sublinhar que o aspecto decisivo é o *conteúdo*? (LEONTIEV, 1978b, p. 257, grifos do autor)

Depreendemos dessa afirmação que na relação entre biológico e social, o primeiro existe enquanto plasticidade, o segundo é compreendido pelas relações entre os humanos e os objetos produzidos historicamente que determinam as funções psíquicas na formação do indivíduo. O autor assinala que o desenvolvimento das funções e faculdades psíquicas especificamente humanas se produz no processo de apropriação e aquisição pelas relações reais do sujeito, “determinadas pelas condições históricas concretas, sociais, nas quais ele vive e pela maneira como a sua vida se forma nestas condições” (Idem, 1978b, p. 257).

No mesmo sentido, Luria (1991) buscou superar a concepção idealista que se ancorava no determinismo biológico de desenvolvimento humano e contribuiu, a partir dos pressupostos do materialismo dialético, para a constituição da concepção de psiquismo humano para a Psicologia Histórico-Cultural. Sua contribuição é fundamental ao esclarecer que as funções psíquicas não podem ser reduzidas à descrição subjetiva da vida e explicadas pelos fenómenos espirituais. Para o autor, a atividade consciente humana não está obrigatoriamente ligada a motivos biológicos, pois são necessidades complexas.

Situam-se entre elas as necessidades cognitivas, incentivam o homem à aquisição de novos conhecimentos, a necessidade de comunicação, a necessidade de ser útil à sociedade, de ocupar, nesta, determinada posição, etc. (LURIA, 1991, p.71)

[...]

Torna-se claro que a atividade consciente do homem não é produto do desenvolvimento natural de propriedades jacentes no organismo mas o resultado de novas formas histórico-sociais de atividade-trabalho. (LURIA, 1991, p.77)

A relação entre o biológico e o social é analisada por Vygotski (1931/1995, p. 310, tradução nossa)<sup>6</sup>, quando ele afirma a determinação social: “A tarefa de toda teoria científica consiste precisamente em analisar as relações fundamentais que existem entre o meio e o organismo”. Aqui, o estudioso assinala que o social, que também é cultural, se configura pelos materiais, pelas relações e pelos objetos por meio dos quais a criança se desenvolve. Desse modo, apreendemos que o biológico no desenvolvimento das funções é estrutura orgânica vital, portanto, a ideia de plasticidade corresponde a sua capacidade de ser moldada, forjada pelo social, à medida que as mediações materiais e sociais circundam a criança desde o seu nascimento e determinam o seu desenvolvimento.

Portanto, adotamos em nosso estudo essa perspectiva de análise da unidade biológico/social ou biológico/cultural, porque todo social é cultural conforme os postulados da Psicologia Histórico-Cultural que explicam o desenvolvimento da atenção e o comportamento regulado no desenvolvimento humano. Trataremos a seguir como a atenção é compreendida para essa perspectiva teórica.

### 3.1 Atenção

A atenção foi definida por Luria (1991) como uma das funções psíquicas mais importantes da atividade consciente por ter a incumbência de selecionar estímulos essenciais para a atividade.

A seleção da informação necessária, o asseguramento dos programas seletivos de ação e a manutenção de um controle permanente sobre elas são convencionalmente chamados de *atenção*. O caráter seletivo da atividade consciente, que é função da atenção, manifesta-se igualmente na nossa percepção, nos processos motores e no pensamento. Se não houvesse essa

---

<sup>6</sup> “La tarea de toda teoría científica consiste precisamente en analizar las relaciones fundamentales que existen entre el medio y el organismo”.

seletividade, a quantidade de informação não selecionada seria tão desorganizada e grande que nenhuma atividade se tornaria possível. (LURIA, 1991, p. 1, grifo do autor)

O caráter seletivo organiza informações e torna possível a atividade consciente, isto é, o pensamento organizado. Para o autor, as peculiaridades dos estímulos externos determinam o sentido e o volume da atenção.

[...] o sentido da atenção é determinado pela estrutura psicológica da atividade e depende essencialmente do grau de sua automatização. A tarefa geral, que orienta a atividade do homem, distingue como objeto da atenção o sistema de sinais ou relações que fazem parte da atividade provocada do homem, suscitada por tal tarefa. [...] *É quase fundamental o fato de que a orientação da atenção se encontra em dependência direta do êxito ou do insucesso da atividade.* (LURIA, 1991, p. 5-6, grifos do autor)

Estudos recentes fundamentados nessa perspectiva abordam o social como determinante no desenvolvimento da atenção. Leite (2015) discute a interfuncionalidade das funções psíquicas no aspecto da atenção e se posiciona alertando: crianças que estão sendo medicalizadas deveriam ser apenas educadas. Outros autores que também trabalham com a mesma perspectiva teórica, como Eidt (2004), Eidt e Ferraciolli (2007), Eidt e Tuleski (2010), Eidt, Tuleski e Franco (2014) e Leite e Rebello (2014), criticam a concepção biologicista que explica e propaga o TDAH.

Para Leite e Rebello (2014), a concepção hegemônica ao afirmar que a atenção focalizada é conquistada a partir das prescrições biomédicas torna oculta a contribuição da psicologia sobre como se dá o desenvolvimento da atenção no indivíduo. De modo a evidenciar e recolocar o papel da psicologia no debate teórico para que de fato se pense o desenvolvimento da atenção para além dos ajustes sociais e do uso de medicamentos, as autoras realizaram uma revisão bibliográfica destacando como essa função é compreendida em estudos com diferentes abordagens.

Partimos do entendimento que conhecer tais publicações a respeito do desenvolvimento da atenção possibilita resgatar o lugar da Psicologia na seara de estudos a respeito do desenvolvimento psíquico, da constituição das funções psicológicas e não somente como uma ciência que contribui para o

ajuste de pessoas com dificuldade de focar atenção e regular o comportamento. (LEITE; REBELLO, 2014, p. 64)

A psicologia como contribuição para o processo de emancipação humana, a partir das leis que regem o desenvolvimento do psiquismo como uma tarefa científica, foi abordada por Vigotski (1934/2010) em *O problema e o método de investigação*. Esse problema de pesquisa, assinalado pelo autor, para o campo teórico sobre desenvolvimento humano é um embate que ainda se faz necessário: “estudar uma questão como pensamento e linguagem significa, ao mesmo tempo, desenvolver uma luta ideológica com as concepções opostas” (VIGOTSKI, 1934/2010, p. 17).

Diferentemente da interpretação biologizante de desenvolvimento e focada apenas no indivíduo, Vygotski (1931/1995) definiu a atenção como uma função psíquica que começa a ser desenvolvida por meio dos reflexos condicionados logo após o nascimento da criança. Isto é, para o autor desde a tenra idade a atenção da criança começa a ser organizada por meio da mediação de adultos e objetos que passam de involuntários ou primários para tornarem-se, paulatinamente, voluntários ou secundários:

A história da atenção da criança é a história do desenvolvimento de sua conduta organizada. É uma história que começa a partir do momento do nascimento. A atenção primária é da responsabilidade dos mecanismos neurais herdados que organizam o curso dos reflexos, segundo o princípio da dominante conhecido pela fisiologia. De acordo com esse princípio, o fator organizador no funcionamento do sistema nervoso é a existência de um foco de excitação principal que inibe o curso de outros reflexos e reforçado à sua custa. No processo nervoso dominante se engendram as bases orgânicas daquele processo da conduta que recebe o nome de atenção.<sup>7</sup> (VYGOTSKI, 1931/1995c, p. 213, tradução nossa)

Portanto, os mecanismos herdados biologicamente pelo nascimento aos poucos vão cedendo espaço às determinações sociais. Isto é, a atenção é desenvolvida pela relação do bebê com o adulto e objetos. Para efeitos de entendimento, destacamos a passagem abaixo,

---

<sup>7</sup> “La historia de la atención del niño es la historia del desarrollo de su conducta organizada. Es una historia que comienza desde el momento en que nace. La atención primaria corre a cargo de los mecanismos nerviosos heredados que organizan el transcurso de los reflejos según el principio de la dominante conocido por la fisiología. De acuerdo con ese principio, el factor organizador en el funcionamiento del sistema nervioso es la existencia de un foco de excitación principal que inhibe el curso de otros reflejos y se refuerza a costa de ellos. En el proceso nervioso dominante se engendran las bases orgánicas de aquel proceso de la conducta que recibe el nombre de atención”.

quando o autor explica a atenção nos primeiros dias de vida. Se ela surge enraizada pela estrutura orgânica, gradualmente vai sendo determinada pelo social. Vejamos como isso é discutido pelo autor:

Vemos, portanto, que o desenvolvimento da atenção da criança, desde os primeiros dias de sua vida, está em um meio complexo formado por estímulos de um duplo gênero. Por um lado, os objetos e os fenômenos atraem a atenção da criança em virtude das suas propriedades intrínsecas; por outro, os correspondentes estímulos-catalisadores, ou seja, as palavras guiam a atenção da criança. Desde o início, a atenção da criança está orientada. Primeiro, os adultos a dirigem, mas à medida que a criança vai dominando a linguagem, começa a dominar a mesma propriedade de dirigir a sua atenção no que diz respeito aos outros e, em seguida, em relação a si mesma.<sup>8</sup> (VYGOTSKI, 1931/1995c, p. 232, tradução nossa)

A atenção referida pelo autor segue em duas linhas de desenvolvimento: o desenvolvimento natural da atenção e o desenvolvimento cultural da atenção. A primeira é marcada pelo caráter biológico, pelos estímulos primitivos e se relaciona às necessidades vitais por alimento e às fisiológicas que demarcam o caráter de sobrevivência. O desenvolvimento da atenção é organizado pela relação de comunicação entre o adulto e o bebê à medida que a criança chora porque sente fome ou quando está molhada e tem seu pedido atendido pelo seu cuidador. Tais ações constituem a organização da atenção primária, compreendida pelo autor como primeira linha de desenvolvimento.

Já na segunda, com o início da fala, da locomoção, em que se instaura maior complexidade da linguagem oral e ações locomotoras, a atenção começa a ser determinada culturalmente. Porém, a primeira não é eliminada no curso do desenvolvimento, mas segue sendo superada pela segunda.

O desenvolvimento cultural da atenção começa também, no sentido estrito da palavra, na mais tenra idade da criança, quando se produz o primeiro

---

<sup>8</sup> “Vemos, por lo tanto, que el desarrollo de la atención del niño, desde los primeros días de su vida, se encuentra en un medio complejo formado por estímulos de un doble género. Por un lado, los objetos y los fenómenos atraen la atención del niño en virtud de sus propiedades intrínsecas; por otro, los correspondientes estímulos-catalizadores, es decir, las palabras orientan la atención del niño. Desde el principio, la atención del niño está orientada. Primero la dirigen los adultos, pero a medida que el niño va dominando el lenguaje, empieza a dominar la misma propiedad de dirigir su atención con respecto a los demás y después en relación consigo mismo”.

contato social entre ela e os adultos em seu entorno. Como todo desenvolvimento é cultural, é, ao mesmo tempo, social.

O desenvolvimento cultural de qualquer função, incluída a atenção, consiste em que o ser social, no processo de sua vida e atividade, elabora uma série de estímulos e signos artificiais. Graças a eles se orienta o comportamento social da personalidade; os estímulos e signos assim formados se convertem no meio fundamental que permite o indivíduo dominar seus próprios processos de comportamento.<sup>9</sup> (VYGOTSKI, 1931/1995c, p. 215, tradução nossa)

Portanto, sob aporte das contribuições dos estudos da Psicologia Histórico-Cultural, afirmamos que o desenvolvimento da atenção e a regulação do comportamento decorrem dos meios culturais, socialmente determinados. Disso depreendemos que a concepção sobre a atenção definida como processo meramente biológico incorre na explicação sobre o desenvolvimento humano pautada exclusivamente em fatores biológicos e, conseqüentemente, gera a medicalização das crianças, uma vez que passa a entender a desatenção como uma falha cerebral.

Outra contribuição importante sobre a atenção, em consonância com estudos do autor supracitado, é feita por Luria (1991) que também analisa o desenvolvimento dessa função. Se a atenção arbitrária é mais requerida na escola porque exige da criança o pensamento organizado e a capacidade de manter-se atenta na atividade de estudo, anteriormente a essa fase, quando a criança é um bebê e depois na pré-escola, a atenção involuntária é marcada por instabilidade:

[...] tem caráter instável e relativamente estreito pelo volume (a criança de idade tenra e pré-escolar perde muito rapidamente a atenção pelo estímulo que acaba de surgir, seu reflexo orientado se extingue rapidamente ou se inibe com o surgimento de qualquer outro estímulo); o volume de sua atenção é relativamente pequeno, podendo a criança distribuí-la entre vários

---

<sup>9</sup> “El desarrollo cultural de la atención comienza también, en el estricto sentido de la palabra, en la más temprana edad del niño, cuando se produce el primer contacto social entre él y los adultos de su entorno. Al igual que todo desarrollo cultura! es, al mismo tiempo, social.

El desarrollo cultural de cualquier función, incluida la atención, consiste en que el ser social en el proceso de su vida y actividad elabora una serie de estímulos y signos artificiales. Gracias a ellos se orienta la conducta social de la personalidad; los estímulos y signos así formados se convienen en el medio fundamental que permite al individuo dominar sus propios procesos de comportamiento”.

estímulos voltando-se para o antecedente sem afastar o seu campo de visão ou anterior. (LURIA, 1991, p.22)

Esse tipo de atenção involuntária, que antecede a fase escolar e pré-escolar, é mobilizado pelo reflexo orientado por estímulos novos ou fortes e se manifesta na criança nas primeiras semanas de vida, do primeiro ano de vida do bebê, demarcado pela atividade de comunicação emocional direta, e segue persistindo na fase de atividade objetal manipulatória, do primeiro ao terceiro ano de vida. Nessa fase os objetos que atraem a atenção da criança, ou seja, o ambiente externo à criança, como o som, a fala dos adultos e os diferentes estímulos mobilizam a sua atenção. Portanto, conforme nos ensina Pasqualini (2006, p. 118), são “as condições objetivas da organização social” que determinam e determinarão o desenvolvimento das funções psíquicas na criança.

Em um processo gradual, a atenção involuntária passa por meio da manipulação de objetos e instrução verbal do adulto para uma transição paulatina à atenção arbitrária. Processo que é acompanhado pelas mudanças significativas da linguagem em que a “comunicação, que se realiza através da fala, de atos e gestos do adulto, influencia essencialmente a organização dos processos psíquicos da criança” (LURIA, 1991, p. 25).

À medida que a linguagem se torna complexa para a criança, o que resulta em saltos qualitativos na comunicação, também a atenção recebe influência, uma vez que o desenvolvimento humano se dá pela interfuncionalidade das funções psíquicas. A linguagem ocupa um papel fundamental para a atenção por meio de um processo de luta interna de apreensão do mundo cultural que circunda a criança. As funções, portanto, não se desenvolvem sem as outras, sendo que a linguagem “muda essencialmente os processos de atenção do homem” (LURIA, 1991, p. 82), assim como a memória:

A linguagem muda essencialmente também os processos da memória do homem. É sabido que a memória do animal depende consideravelmente da orientação no meio ambiente e dos motivos biológicos, que servem de reforço daquilo que é lembrado com êxito. No nível humano e apoiada nos processos do discurso, a linguagem se torna pela primeira vez atividade mnemônica consciente, na qual o homem coloca fins especiais de lembrar, organiza o material a ser lembrado e acha-se em condições não só de ampliar de modo imensurável o volume de informação que se mantém na memória como ainda de voltar-se arbitrariamente para o passado, selecionando nele,

no processo de memorização, aquilo que em dada etapa se lhe afigura como mais importante. (LURIA, 1991, p. 82-83)

A memória, portanto, também cumpre um papel no desenvolvimento da atenção organizada. É nesse sentido que a fala do adulto no desenvolvimento da atenção primária/elementar, orientando e direcionando com instrução verbal e outras ações nesse processo de superação da atenção elementar para o domínio da atenção voluntária, é compreendida. Abaixo, vejamos como Vygotski (1931/1995c) deixa claro o processo de mediação do adulto e o papel da linguagem:

Assim é como se desenvolve a linguagem, o pensamento e todos os demais processos superiores do comportamento. Da mesma forma acontece com a atenção voluntária. A princípio, é o adulto quem orienta a atenção da criança com suas palavras, criando uma espécie de indicações suplementares, algo como flechas sobre os objetos em seu ambiente, elaborando com elas poderosos estímulos indicadores. Em seguida, é a criança quem começa a participar ativamente nestas indicações e é a mesma quem usa a palavra ou o som como meio indicador, ou seja, orienta a atenção do adulto para o objeto que lhe interessa.<sup>10</sup> (VYGOTSKI, 1931/1995c, p. 232, tradução nossa)

No domínio da atenção, o processo de superação do biológico ao social é conflituoso e complexo, segue ultrapassando as condições herdadas biologicamente pelo organismo.

Nos deteremos muito brevemente em um fenômeno muito complexo, chamado vivência do esforço, que é incompreensível a partir da análise subjetiva. Como ela aparece, de onde vem a atenção voluntária? Ao nosso entender, o esforço se deve a uma atividade complementar complexa que qualificamos como domínio da atenção. Tal esforço, é claro, não existe onde o mecanismo da atenção começa a funcionar automaticamente. Há na vivência do esforço processos complementares, conflitos e lutas e tentativas para orientar os processos de atenção em outro sentido, e seria um milagre que tudo isso sucederia sem desgaste de forças, sem um sério trabalho

---

<sup>10</sup> “Así es como se desarrolla el lenguaje, el pensamiento y todos los demás procesos superiores de la conducta. De igual modo sucede con la atención voluntaria. Al principio, es el adulto quien orienta la atención del niño con sus palabras, creando una especie de indicaciones suplementarias, algo así como flechas, sobre los objetos de su entorno, elaborando con ellas poderosos estímulos indicadores. Luego es el niño quien empieza a participar activamente en tales indicaciones y es él mismo quien utiliza la palabra o el sonido como medio indicador, es decir, orienta la atención del adulto hacia el objeto que le interesa”.

interno do sujeito, um trabalho que pode ser medido pela resistência encontrada pela atenção voluntária.<sup>11</sup> (Idem, p. 223, tradução nossa)

Dessa afirmativa apreendemos que a atenção não nasce pronta e seu desenvolvimento depende de esforços no domínio da atenção voluntária que pressupõe conflitos e lutas internas, exigindo da criança um empreendimento nesse domínio que é realizado pela mediação social, portanto, não é automático e não resulta de uma simples maturação orgânica.

Ao fugir de explicações simplistas e aparentes do desenvolvimento, Vygotsky (Idem), a partir de experimentos e análises feitas com as crianças em idade pré-escolar, de três e cinco anos, e em idade escolar, compreende atenção voluntária:

[...] chegamos à seguinte interpretação dos processos de atenção voluntária. Esses processos devem ser estudados como uma certa etapa no desenvolvimento da atenção instintiva, com a particularidade de que as leis gerais e o caráter do seu desenvolvimento totalmente coincidem com o que pudemos estabelecer para outras formas de desenvolvimento cultural da conduta. Podemos dizer, portanto, que a atenção voluntária é um processo mediado enraizado internamente e que o próprio processo está inteiramente sujeito às leis gerais do desenvolvimento cultural e da formação de formas superiores de conduta. Isso significa que a atenção voluntária, tanto por sua composição, como por sua estrutura e função, não é simplesmente o resultado do desenvolvimento natural, orgânico da atenção, mas o resultado de sua mudança e reestruturação pela influência de estímulos-meios externos.<sup>12</sup> (Idem, p. 224, tradução nossa)

---

<sup>11</sup> “Nos detendremos muy brevemente en un fenómeno muy complejo, denominado vivencia del esfuerzo, que resulta incomprendible desde el análisis subjetivo. ¿Cómo aparece, desde dónde llega a la atención voluntaria? A nuestro entender, el esfuerzo se debe a una actividad suplementaria compleja que calificamos como dominio de la atención. Tal esfuerzo, naturalmente, no existe donde el mecanismo de la atención comienza a funcionar automática mente. Hay en la vivencia del esfuerzo procesos suplementarios, conflictos y luchas e intentos de orientar los procesos de la atención en otro sentido, y sería un milagro que todo ello sucediera sin desgaste de fuerzas, sin un serio trabajo interno del sujeto, de un trabajo que puede medirse por la resistencia que encuentra la atención voluntaria”.

<sup>12</sup> “Llegamos a la siguiente interpretación de los procesos de la atención voluntaria. Esos procesos deben estudiarse como una cierta etapa en el desarrollo de la atención instintiva, con la particularidad de que las leyes generales y el carácter de su desarrollo coinciden plenamente con lo que pudimos establecer para otras formas de desarrollo cultural de la conducta. Podemos decir, por lo tanto, que la atención voluntaria es un proceso de atención mediada arraigada interiormente y que el propio proceso está enteramente supeditado a las leyes generales del desarrollo cultural y de la formación de formas superiores de conducta. Eso significa que la atención voluntaria, tanto por su composición, como por su estructura y función, no es el simple resultado del

Do mesmo modo como a atenção se desenvolve culturalmente, a seguir discutiremos como a regulação da conduta também é compreendida, a partir da ideia de que o domínio do comportamento pela criança depende das relações mediadas e do ensino sistematizado.

### 3.2 Desenvolvimento do comportamento regulado da criança

Quanto à regulação da conduta, também compreendida por Vigotski como um processo psíquico, a ênfase dada pelo autor se refere ao trabalho educativo, tendo como base o social, pois é a partir deste que as funções se desenvolvem. Vejamos o que autor destaca sobre isso:

A transformação do material natural na forma histórica é sempre um processo complexo de mudança do próprio tipo do desenvolvimento e não uma simples transição orgânica. A principal conclusão que podemos fazer da história do desenvolvimento cultural da criança com referência à sua educação, consiste em que esta há de salvar uma colina onde viu uma estrada plana, que deve dar um salto onde pensava que podia se limitar a um passo. O principal mérito das novas investigações consiste em ter deixado claro um panorama complexo onde anteriormente se via um simples.<sup>13</sup> (VYGOTSKI, 1931/1995e, p. 310, tradução nossa)

A partir da explicação dialética do desenvolvimento das funções psíquicas, a Psicologia Histórico-Cultural nos ensina que o trabalho de educar precisa destacar que o desenvolvimento não é linear, não segue uma linha reta, pressupõe saltos qualitativos. É complexo e pressupõe luta interna do sujeito para o desenvolvimento da conduta e atenção

---

desarrollo natural, orgánico de la atención, sino el resultado de su cambio y reestructuración por la influencia de estímulos-medios externos”.

<sup>13</sup> “La transformación del material natural en forma histórica es siempre un proceso de cambio complejo del propio tipo del desarrollo y no una simple transición orgánica. La conclusión principal que podemos hacer de la historia del desarrollo cultural del niño con referencia a su educación, consiste en que ésta ha de salvar una cuesta allí donde veía antes un camino llano, que debe dar un salto allí donde pensaba que podía limitarse a dar un paso. El mérito principal de las nuevas investigaciones consiste precisamente en haber puesto de manifiesto un panorama complejo allí donde antes se veía uno sencillo”.

voluntária, ambos requeridos nos processos de escolarização, e se dá sempre na relação entre o biológico e o social.

A história do desenvolvimento cultural da criança deve ser considerada como o processo vivo da evolução biológica, em analogia com o surgimento gradual de novas espécies de animais e o desaparecimento, durante a luta pela existência, de espécies antigas, com o curso dramático da adaptação de organismos vivos à natureza. O desenvolvimento cultural da criança só pode ser entendido como um processo vivo do desenvolvimento, de formação, de luta e, nesse sentido, deve ser objeto de um estudo científico real. Ao mesmo tempo, deve ser inserido na história do desenvolvimento da criança o conceito de conflito, ou seja, de contradição ou choque entre o natural e o histórico, o primitivo e o cultural, o orgânico e o social.<sup>14</sup> (Idem, p. 303, tradução nossa)

A busca de soluções para as dificuldades de aprendizado por meio da medicalização ou da intervenção médica e de seus ditames biologizantes deturpa a compreensão das leis que regem o desenvolvimento do psiquismo como um trabalho a ser realizado pelos educadores.

A apropriação do desenvolvimento cultural para a organização social se estende também e, inclusive, aos deficientes cegos e surdo-mudos. Segundo Vygotski (1931/1995e), o ensino sistematizado deve ter como finalidade a apropriação dos conteúdos pelas crianças e o desenvolvimento das suas funções psíquicas, potencializando o seu desenvolvimento por meio da criação de outros sistemas de signos para a comunicação oral e escrita, pois as condições culturais e materiais devem ser criadas para que isso ocorra. Nesse sentido, assinala o autor que se pode ler com as mãos (braile) e pela visão (libras), sendo essas as condições culturais que determinam o desenvolvimento da criança e por esse entendimento que devemos educá-las.

Para Eidt (2004, p.59), a superação de práticas medicalizantes deve ser considerada a partir de práticas pautadas na investigação das potencialidades humanas, cuja

---

<sup>14</sup> “La historia del desarrollo cultural del niño debe estudiarse al igual que el proceso vivo de la evolución biológica, en analogía con la aparición gradual de nuevas especies animales y la desaparición, durante la lucha por la existencia, de especies viejas, con el curso dramático de la adaptación de los organismos vivos a la naturaleza. El desarrollo cultural del niño sólo puede ser comprendido como un proceso vivo del desarrollo, de formación, de lucha y, en ese sentido, debe ser objeto de un verdadero estudio científico. Al mismo tiempo, ha de introducirse en la historia del desarrollo infantil el concepto de conflicto, es decir, de contradicción o choque entre lo natural y lo histórico, lo primitivo y lo cultural, lo orgánico y lo social”.

compreensão da “mediação entre adulto e criança é de fundamental importância para a transformação da atenção infantil e para a regulação do comportamento de involuntário para voluntário, substituindo gradativamente os comportamentos impulsivos por ações voluntárias”.

Para efeitos teórico-práticos da condução da prática pedagógica, Pasqualini e Ferracioli (2009) afirmam que a regulação da conduta da criança depende do direcionamento educativo no qual a atuação do professor tem influências para que ela consiga ou não obtê-la:

A atuação do educador, de uma maneira geral, pode determinar a ocorrência e manutenção de ações agressivas, em função da forma como reage diante dos comportamentos das crianças. O castigo, a repreensão verbal, o isolamento, enfim, as punições e ameaças, são as formas mais comuns de reação diante das ações agressivas da criança.

[...]

As atividades pedagógicas propostas também devem ser analisadas. Atividades muito além ou aquém das possibilidades de realização da criança criam desinteresse, tensão, frustração e favorecem o engajamento em ações paralelas; dentre elas, as ações agressivas. (PASQUALINI; FERRACIOLI, 2009, p.151-152)

Este estudo, portanto, realizado pelos autores supracitados, traz elementos teórico-práticos para a educação escolar e alternativas à vigência medicalizante na educação que tende a direcionar na criança suas dificuldades em aprender, responsabilizando-a por essa dificuldade. Diferentemente disso, esses autores contribuem para que observemos as relações e propostas pedagógicas.

Vê-se, portanto, que as práticas medicalizantes negam a dimensão da singularidade da criança em um ambiente coletivo, desconsiderando o papel fundamental da escolarização em educar no domínio da conduta.

Leite (2015, p.160) adverte que o papel da escola deve ter como finalidade a superação dos comportamentos hiperativos e desatentos, não servir como um ambulatório que antecede o diagnóstico feito pelos médicos. Por meio do ensino sistematizado, “a criança pode ganhar recursos internos para modificar sua conduta”, isto é, o domínio da conduta é educado, mediado pelas relações, sendo requerido um trabalho educativo para que os alunos sejam

“capazes de regular a própria conduta”. Sendo papel da escola por meio do ensino sistematizado “formar a personalidade do aluno, daquilo que determina seu comportamento (valores, motivos, objetivos) e isto não é garantido por qualquer atividade senão a atividade de estudo formativa”.

A escola, portanto, deve ir no caminho oposto a essa tendência medicalizante, ou seja, deve educar para que as crianças superem suas dificuldades na obtenção da atenção voluntária e do domínio da conduta, entendendo que isso requer compreender as leis que regem o psiquismo humano. Propõe-se, assim, uma diferenciação da concepção biomédica que faz crer (em consonância com os interesses da indústria farmacêutica e cumprindo uma estratégia econômica) que não ter atenção e o comportamento regulado nas atividades escolares se deve às falhas no cérebro, supondo a existência de um transtorno mental na criança.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Analisar, a partir de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde, as significações sobre o diagnóstico e o tratamento em crianças supostamente com TDAH, tendo em vista compreender como estes profissionais explicam as determinações desse transtorno e suas expressões na escola e na saúde que podem levar à medicalização da infância.

### **4.2 Objetivos específicos**

- a) Levantar como são descritos os encaminhamentos e diagnóstico de TDAH por trabalhadores da educação e da saúde, destacando as especificidades de cada área na abordagem dada ao transtorno.
- b) Identificar e analisar as significações referentes às determinações do TDAH por esses trabalhadores.
- c) Verificar e explicitar se há diferenças entre as significações sobre TDAH dos trabalhadores das duas áreas de atuação.

## 5.MÉTODO

A pesquisa apresentada vale-se do método dialético para compreender a medicalização em casos de TDAH, adotando uma visão não dicotômica, busca apreender as relações e as múltiplas determinações do fenômeno ora estudado. Ressaltamos que para o campo teórico do materialismo histórico e dialético, que fundamenta a Psicologia Histórico-Cultural e estudos sobre as determinações do processo-saúde na Saúde Coletiva, como subsídios para nossa análise, não há separação entre qualitativo e quantitativo, pois estes são complementares no sentido de garantir o conhecimento da totalidade e as relações diversas do fenômeno investigado.

Buscamos, a partir desse referencial, analisar os dados coletados, compreendendo os processos de medicalização de crianças diagnosticadas e que recebem tratamento por TDAH; investigar como os trabalhadores da escola e da saúde se relacionam com essas crianças e como realizam os encaminhamentos e tratamentos; e discutir os significados atribuídos ao transtorno, de modo a buscar superar uma visão dicotômica e, na medida do possível, apreender as relações e as múltiplas determinações do fenômeno ora estudado.

Entre os teóricos da abordagem adotada para nossa pesquisa, tanto no referencial para contraposição às visões hegemônicas de desenvolvimento humano como nas formulações utilizadas para análise de dados, destacamos as obras de Leontiev (1978), Luria (1979; 1991), Vigotski (1933-34/2010; 1934/2010). O desenvolvimento humano para esses estudiosos é compreendido como resultado das relações e mediações sociais e das condições concretas de vida. Nesse sentido, nos apropriamos dos elementos acerca da relação biológico/social para a nossa defesa de que o social é determinante sobre o biológico na constituição da atenção e regulação da conduta da criança.

Para a Psicologia Histórico-Cultural, todos os processos relacionados ao desenvolvimento humano são, portanto, mediados pelas relações sociais e pelas condições concretas de vida determinadas pelo modo de produção da sociedade. Ou seja, o processo de humanização decorre dessas condições e dessas mediações.

Desse modo, considera-se que o tratamento e a medicalização por TDAH requer analisá-lo no contexto histórico da sociedade atual e das múltiplas determinações que têm

levado a um número crescente de crianças medicadas por esse transtorno, não o entendendo apenas como mais uma patologia. Busca-se, portanto, compreender as relações materiais, sociais e culturais de constituição sócio-histórica da infância hoje em instituições como a escola e os serviços de saúde, inseridas em uma dada realidade objetiva que se relaciona e produz a subjetividade da criança.

Para tanto, nos afirmamos em Laurell (1982) quando argumenta que o processo saúde-doença é de natureza social e relacionado de modo articulado a outros processos sociais, políticos e econômicos. A análise ora apresentada será feita a partir de sujeitos concretos, em que o problema da saúde-doença não se limita apenas à determinação biológica. Como nos apresentam Skalinski e Praxedes (2003, p. 308):

Partindo do pressuposto de que a epidemiologia não estuda a doença no indivíduo, mas na coletividade, em uma forma de organização social, a definição de um objeto de estudo de caráter social que determine causalidade, requer o entendimento das relações do grupo escolhido com outros grupos da sociedade e a compreensão da dimensão dessas relações enquanto fenômenos sociais, inseridas em um contexto muito mais amplo. O materialismo histórico é uma teoria social capaz de explicar o processo saúde-doença através de uma interpretação científica da realidade, assumindo um compromisso com o projeto de mudança no pensamento epidemiológico, voltado para a busca da causalidade no social.

E é para essa perspectiva que nosso estudo converge, apresentando uma análise crítica do TDAH e da medicalização da infância. Desse modo, os elementos evidenciados na análise numa perspectiva do materialismo histórico compõem uma rica totalidade de determinações a serem vistas em movimento. Foi o que Marx (1859/1978) pretendeu revelar sobre o equívoco das visões idealistas que não se pautam pela análise dos elementos da vida concreta. Ao discutir população em sua obra *Crítica da Economia Política*, divergiu da visão dos idealistas da Economia Política, que desconsideraram em seus estudos os elementos da divisão de classes, do trabalho assalariado e do capital. Sendo que para Marx (1859/1978, p. 116), o método deve revelar “uma rica totalidade de determinações e relações diversas” do fenômeno.

## 5.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que em uma delas havia o programa Estratégia Saúde da Família (ESF), e em três escolas públicas que atendem crianças matriculadas em creche, pré-escola, ensino fundamental I e II na região norte de um município do Centro-Oeste Paulista, estado de São Paulo, que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2016 teve a população estimada em aproximadamente 141 mil habitantes.<sup>15</sup>

Para melhor compreensão da apresentação dos dados coletados optamos por dividir as escolas em: 1 que atende educação infantil de creche e pré-escola; 2 que atende o ensino fundamental I e II; 3 que atende o ensino pré-escolar, fundamental I e sala multifuncional (sala destinada às crianças com necessidades especiais).

O critério de escolha das UBS se deu pela existência de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos por equipes de docentes e alunos da Unesp. As escolas foram selecionadas conforme a correspondência territorial em relação às Unidades Básicas de Saúde. Optamos pela coleta de dados abrangendo os respectivos bairros e ação de unidades públicas de saúde e de educação junto à população. Duas escolas correspondem a uma UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada ao extremo norte da cidade. A terceira escola corresponde a uma UBS localizada em um bairro com mais proximidade da região central da cidade.

A partir dessa escolha geográfica e da correspondência entre as unidades de serviços de educação e de atenção básica em saúde para a coleta e análise de dados, buscamos melhor evidenciar a relação da interface entre educação e saúde.

## 5.2 Participantes

Participaram da pesquisa os profissionais da saúde e da educação que trabalham nas unidades de saúde e escolas, totalizando 53 trabalhadores, sendo:

---

<sup>15</sup> Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.

27 professores de educação básica;  
3 coordenadoras pedagógicas;  
2 diretores escolares;  
2 enfermeiras;  
5 agentes comunitários;  
4 auxiliares de enfermagem;  
1 auxiliar de saúde bucal;  
1 auxiliar administrativo;  
1 cirurgião-dentista;  
1 pediatra;  
1 médica da família e comunidade;  
2 professoras de ensino superior;  
1 fonoaudióloga;  
1 psicólogo;  
1 psicopedagogo;

Para obter informações sobre as situações que levaram ao encaminhamento e diagnóstico de TDAH nas crianças, assim como identificar os trabalhadores da educação e da saúde que tiveram contato com crianças diagnosticadas com TDAH, foi aplicado um questionário (em apêndices A e B).

O questionário foi utilizado para coletar dados e selecionar os participantes para a entrevista, porém alguns profissionais da saúde e educação contabilizados no total de participantes não preencheram o questionário e participaram de conversas com a pesquisadora registradas no diário de campo, bem como alguns trabalhadores que responderam ao questionário não foram incluídos nas entrevistas devido ao critério de inclusão definido para a segunda etapa desta pesquisa. Esses dados são apresentados e discutidos no capítulo 6 desta dissertação.

O critério de inclusão utilizado para participação na segunda etapa da pesquisa (entrevistas) se deu devido ao trabalho realizado por estes profissionais com crianças diagnosticadas e que recebem tratamento por TDAH, ou seja, a mediação que alguns

profissionais da escola e da saúde desenvolvem com essas crianças e que por isso se constituem como fontes orais para a análise pretendida.

Ao final da primeira etapa identificamos dez participantes que realizavam algum tipo de mediação com as crianças diagnosticadas e que recebiam tratamento medicamentoso. Foram realizadas entrevistas com cinco trabalhadores da educação (uma coordenadora pedagógica e quatro professoras do ensino básico) e com cinco da área da saúde (duas professoras do ensino superior, uma enfermeira, uma fonoaudióloga e um psicólogo).

Após a realização de leituras do material produzido nesta etapa para a análise e identificação dos núcleos de significação, foram contempladas as entrevistas de sete trabalhadores (duas professoras do ensino básico, uma coordenadora pedagógica, um psicólogo, uma fonoaudióloga, duas professoras do ensino superior). As entrevistas dos outros trabalhadores não foram utilizadas para a análise, pois não forneciam elementos suficientes para análise no que se refere ao contato direto com as crianças que recebiam tratamento pelo diagnóstico de TDAH.

### **5.3 Procedimentos do trabalho em campo**

Após autorização do projeto pelas secretarias de educação e de saúde do município, a coleta de dados foi realizada em duas etapas: a) aproximação, contatos iniciais com as instituições e aplicação de questionário; b) entrevistas.

Na primeira etapa da pesquisa, realizou-se a aplicação de questionários nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde como meio para selecionar os participantes para a entrevista semiestruturada. As questões do questionário foram genéricas com o intuito de obter informações de dados da pessoa e da instituição e para identificar se o trabalhador tinha ou não relação e que tipo de contato mantinha com a criança diagnosticada com TDAH e em tratamento medicamentoso (Apêndices A e B).

Além disso, outro meio para obtenção de dados da pesquisa nessa etapa se deu pela observação dos trabalhadores da educação e saúde nos diferentes momentos de contato com eles. As informações e impressões observadas foram registradas em diário de campo.

Nas escolas, os primeiros contatos foram feitos com as coordenações e direções, apresentando o projeto de pesquisa. Em seguida, participamos do Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC), que é a reunião de planejamento semanal de professores com a coordenação e a direção da escola, quando também foi apresentado o projeto de pesquisa aos professores. Essas reuniões ocorriam semanalmente (segunda-feira ou terça-feira), quando discutiam assuntos diversos referentes ao trabalho realizado na escola.

Após apresentação e discussão da pesquisa com os participantes foi aplicado o questionário. Em duas escolas essa etapa foi mais tranquila, tanto no momento inicial de apresentação da pesquisa para a coordenação como na devolução dos questionários. Já em uma escola alguns questionários não foram respondidos, o que dificultou nosso trabalho de coleta e análise.

Em uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBS-ESF) foi possível participar da reunião de equipe com todos os profissionais envolvidos no trabalho, devido à dinâmica já instituída em função das reuniões semanais. Na outra, foi realizado contato individualizado, conforme proposto pela coordenação da área de Saúde da Criança em dia da semana específico, dada a dinâmica e a demanda da unidade. Também foram sugeridos os trabalhadores a serem contatados no dia, de acordo com a intervenção que realizavam e do contato com as crianças.

Inicialmente todos os profissionais de educação e da saúde envolvidos no atendimento de crianças dos anos iniciais da educação básica nas escolas do ensino infantil e fundamental e das unidades de saúde abrangidas na pesquisa receberam um questionário no qual puderam informar a existência de casos de encaminhamentos por esses trabalhadores de crianças diagnosticadas com TDAH.

Todos os contatos, conversas realizadas, idas nas escolas e nas unidades de saúde foram relatados em diário de campo, como instrumento de registro de observações, dados e informações no trabalho da pesquisadora.

A etapa seguinte de definição dos participantes da pesquisa para a realização de entrevistas foi estabelecida após análise do questionário respondido pelos trabalhadores das unidades básicas de saúde e das unidades escolares. Após essa primeira etapa, observamos nas respostas do questionário aplicado o critério de inclusão dos participantes dado pela existência

do trabalho desses profissionais com as crianças diagnosticadas e que recebem ou receberam tratamento por TDAH.

A realização da entrevista semiestruturada se deu a partir de um roteiro com alguns eixos temáticos: dados gerais, trabalho, conhecimento sobre o TDAH, identificação e encaminhamento, tratamento, determinações do TDAH (Apêndices C e D). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente.

Para Schraiber (1995), a entrevista como instrumento de pesquisa é uma fonte oral e de ampliação do registro que revela as representações dos sujeitos em torno da temática da pesquisa. Além da entrevista, e de modo complementar, fizemos uso da observação participante, registrando em diário de campo materiais, a serem apresentados neste estudo como mais uma possibilidade no trajeto investigativo.

A observação participante registrada em diário de campo contribui para orientar o processo “em que são anotadas as próprias percepções do pesquisador acerca da investigação em curso” (SCHRAIBER, 1995, p.70).

Quanto ao uso do gravador, trata -se de um instrumento que:

Permite captar e reter por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância: as pausas de reflexão e de dúvida ou a entonação da voz nas expressões de surpresa, entusiasmo, crítica, ceticismo, ou erros – elementos esses que compõem com as ideias e os conceitos a produção do sentido da fala, aprimorando a compreensão da própria narrativa (SCHRAIBER, 1995, p. 71).

#### **5.4 Análise dos resultados**

Para a análise dos resultados da primeira etapa, organizamos alguns quadros explicitando e sintetizando as informações obtidas no questionário, que, como já foi apontado anteriormente, teve o objetivo de identificar os trabalhadores que tiveram contato com crianças diagnosticadas e em tratamento por TDAH, para definirmos os participantes da segunda etapa da pesquisa.

Quanto à análise dos dados coletados por meio das entrevistas, investimos na apreensão de núcleos de significação como proposto por Aguiar e Ozella (2006; 2013). A partir do material produzido pelas entrevistas, a pesquisadora teve como tarefa extrair conteúdos mediante os objetivos da pesquisa e organizar o material para constituição dos núcleos de significação abstraídos nas falas dos sujeitos. É nesse sentido que a proposta de nucleação de significações, extraídas dos conteúdos das falas desses sujeitos, expressa os significados que são atribuídos à existência do fenômeno pesquisado, ou seja, por meio da análise do discurso dos trabalhadores, revela-se mediações sociais e econômicas.

A partir das falas dos participantes coletadas em entrevista, buscamos captar o processo e o movimento discursivo dos sujeitos acerca do fenômeno, considerando os objetivos definidos para nosso estudo. E é nesse sentido que Aguiar e Ozella (2013), sob a perspectiva da abordagem da Psicologia Histórico-Cultural, argumentam que a análise em nossa pesquisa é antes de tudo uma interpretação do pesquisador. Desse modo, em nosso trabalho a construção dos núcleos sintetiza as mediações constitutivas do sujeito acerca de suas significações sobre o fenômeno, “mediações essas que constituem o sujeito no seu modo de pensar, sentir e agir” em um contexto sócio-historicamente determinado (AGUIAR, OZELLA, 2013, p.310).

Para a constituição dos núcleos de significação, Aguiar e Ozella (2013) nos propõem a tarefa de organização do material coletado, iniciando a leitura das entrevistas dos participantes e destacando palavras e conteúdos. Esse percurso é denominado de leitura flutuante, pois a entrevista para eles é “um dos instrumentos mais ricos e que permitem acesso aos processos psíquicos que nos interessam particularmente os sentidos e os significados” (AGUIAR, OZELLA, 2013 p. 308).

No trabalho de análise e constituição dos núcleos de significação, os significados são “produções históricas e sociais. São eles que permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências” (AGUIAR, OZELLA, 2006, p.226). Essa posição está presente nos pressupostos teóricos formulados por Vigotski (1934/2010) em “O problema e o método de investigação”, capítulo da sua obra *A construção do pensamento e da linguagem*. Nesta obra o significado é abordado como processo psíquico da linguagem e do pensamento:

[...] o significado da palavra, que acabamos de tentar elucidar do ponto de vista psicológico, tem na sua generalização um ato de pensamento na verdadeira acepção do termo. Ao mesmo tempo, porém, o significado é parte

inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quando ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra mas som vazio. Privada do significado, ela já não pertence ao reino da linguagem. (VIGOTSKI, 1934/2010, p. 10)

O processo que busca captar ou apreender os sentidos e significados dos sujeitos, “do que foi dito pelo sujeito, entender aquilo que não foi dito: apreender a fala interior” (AGUIAR, OZELLA, 2013, p.308), conforme explicam os autores, é um esforço construtivo-interpretativo da fala, do pensamento, das contradições e da totalidade da constituição dos sentidos que esse sujeito atribui ao fenômeno e a sua atividade.

Desse modo, este movimento analítico interpretativo não deve ser restrito à fala do informante, ele deve ser articulado (e aqui se amplia o processo interpretativo do investigador) com o contexto social, político e econômico, permitindo o acesso à compreensão do sujeito na sua totalidade. (AGUIAR, OZELLA, 2013, p.311)

Embora nossa análise se concentre nos significados atribuídos pelos trabalhadores acerca de sua atividade e do fenômeno TDAH e medicalização, não é possível separar sentido e significado na teoria da Psicologia Histórico-Cultural, já que eles constituem um processo de interdependência na formação da consciência. Para Vigotski:

[...] sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. O significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos. (VIGOTSKI, 1934/2010, p. 465)

Discutir sentido e significado para Aguiar e Ozella (2013) é compreendê-los pela unidade contraditória do simbólico e do emocional, apreendendo melhor o sujeito, e “por meio de um trabalho de análise e interpretação, pode-se caminhar para as zonas mais instáveis, fluidas e profundas, ou seja, para as zonas de sentido” (AGUIAR, OZELLA, 2013, p. 304).

Leontiev (1978a, p. 96) destaca as relações entre significação e sentido pessoal, como fenômenos da consciência, porém ela não pode ser compreendida isoladamente, isto é, a partir de si própria, mas sim como fenômenos da vida. Portanto:

A significação é o reflexo da realidade independentemente da relação individual ou pessoal do homem a esta. O homem encontra um sistema de significações pronto, elaborado historicamente, e apropria-se dele tal como se apropria de um instrumento, esse precursor material da significação. O facto propriamente psicológico, o facto da minha vida, é que eu me aproprie ou não, que eu assimile ou não uma dada significação, em que grau eu a assimilo e também o que ela se torna para mim, para a minha personalidade; este último elemento depende do sentido subjectivo e pessoal que esta significação tenha para mim. (LEONTIEV, 1978a, p. 96)

Leontiev (1978a, p. 96 e 97) define como fenômenos da vida as condições concretas “características da interação real que existe entre o sujeito real e o mundo que o cerca, em toda a objectividade e independentemente das suas relações, ligações e propriedades”.

Ao extrair das falas dos participantes os conteúdos para constituição de núcleos de significação estamos revelando os significados das relações de trabalho com as crianças diagnosticadas com TDAH. A responsabilidade atribuída aos trabalhadores pelo crescente uso de medicamentos em crianças é comum nos apontamentos críticos sobre a medicalização da vida, porém é sabido que as condições de trabalho e a forma como as instituições de saúde e de educação estão organizadas acabam por favorecer esses processos. A partir da proposta de nucleação dos significados, pretendemos não cair na armadilha de responsabilizar os trabalhadores pelo processo de medicalização das crianças, pois, como já foi abordado no primeiro capítulo, ele é determinado pela ideia de medicalização da vida e requer ser examinado à luz das relações de produção e do movimento das contradições da sociedade capitalista.

Na análise das entrevistas, dedicamos um esforço interpretativo de aproximação, semelhança e contradição dos elementos extraídos das falas dos participantes sobre suas atividades, como realizam seu trabalho, o que pensam acerca do TDAH e da medicalização, bem como o que os mobilizava de acordo com suas concepções, que também são determinadas pelo mundo que os cerca.

Para a construção dos núcleos de significação, em concordância com Aguiar e Ozella (2013), os passos metodológicos percorridos se constituíram em: a) Realização da gravação das entrevistas, seguida da transcrição literal; b) Leitura flutuante e organização do material, destacando as palavras e trechos com significado; c) Diversas leituras do material transcrito, destacando os conteúdos das falas dos trabalhadores; d) Organização dos pré-indicadores e indicadores; e) Início da nomeação dos núcleos de significação, atentando-se para palavras com forte cunho expressivo que surgiram na fala do participante.

Os conteúdos da fala dos sujeitos entrevistados foram destacados nas “leituras flutuantes”, considerando os objetivos de pesquisa e, em seguida, sublinhadas as palavras com significados, elencando os pré-indicadores para constituição dos núcleos. “Assim, temos que partir das palavras inseridas no contexto que lhe atribuí significado, entendendo aqui como contexto desde a narrativa do sujeito até as condições histórico-sociais que os constitui” (AGUIAR, OZELLA, 2013, p. 308).

Os pré-indicadores são “trechos de fala compostos por palavras articuladas que compõem um significado, carregam e expressam a totalidade do sujeito e, portanto, constituem uma unidade de pensamento e linguagem” (AGUIAR, OZELLA, 2013, p. 309).

A tarefa de elencar os pré-indicadores e indicadores nos quais foram destacados palavras e/ou os conteúdos extraídos das entrevistas com os trabalhadores das escolas e UBS se constituíram como um momento de antecipação da nuclearização.

Em consonância com os objetivos de pesquisa aglutinamos os pré-indicadores por similaridade, ou semelhança, ou complementariedade, ou contraposição, denominando esses indicadores por palavras compostas ou frases, extraídas das falas dos trabalhadores e ou interpretadas pela pesquisadora.

Essa etapa de organização dos conteúdos das falas dos trabalhadores nos deu um quadro de possibilidades denominado de pré-indicadores e indicadores, conforme exemplo realizado a partir de uma entrevista (Apendice F). Essa etapa antecipa a constituição dos núcleos de significação, explicitando através de quadro como o estudo analítico foi feito, em que é exposto o processo e o movimento do sujeito sobre a temática TDAH e medicalização.

Os objetivos do estudo ora apresentados foram permanentemente retomados e a partir do referencial teórico adotado possibilitaram o caminho interpretativo para a

pesquisadora, pois conforme propõem Aguiar e Ozella (2006, 2013), o trabalho analítico é um exercício de interpretação do discurso do participante. No entanto não é uma interpretação aleatória, sempre será uma interpretação mediada pelos objetivos elencados na pesquisa e a perspectiva teórica adotada. Do empírico ao interpretativo do sujeito em um contexto sócio-historicamente determinado. (AGUIAR, OZELLA, 2013, p.310).

Após definição dos indicadores mais uma vez retomamos a leitura de todo material que deu início a etapa de nucleação, ao passo que os núcleos foram sendo definidos e nomeados de acordo com algumas expressões e palavras ditas pelos participantes.

No processo de aglutinação dos temas para constituição dos núcleos de significação, os indicadores foram agrupados conforme semelhança e/ou por apresentar elementos contraditórios presentes nas falas dos sujeitos, bem como a totalidade em que a fala do sujeito está inscrita como um processo articulado, de acordo com o que a pesquisadora se propôs investigar e em consonância com os objetivos definidos nesse trabalho. Nesse sentido a análise por meio dos núcleos de significação traz elementos do fenômeno TDAH e medicalização.

## **5.5 Aspectos éticos**

Antes do início da coleta de dados, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB-Unesp (Parecer nº 820.372), estando em conformidade com as normas éticas estabelecidas na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012). Do mesmo modo, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Educação e realizado contato com a coordenação das unidades de saúde e escolas envolvidas, visando informar e esclarecer a natureza do estudo.

Após realização dos contatos institucionais, os trabalhadores foram convidados a participar dessa pesquisa. No momento da coleta de dados foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice E) ao participante, informando sobre o tema da pesquisa, o sigilo das informações, a autorização para gravação e a divulgação dos resultados, bem como da sua participação voluntária e do sigilo dos nomes das pessoas e das instituições envolvidas. Portanto, para cada participante foi emitida cópia do TCLE e foram utilizados nomes fictícios.

Para garantir o sigilo dos participantes foram escolhidos nomes inspirados em trabalhadores da música que fazem da voz seu instrumento de trabalho. De modo comparativo, entendemos que os trabalhadores participantes dessa pesquisa utilizam da fala para comunicar-se com as crianças, seja no ensino ou no tratamento com essas crianças. A escolha dos nomes se deu de modo aleatório relacionando as vozes de artistas da música em correspondência com cada participante. Entre os artistas definimos os seguintes: Rita Lee, Carol Ladeira, Ceumar, Juçara Marçal, Maria Bethania, Gal Costa e Jorge Drexler.

Atendendo ao aspecto ético, as entrevistas gravadas em áudio, transcritas integralmente, serão apagadas após a conclusão da pesquisa.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 Contextualização dos locais de pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada em três escolas públicas e em duas UBS de bairros diferentes da região norte do município.

A Escola 1 – Educação Infantil atende crianças que frequentam a creche e a pré-escola; a Escola 2 – Ensino Fundamental I e II atende alunos da 1ª a 9ª série; a Escola 3 – Educação Infantil e Ensino Fundamental I atende alunos da pré-escola e da 1ª a 5ª série. Além disso, a Escola 3 tem um atendimento especializado em Sala Multifuncional.

Em relação à saúde, participaram da pesquisa profissionais de uma UBS com características de policlínica, que conta com atendimento especializado em algumas áreas, entre elas a Saúde da Criança. A segunda UBS tem uma equipe de Saúde da Família e conta com o apoio do NASF.

A seguir apresentamos algumas características das unidades escolares e de saúde quanto à quantidade de pessoas atendidas e tipo de atendimento (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização das unidades escolares e de saúde

Escolas	Quantidade de crianças atendidas	Tipo de Atendimento/serviço *
<b>Escola 1</b>	125 matriculadas em creche 95 matriculadas em pré-escola	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creche ( salas de berçário, maternal I e II)</li> <li>• Pré-escola (etapa I e II)</li> </ul>
<b>Escola 2</b>	283 alunos do primeiro ao quinto ano Ensino I 377 alunos do sexto ao nono ano Fundamental II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino Fundamental I e II;</li> <li>• Psicopedagogia (destinado a averiguar dificuldades de aprendizagem)</li> </ul>
<b>Escola 3</b>	52 alunos das etapas 1 e 2 do ensino pré-escolar 42 alunos matriculados do primeiro a quinto ano 20 alunos matriculados no atendimento especializado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino pré-escola;</li> <li>• Ensino fundamental</li> <li>• Atendimento Especializado - Sala multifuncional</li> </ul>
<b>UBS</b>	46 crianças (passaram pela triagem) 83 crianças atendidas	Saúde Mental da Criança Psicoterapia em grupo e individual
<b>UBS-ESF</b>	327 de 5 anos; 199 de 6 anos; 152 de 7 anos; 202 de 8 anos; 189 de 9 anos; 219 de 10 anos.	NASF

Embora neste quadro apresentemos a quantidade de crianças matriculadas nas escolas e em correspondência às séries e idades, nossa pesquisa abrange somente a faixa etária de cinco a dez anos. Para a realização e análise de entrevistas selecionamos os trabalhadores que realizavam trabalho com esta faixa etária.

As escolas 1 e 2 e a UBS- ESF estão localizadas no território com maior número de pessoas e crianças atendidas. Os trabalhadores dessas unidades informaram que se trata de bairros periféricos e com alto índice de tráfico de drogas.

Segundo a psicopedagoga e a coordenadora pedagógica da escola 2 as questões vinculadas principalmente à (des)organização familiar poderiam estar relacionadas às dificuldades de aprendizagem da criança e ocorrência do TDAH. (Diário de campo, 09 de setembro de 2015). Diante essas afirmações indagamos: O problema de não aprender se limita apenas a responsabilidade da família? E os investimentos pedagógicos a serem feitos com essas crianças, não terá a escola um papel a ser desempenhado?

Os trabalhadores da saúde apresentam outra interpretação quanto à vulnerabilidade das crianças expostas ao tráfico de drogas desse bairro. Segundo a coordenação da UBS-ESF há uma demanda por ações de caráter público que viabilizem o acesso das crianças e jovens em atividades culturais, educacionais e formativas na saúde, pois a não oferta dessas atividades culturais limitam a possibilidade de ampliação para outras perspectivas de vida. Uma possibilidade apresentada por essa trabalhadora seria a realização de ações em conjunto da UBS-ESF com a escola 2, pois ambas atuavam no mesmo território, para discutir, inclusive, o tema das drogas e da gravidez precoce. (Diário de campo, 21 de agosto de 2015)

Mesmo apresentando os documentados assinados pelas secretárias de saúde e de educação que consta o aceite para que pesquisa fosse realizada na escola 2 realizamos várias tentativas para iniciar a coleta de dados. Isso acarretou no adiamento da coleta de dados e nem todos os professores preencheram o questionário, dos treze presentes no HTPC apenas cinco entregaram o documento respondido. (Diário de campo, 20 de maio, 07 e 28 de julho de 2015). Tal conduta para com a pesquisa realizada nos fez refletir: O que a coordenação dessa escola não quis revelar ao dificultar a coleta de dados?

A coordenação e a diretora da escola 1 nos informaram que as famílias são bastante receptivas quanto às solicitações da instituição educacional quando requerem algo das crianças e quanto ao comparecimento dos responsáveis pelas crianças. E a percepção que

essas trabalhadoras têm sobre a relação com as famílias é de que se mostram gratas ao trabalho realizado pela escola. (Diário de campo, 11 de agosto, 2015).

Apesar dessas escolas, 1 e 2, estarem localizadas no mesmo bairro, têm visões divergentes sobre as famílias. A coordenação da escola 2 afirmou que a maioria das famílias era “desestruturada”, mostrando uma percepção de que há pouco o que fazer com essas crianças.

Outro fato que chamou nossa atenção na escola 1 quando coletamos os dados, é que estavam organizando a festa da família, porque na opinião da coordenadora e da diretora o rearranjo familiar estava sendo modificado e que, portanto, organizar festas para o dia das mães e/ou dia dos pais não era, na opinião delas, a representação familiar de todas as crianças. Sendo assim, a festa da família representava todos os tipos de família, da criança que vivia com a avó e ou da criança que vivia com duas mães ou dois pais. (Diário de campo, 10 de setembro de 2015)

A Escola 3, segundo informação dada pela diretora, está localizada em um bairro onde os moradores têm condição econômica mais favorecida em comparação a outros bairros da cidade. Observamos que no entorno da escola há oferecimentos de serviços e equipamentos públicos como o parque e áreas de lazer. É um bairro com mais proximidade da região central da cidade e de centros culturais da prefeitura para a juventude.

Outro elemento destacado pela coordenação da escola 3 é de não havia dificuldades de trabalho com a população atendida, pois segundo ela havia um trabalho de parceria feito com as famílias, já que estava lotada nessa unidade escolar há mais de 10 anos.

A UBS próxima a essa escola oferece alguns serviços tal como o atendimento em saúde da criança, contando com profissionais de várias especialidades.

## **6.2 Sistematização dos dados da primeira etapa da pesquisa**

Os dados coletados na primeira etapa informam a quantidade de trabalhadores envolvidos na pesquisa, tempo de trabalho, sexo, idade e formação. São informações obtidas pelas respostas ao questionário aplicado. Também apresentamos nesta sistematização informações e impressões observadas em conversas com participantes da pesquisa, que foram registradas em diário de campo.

No quadro abaixo apresentamos a caracterização dos trabalhadores dos cinco locais de pesquisa, das duas UBS e três escolas de educação básica. Os dados apresentados se

referem ao sexo, tempo de trabalho, idade e formação. Outros participantes da pesquisa que também preencheram o questionário, ou com quem conversamos, não foram agregados para essa caracterização, uma vez que optamos por selecionar apenas os trabalhadores que realizavam trabalho com crianças de 5 a 10 anos.

Quadro 2 – Dados de caracterização dos trabalhadores

Atuação	Sexo		Tempo de trabalho			Formação
	F	M	Até 5 anos	De 6 a 15 anos	De 16 a 33 anos	
<b>Coordenação pedagógica</b>	2			2		Pedagogia
<b>Diretoria</b>	2			2		Pedagogia
<b>Enfermeira coordenação</b>	1			1		Enfermagem
<b>Fonoaudiólogo</b>	1				1	Fonoaudiologia
<b>Médico</b>	4			1	3	Medicina
<b>Professores de Educação Básica</b>	27		1	12	13	Pedagogia
<b>Psicólogo</b>		1		1		Psicologia
<b>Psicopedagogo</b>	1		1			Psicopedagogia

### 6.2.1 Trabalhadores das escolas

Os dados citados no quadro 2 foram coletados por meio dos questionários. Esses dados de identificação foram respondidos pelos professores e revelam aspectos importantes sobre o tempo de trabalho, sexo e idade: a) todos os trabalhadores da educação, sendo 27 professores da educação básica, dois diretores, dois coordenadores pedagógicos e uma psicopedagoga, são do sexo feminino e formados em Pedagogia. Podemos aferir que o trabalho na área da educação é realizado majoritariamente por mulheres; b) em relação ao tempo de trabalho, quase todos os participantes têm mais de cinco anos de experiência de trabalho, exceto a psicopedagoga, sendo que 13 têm mais de 15 anos trabalhando como professora; c) Em relação à idade, 14 trabalhadoras têm mais de 40 anos, variando de 37 a 45 anos.

De acordo com os dados podemos estimar que se trata de um conjunto de trabalhadores com experiência de trabalho, não sendo, portanto, um grupo de jovens que está iniciando a experiência laboral. Se por um lado isso pode implicar em conhecimento prático, também representa certo desgaste em função do tempo de trabalho, bem como por conta da faixa etária em que se encontram.

Na conversa realizada no HTPC com as trabalhadoras da Escola 1, em que estava ausente apenas com a diretora, observamos o cuidado com esse momento de reflexão, pois ao final do dia se organizam para discutir assuntos do trabalho. Estavam as professoras em volta de uma mesa grande coberta de uma toalha florida e sobre a mesa havia alimentos para que elas comessem. Uma pausa para o lanche é dada entre o intervalo que se encerra a aula em sala com as crianças, já que a reunião começa às 18 horas da tarde e mais da metade das professoras realizavam dupla jornada de trabalho. Isto é, após um dia de trabalho, que era sempre na terça-feira, se encontravam semanalmente para discutir assuntos coletivos da escola registrados em uma pauta. De todas as escolas que fomos essa era a única que tinha uma pauta impressa em papel sulfite para cada professor, sendo a também a escola que tinha o menor grupo de professoras. (Diário de Campo, 13 de maio de 2015)

No HTPC dessa escola as professoras, após exposição sobre o nosso trabalho, ficam interessadas e perguntam sobre como é possível identificar uma criança com TDAH. E uma professora relata o comportamento de uma criança mais inquieta na sala e nos questiona se seria uma criança portadora do referido transtorno. Outra professora interrompe e afirma que conhece a criança mencionada e explica que esse comportamento está associado a “indisciplina e tem a ver com a família”. (Diário de campo, 11 de agosto de 2015).

De modo geral essas professoras da escola 1 têm mais dúvidas do que certezas quanto a existência do transtorno. Algumas questionam e afirmam ser improvável crianças da educação infantil apresentar TDAH. Tal questionamento dessas trabalhadoras apresenta divergência em comparação ao que é afirmado em alguns estudos, como os realizados por Biscegli et al (2013) e Andrade e Scheuer (2004), que sugerem que é possível identificar e diagnosticar o transtorno na educação infantil, antecipando o tratamento.

Em convergência ao que foi discutido por elas sobre o entendimento do TDAH, destacamos duas respostas do questionário de uma professora dessa escola. Em relação à questão 5, a professora responde: “Não identifiquei nem diagnostiquei, somente levantei a possibilidade devido o comportamento agitado, tempo de concentrado muito curto”. Na questão 6 ela comenta: “Como é uma faixa etária muito nova, dificilmente as mães buscam

ajuda, mas quando isso acontece, procuram [UBS de referência]”.<sup>16</sup> Embora identifique o comportamento mais agitado e faz suposições de que são crianças que precisam de ajuda da saúde, nos parece que não é uma diretriz do trabalho dela avaliar a criança e encaminhar para a saúde para averiguar diagnóstico de TDAH.

Outro elemento nos pareceu importante se refere à discussão realizada no HTPC dessa escola. Elas debatem mais entre si, do que percebi nas outras reuniões das outras escolas.

Na escola 2 após algumas conversas realizadas com a coordenadora pedagógica do Ensino fundamental I pontuou que o assunto de nossa pesquisa deveria ser discutido com a psicopedagoga que comparecia na escola uma vez por semana e agendou um dia para que pudessemos participar do HTPC. A psicopedagoga forneceu informações para a pesquisa, bem como relatou seu trabalho em duas escolas e como a rede municipal de ensino concebe o seu trabalho, conforme reposta à questão 3 “ Investigação, atendo alunos que apresentam dificuldades e transtornos de aprendizagem, avaliação, intervenção, encaminhamentos, orientações”<sup>17</sup>.

Essa trabalhadora foi contratada pela prefeitura em 2014 para atender duas escolas da rede e realizar um trabalho de identificação das crianças com dificuldades de aprendizagem, especificamente para avaliar se há algum problema associado que necessita de encaminhamento para averiguação médica. Seu trabalho é realizado junto à coordenação de um núcleo de apoio que tem cinco psicopedagogas e uma psicóloga que coordena e atende os casos de dificuldades de aprendizagem.

A psicopedagoga se desloca semanalmente para essa escola para acompanhar as crianças que estão em uma lista previamente feita pela coordenação pedagógica e pelos professores. A partir desta lista ela verifica se há alguma criança com dificuldade de aprendizagem que requer orientação aos professores de como proceder com essa criança e orientação às famílias. É por meio de “provas piagetianas” realizada pela criança com orientação da profissional, que a mesma identifica se essa criança precisa ser encaminhada para um serviço de saúde de neuropediatria que tem como objetivo diagnosticar o transtorno de aprendizagem. A supervisão desse trabalho é feita por uma psicóloga, que em conjunto

---

<sup>16</sup> 5) Conheceu ou conhece alguma criança diagnosticada com TDAH em sua unidade escolar ou unidade de saúde que recebe tratamento? Tem alguma relação de trabalho com essa criança, como por exemplo, é sua aluna, ou frequenta essa escola?

6) Sabe nos informar quais situações que levaram a identificação e diagnóstico do TDAH?

<sup>17</sup> 3) Atualmente desempenha quais atividades? Com qual série do fundamental I, se for professor (a)?

com uma equipe é desenvolvida na rede municipal de ensino. (Diário de campo, 09 de setembro de 2015).

Não há crianças em tratamento nessa escola, porém algumas já foram encaminhadas e estão sendo avaliadas em ambulatório de hospital público. Outras acompanhadas pela psicopedagoga na escola. Na ocasião ela mostrou uma lista das crianças que estão sendo avaliadas, conforme apontamentos dos professores em sala quanto às dificuldades de comportamento e aprendizagem da criança. Quanto ao encaminhamento à unidade de saúde ela informa que só pode fazer caso a família concorde. Na visão a necessidade da concordância da família prejudicava o seu trabalho, porque muitas famílias não compareciam à escola quando eram chamadas e isso implicava, segundo ela, em não resolver o problema que a criança apresentava, pois os encaminhamentos da saúde não eram feitos.

Não foi possível extrair mais elementos dos questionários, porque dos 13 trabalhadores da escola 2, que participaram no HTPC, somente cinco responderam, apresentando respostas bastante objetivas, entre sim e não. Apenas uma professora respondeu na questão 4 “Sim, várias” em relação a crianças encaminhadas ao serviço de saúde pelo comportamento e dificuldade de aprender, mas não apresentou nenhuma informação nas demais questões, respondendo apenas com “não”, contradizendo sua resposta anterior.<sup>18</sup>

Após o recolhimento dos questionários tentamos mais uma conversa com a psicopedagoga para conhecer as “provas piagetianas” mencionadas por ela, utilizadas para identificar a participação no jogo e quanto à dificuldade da criança manter-se atenta no jogo. Ela propôs nos passar esse material outro dia, previamente agendado, mas não obtivemos mais seu retorno às nossas ligações.

Na escola 3 não há uma psicopedagoga, porém há atendimento educacional especializado para as crianças com necessidades especiais. Serviço que se estende para outras escolas públicas da rede municipal. A professora habilitada em educação especial, formada em pedagogia, nos informou que já trabalhou com criança diagnosticada com TDAH.

Essa atividade de ensino é instituída como uma modalidade da educação especial, tendo a professora, em tempo integral na escola, que ensina crianças utilizando os recursos da sala multifuncional. A coordenação pedagógica e a professora nos informaram que esse tipo

---

<sup>18</sup> 4) Durante o período em que desenvolveu seu trabalho, na sua profissão, identificou uma criança ou mais considerada como indisciplinada, hiperativa ou desatenta e encaminhada para o serviço de saúde? Quantas?

de serviço é determinado por legislação federal, conforme RESOLUÇÃO Nº 4, DE 2 DE OUTUBRO DE 2009, do MEC. (BRASIL, 2009)

Sobre seu trabalho, a professora responde a questão do questionário sobre as atividades realizadas: “Trabalho em atendimentos na sala multifuncional com crianças com deficiência e transtornos de aprendizagem”<sup>19</sup>. Apesar da referida resolução não contemplar criança diagnosticada com TDAH, a professora de educação especial, em discussão com a coordenadora pedagógica, avaliou que para contribuir com o desenvolvimento da criança diagnosticada com o referido transtorno que atenderia as mesmas nessa sala, como uma espécie de reforço escolar.

A sala multifuncional é equipada com vários recursos e disposições de jogos, sendo que a professora atendia individualmente essa criança que recebia tratamento medicamentoso. Quanto ao seu entendimento sobre o TDAH, a professora responde: “Comportamento impulsivo, falta de atenção na realização das atividades, dificuldades para entender orientações complexas dia a dia na sala regular”.

Das professoras da escola 3 que preencheram o questionário, outras três informaram ter contato com crianças diagnosticadas com TDAH e, conforme relatou a coordenadora pedagógica, uma criança recebe tratamento em rede particular e as demais recebem acompanhamento na UBS de referência ou no serviço hospitalar especializado de neuropediatria.

Uma das professoras respondeu à questão 3, afirmando que “muitas crianças encaminhadas nem sempre são atendidas nos prazos necessários/adequado”. Essa queixa também é apresentada pela diretora da escola, que mostrou um formulário específico de encaminhamento das crianças com dificuldades de aprendizagem e outros problemas. Segundo ela, esses encaminhamentos são dirigidos ao NASF, após autorização das famílias. Em alguns casos a própria família busca pelo atendimento particular ou UBS de referência. No entanto, para essa diretora o NASF demora em torno de seis meses para realizar o atendimento, o que, segundo a diretora, prejudica o ano escolar da criança. (Diário de campo, 18 de maio de 2015)

O NASF atende os casos discutidos em reunião de equipe da UBS-ESF e em uma das visitas a essa unidade conversamos com um dos psicólogos que trabalha junto a esse núcleo para saber se havia atendimento de criança diagnosticada com TDAH. Ele relatou que naquele momento não havia criança atendida com o referido transtorno.

---

<sup>19</sup> 3) Atualmente desempenha quais atividades? Com qual série do fundamental I, e ou etapa da educação infantil, se for professora(o) ?

Os encaminhamentos às unidades de saúde se referem mais ao comportamento das crianças, conforme pode ser ilustrado na seguinte resposta dada à questão 6 pela professora da escola 3, que descreve o TDAH como sendo: “Características específicas tais como: agitação constante; falta de concentração; etc.”. A ênfase dada ao comportamento das crianças parece ser mais usual como expressão do discurso biomédico na educação e explica o seria o transtorno na compreensão dessas trabalhadoras.

Outro elemento que revela expansão do campo biomédico na educação se refere aos cursos de especialização que as professoras responderem no questionário. Das quatro professoras que fizeram curso de pós-graduação, apenas uma especializou-se em alfabetização. As outras realizaram especialização em neuropsicopedagogia. Destacamos esse dado informado pelas participantes, uma vez que os cursos de neuropsicopedagogia serem organizados pelo viés biologizante e na discussão de técnicas para averiguar patologias da aprendizagem. O que em nossa compreensão não corresponderia com os desafios dos anos iniciais do Ensino Fundamental que o trabalho da alfabetização requerido nos anos iniciais, portanto a alfabetização é o maior desafio dos professores e não a busca das causas biológicas dos porquês da criança não aprender.

Observamos que nessa escola que há um grupo de trabalhadores com bastante experiência na educação. Do conjunto de 17 professores, exceto quatro professoras, 13 tem mais de 15 anos de profissão. E em relação à idade, sete tem até 40 anos de idade e o restante mais de 40 anos. Isso pode nos revelar que é um grupo experiente no trabalho de ensinar.

### **6.2.2 Trabalhadores das Unidades de Saúde**

Na reunião de equipe da UBS-ESF foi apresentada a ideia geral do estudo e a coleta de dados que seria realizado nessa unidade. Estavam presentes quatro auxiliares de enfermagem, uma enfermeira coordenadora, uma médica da família, cinco agentes comunitários, um auxiliar de saúde bucal, uma cirurgiã dentista e um auxiliar administrativo.

Antes de aplicar o questionário com a equipe, foi aberta discussão a pedido da coordenadora de equipe. Alguns apresentaram suas opiniões e fizeram perguntas à pesquisadora. O trabalhador do setor administrativo perguntou se não seria melhor estender minha pesquisa para a rede particular, porque, segundo ele, nas escolas da rede privada tem uma cobrança maior de desempenho escolar e que por isso muitas famílias procuram a solução em medicamentos. Esse trabalhador cita a Ritalina® como o mais conhecido. Uma

agente comunitária (ACS) alega que acreditava que não era exatamente a existência do transtorno na criança, mas sim a falta de limites que os pais têm dificuldade de colocar na educação dos filhos e que isso levava às dificuldades ligadas ao comportamento da criança. (Diário de campo, 21 de agosto, 2015)

Embora esses trabalhadores não atuem diretamente na realização do diagnóstico e tratamento das crianças têm percepções desse tema. As auxiliares de enfermagem e a coordenadora, também enfermeira, já atenderam crianças com o diagnóstico de TDAH, mas só realizam ações de puericultura, avaliação antropométrica, vacina e medição de peso e altura. Portanto, as crianças que têm esse diagnóstico não foram identificadas na unidade e não recebem tratamento da equipe. Os casos de saúde mental são discutidos com o NASF em reunião de equipe.

Por não ter criança que recebe tratamento por TDAH nesta unidade não foi possível incluir os trabalhadores na segunda etapa de pesquisa. Ressaltamos, no entanto, que os trabalhadores da unidade demonstraram interesse na pesquisa e propuseram que a devolutiva da pesquisa poderia ser realizada com a apresentação dos dados após conclusão do estudo em reunião.

A conversa com os trabalhadores da UBS que possui a área de saúde mental da criança foi realizada individualmente. O primeiro contato foi feito com a coordenadora formada em enfermagem, que nos apontou quais trabalhadores deveríamos conversar e que, segundo ela, teriam contato com crianças de cinco a dez anos, diagnosticadas com TDAH.

Nessa primeira conversa com a coordenadora, ela nos relatou ser crítica à medicalização da infância, informando que a própria imprensa cumpre o papel de propagar que uso de medicamento ajuda no desempenho escolar. E cita uma matéria recente do jornal do município, mostrando-se indignada, porque, segundo ela, elucida a positividade de medicamentos no sucesso escolar ao apresentar um relato de conteúdo em prol da medicalização. (Diário de Campo, 14 de setembro de 2015).

Na conversa com uma pediatra, ela nos relata que naquele momento não havia nenhuma criança em tratamento e encaminhada por ela. Apenas informou que tinha uma paciente adolescente que estava solicitando medicamento, porque se queixou de dificuldades para concentrar-se nos estudos e quanto a isso estava avaliando melhor, pois ainda não tinha feito nenhuma prescrição medicamentosa para a paciente. (Diário de Campo, 14 de setembro de 2015).

A fonoaudióloga relatou que as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam geralmente dificuldade com a fala, que não é necessariamente oriunda do TDAH e sobre esse transtorno nos indagou em que medida a agitação é um significado dado ao comportamento da criança. Revela ter muitas dúvidas sobre o TDAH, apesar de ter atendido crianças diagnosticadas com esse transtorno. Quando a criança é atendida em terapia com ela, achava por bem dispensar o uso de medicamento, visto que não tinha comportamento agitado como obstáculo para a atividade terapêutica desenvolvida. (Diário de Campo, 14 de setembro de 2015).

Do total de casos levantados no livro da triagem encontramos 46 crianças atendidas no serviço de saúde mental durante o ano de 2016. Desse total 18 casos eram de crianças com dificuldades de aprendizagem associadas a outros relatos da vivência familiar. Dessas queixas em relação à escola destacamos conforme descritos no livro: “dificuldade de aprender”, “dificuldade de manter-se atento”, “de respeitar regras” e “baixo desempenho escolar”.

Em relação às famílias e as crianças encaminhadas para a UBS constam que oito foram provenientes de escolas, 16 são oriundas de encaminhamentos de pediatras, duas oriundas de neuropediatria, duas de projetos sociais, 12 são de demanda espontânea, ou seja, a família buscou pelo serviço, mas não cita se foi outra instituição que solicitou. Desse total, não foi possível identificar a origem de seis crianças, já que no livro não consta nada quanto à referência/origem do encaminhamento.

Quanto a isso, o psicólogo ao responder à questão 5 do questionário, comentou que há a tendência em fechar rapidamente o diagnóstico das crianças<sup>20</sup>, o que, na opinião desse profissional, é muito delicado fechar um diagnóstico nessa faixa etária, já que a criança está em desenvolvimento e submetida a muitas experiências.

Importante salientar que esse serviço de saúde mental é considerado de referência para crianças, no entanto outros dois serviços também recebem encaminhamentos. Um se localiza na região central da cidade e o outro é específico de dificuldades de aprendizagem, sendo que as duas médicas dessa unidade que responderam ao questionário realizam tratamento medicamentoso com crianças diagnosticadas com TDAH. No entanto, o local de realização desse trabalho é feito em outro espaço público, também considerado como referência para o município onde realizamos essa pesquisa.

---

<sup>20</sup> 5) Conhece, atualmente alguma criança diagnosticada com TDAH que recebe tratamento nesta unidade?

Em relação ao trabalho para averiguar TDAH na criança, abordado na questão 6 do questionário, uma médica responde: “1º. Avaliação neuroped e neuropsicológica”; “2ª. reunião de equipe” para discutir o caso; “3º. Programação das estratégias estabelecimento das causas/agravantes a) treino da atenção e memória, b) orientação à escola e aos pais c) quando e somente se necessário, medicação”.

Após a finalização da coleta de dados da primeira etapa da pesquisa que consistiu em fazer os primeiros contatos com as escolas e unidades, conversas com trabalhadores, individual e em reunião de equipe, em que aplicamos o questionário, realizamos as entrevistas com os participantes, seguida da análise para organização dos núcleos de significação, conforme apresentado no próximo item.

### **6.3 Análise das entrevistas**

Os participantes das entrevistas foram selecionados a partir das respostas ao questionário da primeira etapa da pesquisa em que afirmaram ter contato de trabalho com crianças diagnosticadas com TDAH, tanto pela mediação do ensino como pelo tratamento medicamentoso e terapêutico com essas crianças.

Inicialmente dez participantes foram selecionados para realização das entrevistas, porém somente sete participantes tiveram suas entrevistas analisadas nesse trabalho. Três entrevistas não foram incluídas nesta etapa porque, embora os entrevistados tivessem respondido afirmativamente no questionário, esses trabalhadores não tinham relação direta com o ensino ou tratamento com crianças diagnosticadas com TDAH. Do total de sete entrevistas quatro são com trabalhadores da saúde e três da educação.

### 6.3.1 Caracterização dos participantes

A tabela abaixo sintetiza os dados das informações gerais dos participantes entrevistados na pesquisa:

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação</b>	<b>Ocupação Atual</b>
<b>Rita</b>	Feminino	Fonoaudiologia	Fonoaudióloga
<b>Carol</b>	Feminino	Pedagogia	Professora Sala Multifuncional
<b>Ceumar</b>	Feminino	Pedagogia	Professora Ensino fundamental I
<b>Juçara</b>	feminino	Pedagogia	Coordenadora Pedagógica
<b>Jorge</b>	Masculino	Psicologia	Psicólogo
<b>Maria</b>	Feminino	Medicina	Pediatra
<b>Gal</b>	Feminino	Medicina	pediatra

Quadro 3: Caracterização dos participantes das entrevistas

Abaixo apresentamos, brevemente, os nossos participantes e a atuação dos mesmos no trabalho.

#### **Rita**

É formada em Fonoaudiologia. Interessou-se por essa profissão porque na época identificou que poderia ter uma diversidade nesse campo de trabalho, inclusive associar a terapia com uma interface com a educação escolar. Logo que conclui o aprimoramento prestou concurso, sendo aprovada veio para a cidade onde realiza seu trabalho na Atenção Básica em Saúde Pública. Informou que gosta muito do seu trabalho porque faz uma série de atividades e destaca que faz audiometria, terapia, atua com diferentes faixas etárias, entre crianças e adolescentes, e também da saúde mental.

**Carol**

A professora Carol é jovem e está trabalhando com o ensino fundamental I há sete anos. Fez Pedagogia em universidade pública do interior paulista. Seu interesse de trabalho durante o curso de graduação sempre foi a Educação Especial. Depois de formada fez pós-graduação nessa área. Atualmente seu trabalho é realizado na sala multifuncional com crianças com deficiência e transtornos de aprendizagem.

**Ceumar**

É nascida no interior de São Paulo. Veio para a cidade atual morar no período da adolescência, pois seu pai veio em busca de trabalho. O que levou toda a família a se mudar e desde então mora na cidade. Na vida adulta morou por nove anos na capital paulista, logo após casar-se. O seu retorno para a cidade atual onde mora e trabalha foi em função de sua efetivação na rede estadual da educação.

Ceumar realiza duas jornadas de trabalho. De manhã trabalha em uma escola de ensino fundamental I da rede estadual (localizada em uma região periférica devido a distância do centro da cidade e também no que se refere à desigualdade social). No período da tarde trabalha na escola municipal onde realizamos nossa pesquisa de campo.

**Juçara**

É trabalhadora da educação há 27 anos e há 10 anos atua na coordenação pedagógica de uma Escola de Educação Infantil e Ensino Fundamental da rede municipal do município. Sua primeira formação na educação foi no magistério, quando na época havia curso médio integrado ao técnico. Mas a graduação em pedagogia em curso especial de universidade pública para professores em exercício. E depois fez pós-graduação em Gestão Escolar.

**Jorge**

Tem graduação em Psicologia, formado em 2004. Após concluir o curso de graduação fez aprimoramento na cidade onde trabalha e reside atualmente, vivendo nela desde então.

Já na graduação percebeu que seu maior interesse de trabalho seria a área da saúde, especificamente a clínica. Logo após sair de um trabalho de extensão iniciou atividades em um projeto social e na UBS onde está lotado desde então. Apesar de citar seu interesse pela clínica dá relevância ao trabalho realizado por três anos em um projeto social vinculado a uma empresa. Esse projeto atende alunos matriculados na escola 2 e está localizado em um bairro considerado vulnerável, pois segundo ele havia a presença do tráfico de drogas, situação de violência e abandono de crianças e adolescentes. Sendo o mesmo bairro que tem abrangência de atendimento da UBS-ESF na qual realizamos nossa coleta de dados.

### **Maria**

É formada em Medicina, fez Residência em Pediatra e especializou-se em neuropediatria. Informou que realiza uma diversidade de tarefas, na instituição onde trabalha, entre elas realiza atividades de assistência e orientação de alunos em dois ambulatórios que atendem a população infantil.

### **Gal**

É formada em Medicina, médica pediátrica com mestrado. Informa que a ênfase de seu trabalho está focada em desvios de aprendizagem. Interessou-se por esse tema quando fazia residência em pediatra e atualmente coordena um ambulatório na cidade em que mora e trabalha.

### **6.3.2 Núcleos de significação – Trabalhadores da área da educação**

Antes de iniciarmos a exposição dos núcleos de significação, retomaremos a ideia importante de que a análise dos dados trata-se de um trabalho interpretativo sobre o discurso dos participantes, conforme assevera Aguiar e Ozella (2013, p.310): “o processo de construção dos núcleos de significação já é construtivo-interpretativo, pois é atravessado pela compreensão crítica do pesquisador em relação a realidade”.

A seguir apresentamos os núcleos de significação dos trabalhadores da educação:

---

**I Bagunceiras e desatentas que não aprendem, supostamente crianças portadoras do TDAH**

**II Ensino: entre o gostar e a angústia no trabalho**

**III A natureza do trabalho pedagógico atravessada pelo campo biomédico**

**IV Quando a dificuldade da aprendizagem não é normal**

---

#### **I Bagunceiras e desatentas que não aprendem, supostamente crianças portadoras do TDAH**

A constituição desse primeiro núcleo foi organizada a partir da compreensão dos trabalhadores da educação sobre TDAH. De como são compreendidas as expressões do suposto transtorno na escola.

As três trabalhadoras que participaram das entrevistas relataram que o transtorno é visto por elas através de comportamentos observados nas crianças e que isso remete à possibilidade da existência de uma patologia que dificulta o comportamento regulado na criança e sua aprendizagem.

A professora Carol, de educação especial, relata o caso de um aluno diagnosticado com TDAH acompanhado por ela por dois anos e explica como foi o processo de avaliação e encaminhamento à unidade de saúde:

ele tinha o histórico de bagunceiro e que não prestava atenção em nada e daí foi conversado com os pais e ele passou em avaliação particular. Que o psicólogo faz aqueles testes e por aqueles testes ele vê as funções que estão alteradas e aí tem a hipótese de um transtorno de déficit de atenção, uma deficiência, que no caso dele, ele apresentava uma deficiência intelectual na

média, mas com alteração das funções executivas, como atenção. Daí foi sugerido o déficit de atenção. (Carol)

A expressão do TDAH na escola é verificada pela observação e avaliação dos professores sobre comportamentos mais acentuados das crianças, como “bagueira”, “agitada”, “não consegue focar”, sendo essas as que “**destoam do todo**”:

Assim, é que meio que **destoa do todo**. A criança fica, aponta lápis toda hora, derruba objetos o tempo todo no chão, ou apontador ou é a borracha. É, vai pegar o material debaixo da carteira, cai. Toda hora precisa da minha atenção ali pra ta explicando a lição pra ta compreendendo. Aí os momentos assim de explicação, que eu explico pra classe toda, que ta todo mundo te olhando, mas você... ai não sei. O olhar parece que a criança não tá ali. Eu não sei também se é isso, sabe, algumas situações diferentes, mas também não posso te falar que é déficit de atenção, é hiperatividade. É que destoa do todo (Ceumar, grifos nossos)

As trabalhadoras relataram que identificam o transtorno na escola, a partir do comportamento da criança: “criança não consegue se controlar”; “criança bagunceira”; “atenta a tudo, mas não foca”; “tem alteração da atenção”; “dificuldade acentuada para aprender”; “crianças sem limites”; “não segue regras”. Essa compreensão do transtorno também passa por cursos organizados pela rede municipal de educação

O déficit de transtorno de hiperatividade é novo, mas ta na mídia, eu tenho um caso, dois casos, minto, dois casos aqui na escola. Através de cursos que a rede ofereceu, nós tivemos um curso no ano de 2013 sobre esse tipo de transtorno, vários transtornos e um foco foi esse transtorno de déficit atenção e hiperatividade. E a gente tenta nos atualizar da melhor maneira possível. E você também, quando você faz uma coisa que você gosta você vai atrás, você estuda, você se entrega de paixão, você vai afincado e se você tem algum caso pontual na sua unidade escolar, você tem que ta muito atrelada no assunto para que você possa orientar os seus professores e para que você possa acalmá-los que é uma dificuldade de aprendizagem (Juçara)

A vigência de um olhar clínico do professor (SOUZA, 1997) sobre o comportamento humano, desde a escola, para Caponi (2014) corresponde ao que é ditado pelo

DSM, instituindo-se como um manual de ficha diagnóstica que enquadra os sofrimentos e dificuldades do andar da vida em categorias patológicas.

A compreensão do TDAH passa pela observação do comportamento das crianças em sala de aula, inicialmente avaliadas pelo professor, depois pelo coordenador pedagógico, seguindo um processo de encaminhamento e averiguação para o campo da saúde.

Um elemento importante do processo de medicalização se refere aos aspectos da avaliação escolar que, segundo Freitas (2014), é mais amplo e complexo do que simplesmente aferir o rendimento do aluno e na sala de aula:

o professor lida o tempo todo com estas três dimensões da avaliação (aprendizagem, comportamento e valores) por meio de processos que podem ser tanto formais (provas, testes, trabalhos etc.) como informais (juízos de valor sobre o comportamento do aluno ou sobre seu desempenho, comentários públicos ou dirigidos especificamente ao aluno em atenção individualizada etc.) (p.1096)

Assim, de acordo com essa concepção de avaliação escolar o comportamento da criança é avaliado permanentemente, não como uma aprendizagem mediada em que a criança alcance a autorregulação do seu comportamento, mas como adverte Souza (1997) essas ações são reforçadoras de estigmatização dos alunos. E nesse sentido destacamos o relato da professora:

É, na verdade, assim, eu acabei estudando um pouco mais por causa do XXXX<sup>21</sup> a gente sabe que é uma coisa prejudica porque a criança acaba não tendo um filtro né. Ele tenta manter a atenção ali, mas ele não consegue, não consegue se controlar, no caso desse meu aluno ele não conseguia se controlar e todo mundo taxa como bagunceiro, mas na verdade ele não é o bagunceiro. Ele não consegue, ele não presta, não é que ele não tem atenção no meu ponto de vista, é porque ele presta atenção em tudo ao mesmo tempo e não tem o filtro pra, que nem eu to prestando atenção em você aqui agora. Ele ta vendo tudo que tá acontecendo na volta ele não consegue prestar atenção só em você, ele não tem esse filtro que eu teria se tivesse mais gente aqui eu teria de ta conversando com você só, no meu ponto de vista. Vejo pelo meu aluno que era assim, dai ele levanta, ele se mexe o tempo todo, ele fica impaciente.

---

<sup>21</sup> Os Xs referem ao nome do menino diagnosticado com TDAH e que se tornou aluno da sala multifuncional.

Nesse sentido a avaliação informal pode ganhar maior dimensão, pois a dificuldade é interpretada como um desvio, incapacidade localizada no cérebro da criança, ao invés dessa dificuldade ser refletida como um investimento a ser feito para o desenvolvimento da criança.

Diante disso, está posta a determinação que atravessa a concepção de ensino e aprendizagem conduzindo a um trabalho no qual acaba por classificar a criança como bagunceira, inquieta ou que não consegue focar como portadora do suposto transtorno.

Outro elemento discutido por Freitas (2014) refere-se à avaliação externa de larga escala que se conecta a avaliação interna, afetando professores e alunos. O papel das avaliações externas sobre a escola como a Prova Brasil, Sistema de Avaliação de Rendimento Escolar do Estado de São Paulo (Saresp) se impõe em condução do trabalho pedagógico e que induz a padronização e controle educacional.

A evidência dessa relação entre avaliações externas que incidem sobre as avaliações internas e cotidianas na escola foi relatada pela coordenadora pedagógica quando nos contou como identifica o TDAH e como inicia o encaminhamento das crianças para a saúde.

Olha, nós temos um planejamento a cumprir, padrão nacional depois da rede municipal, o aluno, por exemplo, ta tendo algumas dificuldades que não sendo normal, o nível de aprendizagem dele poderia ta igual dos demais e não está, eu to observando que algo errado deve está acontecendo. “Você pode me ajudar?” O que eu digo pros meus professores: “Nós vamos nos ajudar”. Então, a gente vai ficar junto com o professor. No caso também eu tento observar, entrar em sala de aula... que é muito cômodo pro coordenador pedagógico, “ ah ta, vou encaminhar”. Mas eu tenho que ter um primeiro momento ali, tenho que ter alguns subsídios pra eu poder ta verificando o que ta acontecendo pra eu ver onde eu vou buscar. (Juçara)

Nossos acréscimos, a partir desse estudo, não é responsabilizar o professor pela medicalização, mas apresentar os diversos elementos desse processo que são complexos, em que a avaliação interna e externa desempenha um papel particular desse processo, difundido ideologicamente por gestores, políticos e/ou empresários da educação e traz implicações para o trabalho do professor.

Portanto, as avaliações no âmbito escolar precisam ser compreendidas na relação entre concepções de educação e sociedade. E para Saviani (1999) na sociedade dividida em

classes, como a que vivemos, há disputa de projetos que adentram o espaço escolar. Tal disputa, segundo Freitas (2014), cada vez mais tende a ser favorável aos empresários da educação, que estão influenciando conteúdos, métodos e ritmos de aprendizagem, por meio de produtos e serviços como, por exemplo, o apostilamento.

## II Ensino: entre o gostar e a angústia no trabalho

As três trabalhadoras da educação informaram gostar do que fazem e vêem nessa atividade a importância de sua finalidade de ensinar assim como o estabelecimento de relações entre os colegas de trabalho e com as crianças.

A percepção de que o trabalho do professor é mobilizado pela afetividade também foi observada na fala da professora Carol: “Eu gosto muito. Eu gosto muito de criança e gosto muito do que eu faço.”. A relação de carinho que esta professora tem com as crianças foi observada no dia de sua entrevista quando caminhamos em direção a sala multifuncional e ao passarmos pelo pátio algumas crianças correram em sua direção para cumprimentá-la. E de modo carinhoso ela retribuiu, passando a mão no rosto e beijando a face de cada criança.

Juçara também argumenta que tem amor pelo seu trabalho “Eu amo estar no meio de professor. Eu amo estar no meio de aluno, amo ser esse articulador de escola e família, que o objetivo maior é o aluno e seu processo de aprendizagem”. Essa trabalhadora ingressou na carreira de professor pelo curso de magistério. Há dez anos realiza atividades de coordenação pedagógica e o total de seu tempo de trabalho com educação escolar tem vinte e sete anos. Mesmo antes, quando era professora, recebeu convites para ser diretora, mas esclarece que seu interesse é pela função que atualmente desempenha.

Embora apresentem relação de vínculo com seus alunos e amor ao seu trabalho, uma professora ao relatar sobre uma criança diagnosticada com TDAH revela sentir-se angustiada ao querer ajudá-lo

Olha, ele não saía da carteira, Regina, mas ele ficava assim, oh (faz gestos de inquietação). E isso me dava uma **angústia**, porque eu sentia que não era porque ele queria, é porque ele não conseguia, ele não conseguia focar, ele até tem o conhecimento, ele sabe do que você tá falando, ele participava da aula, mas ele não conseguia focar, é o foco que era problema. Você olha assim pra ele e eu via nos olhos dele que ele não estava ali. (Ceumar, grifos nossos)

Moro Rios (2015) discute o trabalho como atividade principal do adulto e é indispensável à vida. Sem o trabalho não há o humano. É por causa dessa atividade que todos os processos históricos desenvolvidos, a forma humana como conhecemos, a cultura, a linguagem e todas as conquistas no campo da ciência, da tecnologia, constituíram-se historicamente, assim como a humanidade. Nesse sentido, de acordo com perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentada na concepção marxista, o trabalho

constitui o ser humano como um ser social e histórico; um ser cujas capacidades materiais e intelectuais não são dadas de antemão, mas desenvolvidas por meio da apropriação das objetivações sociais, dos produtos da atividade coletiva. Por meio do trabalho, cria-se uma realidade humanizada e, com isso, novas formas de se relacionar com o mundo, expandindo as potencialidades humanas para além dos limites do organismo (MORO RIOS, 2015, p. 22).

Porém na conformação da sociedade capitalista o trabalho, segundo a autora, constitui-se como atividade que limita as potencialidades humanas, pois a exploração de uma classe sobre a outra, de uma que detém os meios de produção sobre a que não tem, é estruturante para a concentração de riqueza e a desigualdade social.

No caso das crianças diagnosticadas com o transtorno, a relação de ensino e aprendizagem é mediada por meios farmacológicos, não sendo uma prática de superação de dificuldades de aprendizagem, sendo que estas superações poderiam promover o máximo de suas potencialidades humanas.

Quanto à idade e tempo de trabalho, Carol também é a mais jovem de idade com sete anos de exercício de professora. Iniciou o seu trabalho como professora após se formar em Pedagogia, o que pode indicar menos desgaste da profissão gerada pela natureza do trabalho docente. Desde a graduação, Carol já havia demonstrado interesse em trabalhar com educação especial. Por isso se identifica atualmente com o trabalho desenvolvido na sala de recursos multifuncionais de educação inclusiva. Segundo ela, as atividades realizadas na sala são complementares ao que é ensinado nas salas regulares as quais as crianças frequentam e estão matriculadas.

Nessas salas, chamadas de multifuncionais, há jogos com intuito específico de atender às diversas necessidades especiais dos alunos para que superem suas dificuldades de aprender, e além do professor que planeja as atividades e realiza a mediação no aprendizado das crianças, a sala é equipada com mobiliário e recursos de informática, materiais pedagógicos. Tais salas são vinculadas a um programa do Ministério da Educação (MEC) e de

acordo com a nota técnica Nº 42 / 2015/ MEC / SECADI /DPEE do MEC “O acesso aos serviços e recursos pedagógicos de acessibilidade nas escolas públicas regulares de ensino contribui para a maximização do desenvolvimento acadêmico e social do estudante e impulsiona o desenvolvimento inclusivo da escola” (BRASIL, 2015).

Desse modo, a sala multifuncional é um espaço dirigido à criança e suas necessidades específicas de aprendizagem, possibilitando que aprenda os conteúdos que ela tem mais dificuldade. Conforme esclarecido por Carol em entrevista com a pesquisadora, trata-se de um trabalho realizado por ela em contato com a professora regular responsável pela série na qual a criança é matriculada. Atende quinze crianças, quantidade determinada pelo MEC, em horários diferentes. Quanto à quantidade de crianças com deficiência nas salas regulares ela explica:

se for uma deficiência severa ela acaba diminuindo, não coloca outra inclusão junto, mas a gente tem sala que tem até três inclusões. Entendeu? Porque essas inclusões são inclusões leves, deficiências leves, que nem tem uma sala que tem deficiência auditiva e uma deficiência intelectual, porque o auditivo o cognitivo dele é preservado, ele precisa da interprete então da pra conciliar as duas deficiências. A gente tem uma sala com deficiência visual e deficiência intelectual. (Carol)

Apesar do TDAH não ser considerado uma deficiência para educação especial de acordo com a legislação do MEC, a escola 3, que tem a sala multifuncional, atende crianças com o suposto transtorno, como o aluno atendido pela professora Carol. Com isso, segundo Carol, ajudá-lo em sua aprendizagem, no entanto isso não alterou o seu tratamento, pois ele continuou fazendo uso do tratamento medicamentoso. A diferença entre o TDAH e a deficiência amparada pelo atendimento na lei é explicada pela professora:

O TDH não é considerado uma deficiência, porque a deficiência tem alteração cognitiva, né? No TDH a criança não tem uma alteração cognitiva, de função, ela tem alteração na atenção e acaba refletindo na aprendizagem, mas muitas vezes quando medicado da forma correta a gente acaba tendo sucesso com crianças com TDH. Porque consegue fazer com que ele tenha atenção, então o cognitivo é preservado, a deficiência normalmente ela tem alguma parte que é afetada, uma parte do cognitivo afetada.(Carol)

Em suas palavras, a atividade/trabalho é “mais lúdico” para as crianças, por se dar por meio de jogos e por isso ela acredita ter obtido bons resultados, porque as crianças de fato aprenderam, inclusive a criança atendida por ela diagnosticada com TDAH.

A importância do brincar e dos jogos na educação escolar é enfatizada pela perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, seja do jogo de papéis sociais, de regras aos

jogos esportivos. Segundo Magalhães e Mesquita (2014), todos denotam relevância para os processos de ensino.

os jogos têm por si mesmos uma função no desenvolvimento e por isso devem ser inseridos como atividade pedagógica nas escolas. Quando isso acontece, entretanto, ele passa a ser dirigido pelo adulto e pode apresentar à criança aspectos da vida social que ela não pode perceber por si (MAGALHÃES; MESQUITA; 2014, p. 268)

Tal compreensão sobre os jogos na educação escolar, não só no âmbito da educação especial, pode apontar os aspectos relacionados ao bom desempenho das crianças atendidas nessa sala em que se trabalha com jogos. Fato pelo qual a professora se orgulha, inclusive sobre o bom aproveitamento dos estudos conquistado pelo seu aluno diagnosticado com referido transtorno.

Fica claro que os jogos, independente das necessidades específicas de aprendizagem, não só cumpre um papel pedagógico importante ao ensino, mas compreendê-los de acordo com a fase e atividade principal da criança no seu desenvolvimento, como o jogo de papéis sociais, a brincadeira na pré-escola, que antecede a atividade do estudo, pode redirecionar o trabalho e proporcionar ricas mediações impulsionando a criança no seu desenvolvimento, de modo a superar suas dificuldades de aprendizagem.

Quanto à escolha em trabalhar com crianças do ensino fundamental I, Ceumar informa o porquê sempre optou pelo trabalho com alunos do quarto ano. E apesar das adversidades encontradas na sua atividade laboral a vê com uma finalidade social muito importante:

Acredito no nosso trabalho. Eu penso que o que a gente faz é muito importante para formação do aluno como um todo, como um ser social, né. E me identifico com essa faixa etária porque é uma faixa etária onde eles são muitos sinceros, né. Eles são muito francos, eles têm uma abertura de alma, de espírito e eu acho que a gente consegue chegar mais naquilo que nós precisamos porque eu penso que a educação não é só conhecimento, é muita formação também. E eu penso que é nessa base que a gente consegue formar, né. A gente consegue, digamos assim, trabalhar o caráter, a personalidade, e formá-los como um todo, porque se eles tivessem essa formação humana, digamos assim, eles por conta própria vão buscar o conhecimento no futuro. É o que eu penso, né. E eu gosto muito dessa faixa etária por conta disso, a gente tem difi... A gente tem muitos problemas? Temos. Mas temos também bastante alegrias. E to na educação hoje porque eu amo o que eu faço, realmente eu gosto muito do que eu faço, temos ainda muitas coisas pra acertar, eu acredito que temos uma longa jornada aí pela frente, né. De mudanças, de acertar, uma trajetória longa que a educação já vem percorrendo há tempo, né. E, às vezes, a gente esbarra no sistema, mas a gente vai caminhando. (Ceumar)

A professora Ceumar relata do modo mais amplo o que é para ela seu trabalho. Os significados atribuídos do que é ensinar. Isso foi exposto por ela na entrevista de maneira calma e clara. Sua reflexão nos faz pensar sobre essa atividade que não é simples.

É impossível entender o trabalho docente sem refletir as relações entre sociedade e educação. Tanto para Saviani (1999) como para Paparelli (2009) só é possível compreender a educação a partir da sociedade dividida em classes, bem como o papel da escola pública nessa sociedade desigual.

Paparelli (2009) explica que no trabalho docente existe a indissociabilidade entre planejamento e execução do trabalho e que o processo educativo que é o trabalho docente ocorre por meio das relações entre sujeitos:

o que implica no fato de que a execução do trabalho só pode se dar na presença simultânea de estudante e professor. O aluno não é apenas objeto, mas, também, sujeito da educação, co-produtor da atividade pedagógica. Ou seja, o aluno é objeto de trabalho do professor e, ao mesmo tempo, sujeito de um processo do qual sai transformado, apropriando-se de um saber que a ele é incorporado, havendo algo que permanece para além do ato de aprender, algo que é utilizado pelo educando pela vida afora. E o professor também sai transformado desse processo. Sendo assim, consumo e produção dão-se simultaneamente, sendo eles, portanto, inseparáveis. (PAPARELLI, 2009, p.10)

A autora apresenta uma série de elementos sobre a natureza do trabalho do professor, evidenciando um trabalho que, para além do planejamento e da condução na aula, torna acessível o conhecimento para as crianças e se constitui em estabelecimento de relações que pressupõe construção de vínculos. Relação que mobiliza professor e aluno afetivamente.

Todas as participantes expressaram diferentes motivações para o trabalho, demonstrando interesse pela atividade ao exclamarem na entrevista: “Gosto do meu trabalho!”, “Amo meu trabalho!”, “gosto de crianças”. As três trabalhadoras realizam jornadas diárias de 8 horas. Isso é caracterizado por elas como dobrar período. Mesmo Carol que trabalha na sala multifuncional tem jornada que envolve os períodos da manhã e da tarde.

Juçara e Ceumar, das três, são as que têm mais tempo de trabalho e já revelam a preocupação com a aposentadoria. Ceumar, apesar do prazer que sente em ensinar relatou estar mais cansada: “Por conta... ah, que o dia todo não é fácil não, mas eu preciso, por enquanto eu preciso, mas logo eu vou me aposentar meio período (risos)”.

O trabalho de ensinar requer desses trabalhadores dedicação intelectual e envolvimento emocional, associado a isso são cobrados ritmo de trabalho, metas, padrão do sistema de ensino (PAPARELLI, 2009). A fala de Juçara deixa claro esse envolvimento dos

trabalhadores com as crianças: “Se o coordenador não conhecer com afinco as necessidades dos seus alunos e trabalhar acalmando a ansiedade dos seus professores, a escola não caminha. Ele é o articulador da escola contemporânea” (Juçara).

Como nos ensina Moro Rios (2015), a atividade se produz e se sustenta por múltiplas determinações, seja ela na vida da criança e na vida adulta.

Apesar dos participantes não mencionarem a jornada de trabalho intensificada pelo planejamento e avaliações das atividades das crianças, a atividade torna-se mais intensificada também pela dupla jornada de trabalho. Há que ressaltar a própria natureza específica da atividade de ensino que pressupõe a construção de vínculos afetivos com a criança, mobilizando os trabalhadores afetivamente e intelectualmente. Portanto, uma visão que não fragmenta o sujeito, não separa cognição e afeto, pois como defende Vigotski (1934/2010, p.16) há uma “unidade dos processos afetivos e intelectuais, que em toda a ideia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade representada nessa ideia”.

Nesse sentido é compreensível que o desgaste gerado pela função de ensinar, somado aos processos intensificados de trabalho de mais alunos em sala, duplas jornadas de trabalho, além da execução da aula e planejamento, atividades burocráticas realizadas pelos professores, pode facilitar a aceitação do discurso biomédico na escola, porque compreende que a resolução do problema está centrada na criança. E ao classificá-las como portadoras de uma patologia como o TDAH impede a compreensão da realidade em que as dificuldades de aprendizagem são produzidas.

### **III A natureza do trabalho pedagógico atravessada pelo campo biomédico**

Em resposta ao questionário da primeira etapa de coleta de dados, a psicopedagoga respondeu por escrito sobre o trabalho que realiza semanalmente, um dia por semana disponibiliza-se para ficar na escola 2 para “Investigação, atendo alunos que apresentam dificuldades e transtornos de aprendizagem, avaliação, intervenção, encaminhamentos e orientações”. Ressaltou que para esse trabalho existe uma demanda, e que sozinha tem dificuldade de concluir, pois há uma lista de crianças que precisam ser avaliadas por ela.

A ação da rede municipal segue a linha de orientar nos processos de encaminhamentos para a saúde e disponibiliza informações e documentos que deverão ser

preenchidos para encaminhamentos das crianças a centro especializado no município ou ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A coordenadora utiliza o termo “casos na escola” ao referir às crianças que possivelmente são portadoras do suposto TDAH. Tem um entendimento que o diagnóstico, deve ser feito antes do ingresso da criança no ensino fundamental I: “quando eu consigo ver alguma dificuldade de aprendizagem lá na etapa I, eu vejo que eu posso adiantar alguma coisa em prol daquela criança e da unidade escolar antes. Às vezes eu não preciso esperar chegar no primeiro, segundo, terceiro.” (Juçara).

Alguns estudos apontam a tendência de se realizar e fechar um diagnóstico em crianças matriculadas na educação infantil (LORENZI; RISSATO; SILVA, 2012; BISSEGLI, et al., 2013). O argumento é de que se identificadas e diagnosticadas mais cedo e se obterem tratamento, melhor será o desempenho escolar.

Em resposta à pergunta de como eram essas crianças que “destoam do todo”, a professora Ceumar relatou:

Aí, tinha outros alunos que eu desconfiava, porque não parava na carteira, derrubava muitos objetos no chão ou eu sentava explicava a lição à criança que não conseguia se concentrar, não focava. É toda hora você tinha que ficar explicando a mesma coisa (Ceumar)

A professora nos explicou como organizava seu trabalho para obter a atenção da criança na sala, porém, à medida que observa que as dificuldades da criança têm características “acentuadas” de comportamento e a falta de concentração, solicitou para que a família averiguasse.

aí to sempre chamando a criança pra aula, sempre chamando a criança pra aula, ta sempre perto de mim, quando eu percebo que a criança não consegue mesmo realizar todas as atividades, eu seleciono algumas pra ela, que eu acho que é mais importante, por exemplo, se tem 10 atividades, a criança vai fazer cinco. E isso a maioria das vezes eu procuro fazer com que a criança faça tudo aquilo que foi que os outros também fizeram. Aí, eu vou observando e quando eu percebo assim que é muito acentuado essas situações, eu chamo os pais, a gente conversa, eu oriento, eu pergunto se eles também percebem isso em casa. Tem pais que relatam que percebem também, assim essa agitação em casa, que não consegue parar pra sentar e comer, por exemplo. Ou então teve uma mãe que relatou assim pra mim, não a do XXXXXXX, outra mãe, que a criança não conseguia parar, por exemplo, pra ouvir uma música ou pra assistir um desenho, que precisava ta o tempo todo se mexendo, assim, ai, mas eu também não sei te explicar exatamente como, entende? E aí, foi uma das mães que eu pedi pra que a mãe investigasse, mas assim, elas reclamam que é uma lentidão muito grande, entre marcar a consulta com o pediatra. (Ceumar)<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Os Xs referem ao nome do menino que foi diagnóstico com TDAH e aluno da professora Ceumar, que por aspectos éticos não pode ser identificado.

A condução do trabalho organizado pela professora, de como faz para organizar e dirigir a atenção da criança é atravessada pelo discurso biomédico. Aqui retomamos mais uma vez as abordagens de Tesser (2006a; 2006b) e Moysés (2013a; 2013b) que argumentam que esse campo da medicina, que se constitui também pelo caráter normativo e prescritivo, traz implicações nas mais diferentes dimensões dos modos de conduzir a vida. O determinismo biológico como explicação e naturalização da vida limita as possibilidades de interpretação de diferentes processos do viver, como é o referido trabalho de organização da atividade pedagógica do professor, tornando questões que são de origem histórico-sociais em meramente biológicas.

A professora nos relata como procede diante uma criança que ela verifica que a dificuldade de aprendizagem pode ser explicada e diagnosticada pelo campo médico, orientando a família:

sobre a necessidade de investigar, que isso também eu já faço, se eu percebo algo assim, ah não tem como eu diagnosticar, mas posso aconselhar, procurar, a ver, a investigar que de repente pode não ser nada, de repente. Se não for nada ótimo, a gente tira da cabeça e a gente começa a ter um olhar mais diferenciado pra criança, mas pelo menos peço, converso com os pais e peço. (Ceumar)

A dispersão da criança é encarada como algo incomum que precisa ser controlada. E dadas às condições de trabalho do professor sobra pouco tempo para refletir sobre sua prática dada a dupla jornada, uma vez que o pouco tempo que dispõe também é para se refazer, planejar e dar seguimento a sua jornada seguinte. É esperado, portanto, que a angústia da professora seja real. E nesse caso, a explicação pelo viés do transtorno é maquiada ideologicamente sobre a origem real do mesmo. Conforme nossa perspectiva teórica são os elementos de produção da vida concreta que nos dá a chave de compreensão acerca do TDAH.

A contradição da explicação biologizante sobre o fenômeno é exposta quando a professora relata sobre outros elementos da mesma criança, supracitada como hiperativa.

é um menino inteligente, um menino esperto, um menino que tem uma aprendizagem fácil ele aprende as coisas. Aí, o que acontecia, para suprir essa necessidade a vó paga uma professora particular para ele, que trabalha com ele. Essas necessidades mais imediatas que muitas vezes ele não consegue em sala de aula, por quê? É diferente quando tamos os dois, é diferente o contexto da sala de aula. Tudo dispersa, dispersava ele, se cai o lápis do amigo aqui, dispersa. (Ceumar)

Se a criança é identificada pela professora como dispersa, ela também traz outros elementos que constituem o modo de ser dessa mesma criança como “esperto”, “inteligente”, “tem uma aprendizagem fácil”.

O relato de Ceumar expõe o quão controversa é a explicação biológica do TDAH, que se restringe aos comportamentos naturalizados das crianças.

E desse modo a validade do discurso de patologização, por alegar cientificidade, institui-se como inquestionável, reduzindo as dificuldades do ensino, temas e práticas organizativas do campo educacional para o discurso médico que é supervalorizado socialmente. (CALIMAN, 2008; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2010).

#### **IV Quando a dificuldade da aprendizagem não é normal**

Os elementos apresentados nesse núcleo são extraídos dos conteúdos que as trabalhadoras dão às possíveis causas do TDAH. E nesse sentido, nosso estudo consistiu em apreender as expressões ideológicas de origem, causa do transtorno. Foram também observadas as contradições desse fenômeno e discutidas a partir do que nos relataram na pesquisa de campo.

Importante esclarecer que os significados atribuídos ao transtorno estão associados à finalidade e caráter da atividade específica do ensino. Impossível discutir o TDAH sem abordar a relação de ensino e aprendizagem, pois envolve dois elementos nessa relação que são a atenção, função psíquica, e comportamento, regulação da conduta. Ambos desenvolvidos pelas mediações sociais e determinados pelas condições concretas de vida, conforme discutido anteriormente nesse estudo.

Em resposta a pergunta sobre o seu trabalho e suas atividades na escola, a coordenadora esclarece que estão diretamente relacionados à aprendizagem das crianças na escola. Para ela há um lema de trabalho: “a gente não deixa um aluno pra trás” (Juçara). Isto é, nenhuma criança pode deixar de aprender.

Com relação à criança que apresenta dificuldades em aprender, comparada aos demais colegas, conforme esclarece Juçara: “Esse aluno tem que entrar no contexto dos demais que não têm dificuldade nenhuma a não ser o ciclo normal de aprendizagem.”. Requer da coordenação e dos professores um trabalho conjunto, é um esforço para que o aluno aprenda.

O aspecto do comportamento da criança é elucidado pela professora Carol com implicações para a aprendizagem da criança. E sobre isso ela encara como um dilema porque há famílias que educam o comportamento das crianças de maneira agressiva ou passam essa função de educar para a escola :

[...] você tem que dar o limite. Às vezes, as crianças não têm. Essas meninas mesmo, elas eram terríveis. Então, mas você não tem que brigar, você tem que ensinar o respeito. Muitas vezes é a falta da referência, que pode fazer tudo. Hoje em dia pais deixam a educação para escola e está errado isso. A escola é responsável por tudo. Então você acaba tendo que ensinar muito mais que só o ler e escrever, você acaba, tendo que **ensinar o comportamento, regra, socialização**. Então, e o pai só grita, grita, grita, grita, grita ou bate. Não resolve. [P: Tem muito aqui, assim? Você acha?] <sup>23</sup> Tem, tem bastante, tem porque a clientela daqui é uma clientela diferenciada do que XXXX, no caso as famílias são, tem de tudo, na verdade, mas a maioria das famílias é de uma classe econômica um pouco mais favorável que XXXX, por exemplo. Então, os pais acabam querendo deixar o tempo máximo que puder na escola e daí dá menos trabalho e a escola acaba tendo que ter duas funções. <sup>24</sup> [P: Então, a demanda do professor é grande?] A professora acaba tendo duas funções. As menininhas que você viu me abraçar ali eram terríveis. Aí, peguei um dia, parei. Conversei com elas, mas assim, foram várias vezes até elas pararem, sossegarem, porque alguém tava explicando pra elas, não tava brigando com elas o tempo todo. Você tava explicando o que pode e o que não pode, porque não pode, são crianças. [...] Tá aprendendo. Agora tem muito pai e mãe que só bate, que era o caso desse meu aluno, no começo ele apanhava muito. [P: O XXXXXX?] É, porque ninguém... apanhava muito do pai, porque ele coloca cortina pra baixo, ele punha a casa pra baixo. Até que foi falado que “viu, não é normal, não é um comportamento que ele quer fazer, a hora que ele vê, ele já tá fazendo, ele tem impulsividade. A hora que ele vê já fez”. Daí que eles foram buscar. [Carol, grifos nossos]

A regulação da conduta, embora reafirmado por ela como aspecto a ser ensinado, não nos parece que há clareza do papel da escola quanto a isso. Apesar de creditar na família a mediação para que a criança desenvolva o comportamento esperado na escola, ainda assim retoma o papel que a escola deve também fazer, no entanto não encara que esse seja o papel da escola.

Em resposta a pergunta sobre as causas do transtorno, Carol explica que não teve tantos alunos com TDAH, por isso sempre se remete ao caso de um aluno específico, cujo trabalho com ele foi realizado em dois anos.

<sup>23</sup> P refere à pesquisadora na entrevista

<sup>24</sup> Os Xs equivalem aos nomes do bairro e respectiva escola II. Nessa fala ela menciona que o bairro e a população que frequenta a escola II é menos favorecida economicamente, segundo sua opinião.

no meu caso no aluno que eu tive pensando, no aluno que eu tive ele não tinha uma referência de pai e mãe, ele não tinha limite nenhum dentro de casa, nunca teve limite de autorregulação, ele nunca seguiu regras, ele sempre pode fazer o que ele quis, a hora que ele quis, do jeito que ele quis. Sempre foi usado o transtorno dele como uma forma de justificar tudo o que ele fazia. (Carol)

As dificuldades do domínio da autorregulação do comportamento pela criança e que afetam na sua aprendizagem são encaradas como se não fizesse parte do ensino. Atribuiu-se a existência do transtorno quanto a essa dificuldade e localiza a responsabilidade na família. Carol acena para um entendimento importante sobre isso, demonstrando contrária à educação de modo agressivo em que pais só gritam com os filhos.

Quanto a buscar contato e diálogo com as famílias, a coordenação pedagógica da escola 3 atua na orientação ao grupo de professores e comunicação com a família na tentativa de dar uma resposta quanto àquele aluno que não acompanha os demais.

Bom, eu vou dar um exemplo claro da minha vivência profissional. Quando você tem algum problema com algum aluno ele apresenta algum indicio desde a educação infantil. E a gente sabe que pra fechar um laudo é dois, três anos de tempo, depende da especificidade do caso. Quando o professor, é ele que vai diagnosticar primeiro alguma coisa diferente dentro da sua sala de aula, e ai ele vai ta passando para o coordenador. O coordenador também como corresponsável e um articulador na escola, ele tem por obrigação, eu sinto assim de também sentando na sala de aula e ta fazendo uma observação plausível para que ele possa ter subsídio, subsídios, desculpa, para ta chamando a família para um primeiro contato e depois direcionar para a área clinica pra resolver o caso, seja fono, seja neuro, seja psicólogo. A educação só caminha de forma igualitária quando há esse intercâmbio, essa junção entre família e escola. O professor pra mim é uma peça muito importante porque ele que ta todo dia com a criança lá, então ele que vai observar, ele não vai diagnosticar, ele vai observar. (Juçara)

Diante da observação e ênfase ao comportamento e à atenção segue-se a tendência ideológica dos encaminhamentos da questão para o campo da saúde em vez de realizar um aprofundamento no próprio campo da educação como desafios do processo educativo.

Interpretamos os elementos contraditórios observados sobre o processo e o fenômeno do TDAH como parte da medicalização da vida. Isso pode ser observado quando a coordenadora expõe a organização do trabalho pedagógico na escola que envolve o ensino e aprendizagem, especificamente dos aspectos relacionados às dificuldades que as crianças apresentam quando não aprendem.

Se por um lado é dito que há um respeito ao ritmo de cada criança em aprender há também a tendência em classificar e encaminhar aquela criança que não atende um padrão de

comportamento exigido, classificando a criança inquieta e que não consegue se controlar, consequentemente não aprende como aquela que “atrapalha os demais”.

Quando a gente pontua alguns casos na escola, embora nós não sejamos, não somos da área clínica, área pedagógica, mas dá algum indicio a gente já começa a investigando, falando com a família e direcionando para a clínica. [...] Esse aluno tem que entrar no contexto dos demais que não tem dificuldade nenhuma a não ser o ciclo normal de aprendizagem, que você possa acalmar esse professor para acolher essa dificuldade ou outra dificuldade qualquer que vier aparecer na sua unidade escolar. E volto a repetir: foco no ensino aprendizagem de qualidade, independente da inclusão que for, ou independente da dificuldade de aprendizagem que for. (Juçara)

Quanto à determinação política e econômica das avaliações externas de larga escala que impõe ritmo acelerado de rendimento escolar, Freitas (2014) afirma que se trata de um processo instaurado pela disputa pelo controle do processo pedagógico conduzida pelos neoliberais da educação, e que tal processo traz implicações às avaliações internas da escola

Na luta pelo controle do processo pedagógico das escolas, o Estado é cada vez mais disputado por forças sociais liberal-conservadoras que procuram assumir, *por meio de avaliações externas*, o controle e o fortalecimento dos *processos de avaliação internos da escola* (formais e informais) e a partir destes subordinar as categorias do processo pedagógico a seus interesses, vale dizer, preservar e aumentar *o controle sobre os objetivos, o conteúdo e até sobre os métodos da escola*. A organização do trabalho pedagógico da sala de aula e da escola ficou cada vez mais padronizada, esvaziando a ação dos profissionais da educação sobre as categorias do processo pedagógico, de forma a cercear um possível avanço progressista no interior da escola e atrelar esta instituição às necessidades da reestruturação produtiva e do crescimento empresarial. (FREITAS, 2014, p.1092) [Grifos do autor]

A imposição de ritmos acelerados de aprendizagem acaba sendo associada a essa adequação da instituição escolar de incorporação a metas externas de avaliação e de padronização. As crianças que “atrapalham” o contexto dos demais são potencialmente inseridas em um processo de medicalização da vida.

Outro elemento controverso e essencial refere-se às explicações e os porquês da existência do TDAH. Nesse sentido, Juçara expressa suas suposições:

Eu não sei, eu não sei se essa vida corrida dos pais e hoje em dia muito dos pais trabalham e estão transferindo a responsabilidade para os avós. Esse consumismo, dessa vida agitada que todos, todos levam, inclusive a minha pessoa, aquele metódico. Horário pra isso, horário pra aquilo. Não sei te responder claramente qual é a causa. Só sei se apresentou o problema, causa, nós temos que ajudar. (Juçara)

As explicações sinalizam um entendimento da origem social do transtorno, que podem ser das atuais condições concretas de vida, porém diante do discurso hegemônico da ciência médica que afirma a causa biologizante do TDAH, Juçara recua nas suas reflexões.

Apesar de reconhecerem elementos sociais, o significado é atravessado pelo discurso biomédico de que não aprender não é normal, atribuindo a existência do transtorno à origem exclusivamente biológica, sendo, portanto, provocado por uma causa orgânica. Isto é, não aprender não se constitui como parte do processo educativo. Portanto, conforme o ditame médico, o não aprender é decorrente de uma patologia.

Na fala de Ceumar, que teve um aluno e sua filha diagnosticados pelo suposto transtorno, são apresentados elementos da sociedade atual, porém a explicação genética do transtorno se sobrepõe:

a neuropsicóloga conversou com a gente depois que ela fechou o laudo da XXXX. É que hoje a gente vive num mundo onde tudo é acelerado, né. E que muitas vezes a escola talvez não acompanhe toda essa, digamos assim essa tecnologia, esses alunos tecnológicos. Você imagina, né. Ela falou assim pra mim: “eles estão aqui no celular, eles estão ouvindo música, eles estão lendo, eles estão lendo, eles estão assistindo televisão, né. Muitas vezes a escola não é dessa maneira, né”. E no caso da minha filha que ela falou também que era genético que meu marido tinha, que os irmãos tinham, eu provavelmente tive, mas que não era, a gente era taxado de preguiçoso na época, né. Tanto é que meu marido não conseguiu vencer os estudos, porque assim, ela não tratou dele, não fez o tratamento com ele, mas pelas sessões que ela fez com a gente, porque é assim ela fala primeiro com ele, primeiro comigo, com a XXXXX e depois todo mundo junto, mas que ela achava que isso já vinha de tempo atrás, e que aí um herda e no caso foi ela, né. (Ceumar)

A partir desses relatos, entendemos que, quanto às dificuldades da criança em ter domínio da atenção e comportamento regulado para as atividades de estudo, há uma compreensão geral de que dificuldades são produzidas socialmente pelo modo de vida atual. Embora utilize o TDAH como forma de nomear essas dificuldades, afirmando que o não aprender não é normal, entende as trabalhadoras que há uma relação do social quanto à existência do transtorno. Juçara deixa claro isso quando afirma que: “Quanto mais os problemas sociais e familiar que a família apresenta, maior vai ser esses tipos de problema, então aí a escola, o gestor tem que buscar curso, buscar alternativas e minimizar a situação.”.

As trabalhadoras expressam o entendimento de que vivemos em uma organização social da vida em sociedade que nos impõe um ritmo de vida acelerado e de diferentes horários para realização de muitas atividades e que esses são modos de viver uma sociedade

hiperativa. Porém, atribuir como sendo as possíveis causas do TDAH não é suficiente para sustentar a ideia de que o transtorno é determinado socialmente. Incurrem na defesa de que sua causa é biológica. Ou seja, são os problemas sociais que geram as dificuldades, porém são nomeadas como um transtorno mental, recaindo a responsabilidade na criança individualmente.

A pesquisa realizada por Eidt (2014) elucida esse quadro de crescimento de patologias que medicalizam a vida:

Assim, entende-se que o surgimento e a intensificação de certas patologias não se explicam apenas pelo fator biológico, mas estão em consonância com as transformações das relações sociais vigentes em nossa sociedade. Percebe-se ainda que a ênfase do tratamento é centrada quase que exclusivamente na medicação.

Essas práticas evidenciam um processo de alienação vigente na própria ciência, na medida em que alguns pesquisadores e profissionais desconsideram os múltiplos fatores que tem determinado o surgimento de novas doenças - ou o aumento vertiginoso de patologias já conhecidas -, deslocando o foco de análise de questões sociais e econômicas unicamente para o plano individual e orgânico. (EIDT, 2004, p. 32 e 33)

Nesse sentido o processo de medicalização vem atuando sobre a escolarização, podendo gerar a desmotivação dos trabalhadores da educação escolar e limitando a escola quanto a sua função de ensinar e enquanto lugar para estabelecer relações no desenvolvimento da atenção e regulação da conduta da criança.

### **6.3.3 Núcleos de significação dos trabalhadores da saúde**

Seguindo o mesmo trabalho de análise que constituiu os núcleos dos trabalhadores da educação, abaixo elencamos os da saúde:

---

**I TDAH caracterizando o comportamento da criança como desvios de aprendizagem**

**II Do pré-diagnóstico ao diagnóstico**

**III De hiperativas e olhar “sem foco” ao tratamento medicamentoso**

**IV A criança que não se comporta, que não se educa**

---

## I TDAH caracterizando o comportamento da criança como desvios de aprendizagem

Para os trabalhadores da saúde, o conhecimento sobre o TDAH tem diferentes significados. Jorge e Rita explicam o entendimento sobre o transtorno, expondo dúvidas. Já Maria e Gal são mais categóricas em afirmar o conhecimento desde a graduação e residência médica.

Maria, que trabalha em um ambulatório atendendo crianças, destaca que teve contato com o TDAH no ano 1980, quando ainda era estudante do terceiro ano de medicina e a convivência com uma professora da faculdade

1980, a partir daí acho foi exatamente a convivência com ela que, que incentivou muito a fazer neurologia infantil e esse tema tem muito a ver. Aí depois, quando me formei não tinha residência específica em neurologia infantil naquele ano, tinha que fazer ou neurologia ou pediatria, optei por fazer pediatria pra depois fazer neurologia infantil. Mas assim, desde que eu comecei a fazer tanto a pediatria como a neurologia infantil, um tema que eu sempre gostei muito, sempre dei muita palestra sobre o assunto. Lidamos com professores, com equipe multidisciplinar, criamos eu e a XXXX, criamos o ambulatório específico XXXXXXXXXXXX e acho que tem um grande número de pacientes que vem devido ao TDAH pelo menos com suspeita de, né. (Maria)

O primeiro contato que Jorge teve com o transtorno, especificamente com o diagnóstico de um usuário do serviço de saúde, foi a partir da prática quando fazia aprimoramento e em atendimento conheceu uma criança com o suposto transtorno.

eu atendia muitas crianças inclusive encaminhadas da neurologia infantil. Muitas vinham com diagnóstico, né. Inclusive eu nunca me esqueço, eu acho que foi a única criança que eu, eu acho que eu também, acho que, talvez tivesse mesmo transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Eu fiquei muito impressionado, eu fiquei muito penalizado também, era um menino mais ou menos na faixa dos seus 8, 7, 8 anos de idade. E ele não parava de falar nenhum momento, ele não parava de falar, ele falava, ele não tinha escuta nenhuma e ele não conseguia ficar quieto. E ele tinha uma agitação psicomotora, sabe. E falava, falava, era uma verborragia, falava, falava, muito, muito e não parava quieto, ele andava em círculo, pulava e logo depois a XXXXX, psiquiatra, deu um medicamento. Aí, ele sentou no chão e ficou quieto, mas visivelmente é, como é que eu vou falar, com muito sono, sob efeito de medicação. Fiquei com muita pena dele. E aí depois, eu pude, eu falei “Nossa, o quê que essa criança tem, né?” E uma atendente de enfermagem me falou “Ele tem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade muito grave”. Foi a única criança que eu vi que realmente tava num grau de agitação muito grande, muito grande. (Jorge)

Para Jorge essa foi a criança que ele teve o primeiro contato, quando era estudante de aprimoramento e isso causou certa impressão, mas não conhecia o diagnóstico, sendo que a atendente de enfermagem informou o que poderia ser.

Já para Rita foi diferente. Partiu dela o interesse de se informar, compreender mais, pois havia uma demanda que chegava para ela, conforme ela mesmo disse eram “pacientes encaminhados das escolas, né”. Ela não trouxe uma data específica de quando começou pesquisar sobre o transtorno, porém nos informou que fazia um bom tempo que sentiu necessidade de entender devido à prática de seu trabalho.

Observamos que na área médica, conforme nos relatam as trabalhadoras, a concepção e conhecimento do transtorno são abordados em cursos formais. Maria desde quando fazia graduação, em 1980. E para Gal seu contato com a discussão sobre crianças com comportamento hiperativo como queixa escolar foi no período em que fazia residência em pediatria.

O meu primeiro contato foi na residência. Eu entrei na residência em 1994. [...] E então, assim, o primeiro contato foi, foram assim algumas queixas, mas assim uma ou outra né que, que vinham “ah, é hiperativo”. Mas a gente não tinha um serviço próprio pra isso, entende? Nós começamos a estudar porque começaram a cobrar isso da gente, né. Que tem essas crianças aqui? O quê que vocês vão fazer, né? Então, se a pediatra vem que nem ela veio hoje, né, e eu não, não sei, né. Eu se eu falo pra ela “não sei o que fazer”, pra onde ela vai mandar essa criança? Entende? Essa criança tá aqui na região não tem outro lugar pra ela ir. Eu terminei a residência em 95, final de 97, comecei de 98 e tinha uma outra pessoa que tava aqui contratada e ela teve que ir embora pra, pra outro estado e eu acabei voltando. Como eu tava morando XXXXXXXX, era casada ainda e eu vinha pra cá, trabalhava como plantonista pra dar uma força e peguei a equipe da neuropediatria que sempre foi pequena e na época a doutora XXXXXXXX tava vindo pra cá pra coletar dados do doutorado dela e ela é especialista em dislexia e a gente começou a perceber no ambulatório. É ambulatório não, desculpa, no pronto-socorro. A gente começou a receber crianças e tanto do pronto-socorro quanto da região do hospital, de outros médicos pedindo da pediatria mesmo, receber crianças que tinham queixas comportamentais e acadêmicas, e/ou acadêmicas e a gente não tinha onde colocar essas crianças. Então, ocorreu uma demanda que a neuropediatria não tinha um lugar específico pra isso, nós temos o ambulatório de neurologia neonatal, de dor de cabeça só em criança que é cefaleia infantil, de epilepsia, neurologia geral, hoje nós temos de autismo, de AVC em crianças e naquela época junto com alguns desses não tinha de desvio de aprendizagem, então a gente resolveu montar. Então, foi uma conjugação de fatores, né. A doutora XXXXXXXXXXXX vinha, trazia a equipe, então esse ambulatório sempre foi transdisciplinar, nunca foi só de médico. As crianças vinham, ao mesmo tempo queixa veio, né, a demanda veio de umas crianças que a gente não tinha onde colocar essas crianças e nós juntamos essa equipe na época tinha fono. Então o pessoal, todos orientandos da doutora XXXXXXXXXXXX que vinham da UNESP de

Marília. É TO, terapia ocupacional, pedagoga e vinha na época psicóloga era daqui da região mesmo. (Gal)

Essa trabalhadora nos explica que foi a partir de uma pesquisa de doutorado que teve maior contato com o tema da dificuldade de aprendizagem e que precisava dar uma resposta a essa demanda de trabalho que chegava como queixas de aprendizagem escolar e de comportamento de crianças no pronto-socorro do hospital. Acredita que atualmente as crianças encaminhadas com queixas escolares são melhores atendidas, em função da criação de um ambulatório específico para as dificuldades de aprendizagem.

O período marcado pelas trabalhadoras, anos de 1980 e 1990, como sendo o primeiro contato das trabalhadoras do campo médico com o TDAH é discutido por Caliman (2008). O autor coloca como foi que nessas décadas “a interpretação neurobiológica do transtorno tornou-se amplamente aceita” (p. 560), devido aos investimentos em pesquisas na saúde mental realizadas pelo National Institute of Mental Health (NIMH), dos EUA, associando o transtorno com um fator de risco social que afetava a segurança: “Mais do que nunca, os estudos sobre a desordem da atenção e do controle do comportamento e a pesquisa cerebral estavam conectados”. Se a década de 1980 demarca a publicação do DSM em sua 3ª. versão, a de 1990 é denominada de “década do cérebro”, pela ênfase biológica nos estudos das doenças mentais, quando temos também a publicação da 4ª. versão do DSM (CALIMAN, 2008).

Esses elementos históricos são trazidos porque interpretamos como sendo essa possível transposição incorporada aos currículos dos cursos de medicina no Brasil, tanto na graduação quanto na residência. Esses dados nos fazem pensar sobre a relação histórica do conhecimento sobre o transtorno e dos cursos e a demanda de trabalho informada pelas médicas. Nesse sentido Maria nos explica qual é o seu entendimento de TDAH:

Ele é uma doença que tem uma base orgânica, é neuropsicoendócrino, vamos dizer assim, né. É uma doença ou um jeito do cérebro trabalhar tem uma base orgânica hereditária, que é uma alteração de neurotransmissores ao nível da região frontal e pré-frontal. E nessa área, eu costumo brincar, essa nossa área é nossa área de desconfiomêtro. Ou seja, a pessoa que tem um desbalanço de neurotransmissores, de serotonina e dopamina principalmente nessa área tem dificuldade em esperar sua vez, em controlar impulsividade, em controlar o comportamento hipercinético, em ter uma atenção focada, em se colocar no lugar do outro, esperar sua vez. Falam demais, porque não têm esse freio inibitório que é um desbalanço de neurotransmissores. (Maria)

Nesse mesmo raciocínio de origem biológica do transtorno, Gal nos explica sua concepção, porém de modo correlacionado:

É uma condição neurobiológica, neurogenética, não é uma doença. Não é uma coisa: “Ah tenho pneumonia, faço raios-X, tomo antibiótico. Aí eu faço de novo, eu não tenho mais”, entende? Não é isso, isso é genética, esse é o transtorno, tá. As crianças com hiperatividade e com déficit de atenção, aí eu acho que existe por mais motivos. Como eu disse pra você tem criança que tem apneia do sono. Uma criança com depressão, ela pode ter hiperatividade e déficit de atenção, a criança com a ansiedade aumentada. Criança com anemia pode ter déficit de atenção, a criança com hipotireoidismo, a criança com uma síndrome genética outra. Mil coisas, milhões podem dar, se eu pego uma criança superdotada que tem, por exemplo, 10 anos que tem o QI de 12, 13 anos né, tá inserida numa classe de 10 anos e a parte emocional dela é de 5, 6, olha, olha o conflito que isso pode gerar. Ela tá numa classe, vamos dizer assim, numa seriação que não leva em conta nem a parte emocional, nem a parte intelectual dela, os conflitos vão acontecer. Quase todos os superdotados que eu recebi aqui foram encaminhados como se eles fossem TDAH, quase não, todos. E eu não tenho nenhum, aliás, eu tenho uma criança que a professora encaminhou dizendo que era superdotada. E ela não era. O resto, todos os que fizeram parte do meu mestrado que foram encaminhados, foram encaminhados como TDAH. (Gal)

Também considerando outras possibilidades em suas observações, Rita, apresenta sua explicação do transtorno e que, segundo ela, esse não se refere apenas ao quadro clínico:

o transtorno é um leque de possibilidades. A gente não conseguiu ainda mapear, né, por exemplo, uma dislexia você faz um diagnóstico difícil. Se você tem o diagnóstico você sabe como trabalhar. Um transtorno é mais, acho que é muito mais, assim, complicado e complexo. E o que você vai trabalhar, né? Você sabe que tem essa dificuldade, mas onde, né? Vamos mapear o cérebro dessa criança? Tá, você mapeou, você tira que tem alguma coisa aqui que sugere que tem um pontinho aqui no cérebro, tal. Tá, mas e daí? O quê que nós vamos fazer com isso? Acho que aí é nossa grande questão.

Na visão de Rita ao esclarecer seu entendimento sobre o transtorno, observamos mais questões. A trabalhadora reconhece a existência do mesmo, mas nos parece que quer refletir mais do que apresentar uma concepção categórica. Isso pode ser visto ao referir sobre o transtorno como “complicado”, “complexo”.

Na revisão bibliográfica que realizamos sobre o TDAH encontramos estudos críticos que discutem nesse mesmo sentido. Rodrigues e Rossi (2009) colocam o transtorno como sendo “de explicação difícil” e Baldini e Leite (2006) e Eidt (2004) como um transtorno controverso.

## II Do pré-diagnóstico ao diagnóstico

Os trabalhadores nos relatam que os encaminhamentos por queixas escolares chegam ao serviço de saúde por meio de avaliações produzidas na escola, conforme relata Maria:

A maior parte vem encaminhado por queixa do professor. A maior parte é queixa do professor, enquanto em casa parece que os pais conseguem controlar um pouco mais ou até assim achar “Ah, ele é desse jeito mesmo, tal.”. A coisa vai complicar mesmo na vida escolar e aí começa principalmente a forma hipercinética que é, a criança que é hiperativa esse vem logo porque ele dá trabalho na escola. O que é do desatento vai ficar lá no mundo da lua dele, mas demora mais pra chegar pra gente. O que dá mais trabalho, mais hiperativo. E às vezes, vem assim como te disse, é um mundo de possibilidades que os sintomas são muito parecidos. Então, às vezes já vem “Ah eu to mandando porque eu acho que ele tem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”. Na verdade ele tem outra coisa totalmente diferente, então cabe à equipe fazer essa limpeza, esse cuidar para poder aí dar o tratamento específico. (Maria)

Quanto à faixa etária das crianças que chegam ao serviço de saúde, Maria esclarece que é a mesma iniciada na vida escolar.

Olha o começo de vida escolar eu acho que é mais comum, seis anos, sete anos é mais comum. Mas eu tenho criança que chega bem precoce, três anos, quatro anos já ta assim, e alguns que chegam já no final da adolescência que a gente atende até 18, às vezes eu atendo até 20, dependendo da situação e passou a vida inteira no sofrimento muito grande, sem ter esse diagnóstico, sem entender o que aconteceu com ele, indo mal, sendo considerado como burro ou como mal-educado, que na verdade ele tinha uma incompetência a aceitar certas regras. (Maria)

Em relação aos encaminhamentos escolares, na visão do psicólogo há uma tendência da escola em supor que a criança tem o TDAH, sugerindo essa informação no encaminhamento para a saúde, destacando o comportamento desatento e hiperativo criança.

O que eu percebo é que tem... a escola, as escolas tendem a hiperdiagnosticar, às vezes, até mais do que os médicos. Então, assim, pras professoras rotularem o aluno que é mais agitado, que é mais inquieto de hiperativo é muito fácil, muito fácil. As próprias mães também, têm uma facilidade grande em dizer “ah eu acho que o meu filho é hiperativo”. Com esse pré-diagnóstico, vamos dizer assim? Sim. Só que 95% dos casos que eu pego aqui, que vem pra mim, que vem com diagnóstico do transtorno de déficit de atenção, eu não considero como tal. Eu vejo que existe uma,

uma questão sim de agitação, uma dificuldade na atenção. E qual uma coisa que eu vejo que é muito interessante que acontece, a mãe chega e fala assim “olha pro videogame ele se concentra que é uma beleza, pras outras coisas não”. Então, com atividades que são prazerosas ele consegue manter a atenção, ele consegue se concentrar, pra atividades que não são tão prazerosas, que frustram um pouco, que ele tá lidando de repente com uma matéria com um conteúdo que ele não domina muito, aí ele já não presta a atenção, então não é transtorno de déficit de atenção. Então eu me baseio também muito por isso e também na clínica, né. Às vezes, a criança que vem com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção, com hiperatividade ou sem, que tem os dois, tem a presença de hiperatividade ou pode ter a ausência dela, de repente, por exemplo. Num grupo de crianças começa a brincar com uma brincadeira, por exemplo, um jogo que exige atenção, que exige concentração e consegue completar a brincadeira até o final ou que chega, senta, na mesa faz um desenho, consegue permanecer sentada, consegue estruturar um desenho na folha. Então, por todos esses dados aí você vai vendo que a criança não tem uma hiperatividade, déficit atenção. Já aconteceu XXXXX, de eu ter crianças, receber crianças realmente hiperativas? Já. Mas dá pra contar no dedo de uma mão. (Jorge)

Nos sete anos de trabalho realizado por Jorge no serviço de saúde mental da criança, ele contabiliza ter tido menos de cinco crianças com hiperatividade. Quanto a demanda de trabalho, Rita relata que as crianças que chegam ao serviço geralmente vêm encaminhadas das escolas, umas com diagnóstico que ainda estão sendo realizados e outros já concluídos.

Geralmente chegam através das escolas. As professoras observam e a criança não rende, dificuldade no aprendizado, né. Algumas com comprometimento na fala né, que chega antes, no período pré, né. E que a gente observa que pode ter relação, essas questões, fala e atenção. Dificuldade escolar, acho que é uma coisa interligada sim. (Rita)

Essa relação entre as funções psíquicas, fala e atenção, é destacada por Rita, no entanto, não houve um aprofundamento maior sobre essas funções, interrelacionando com implicações para o desenvolvimento da aprendizagem. Porém ela faz um destaque. Nesse sentido, é importante retomarmos a interfuncionalidade dessas funções psíquicas no desenvolvimento da criança. E conforme discutido anteriormente, retomamos brevemente que, a atenção voluntária, começa a ser organizada após um ano de idade e tem por característica a seleção de informações da atividade consciente. Por essa razão os processos de linguagem desempenham papel essencial na atenção do homem, ou seja, para a aprendizagem escolar, é o que nos ensina os postulados em Luria (1991) e em Vygotski (1931/1995; 1934/2010).

Apesar de Rita entender que a relação entre a atenção e a fala deva ser considerada como importante para a aprendizagem da criança, Maria nos informou que o diagnóstico do transtorno é realizado pelo meio clínico com aplicação de testes e observação de sintomas:

Então, quando nós conseguimos chegar nesse diagnóstico, aí sim, isso é um transtorno, quer dizer, isso realmente é uma patologia. O comportamento hipercinético e desatento é um, como se você contasse que a criança tem febre, você pode ter esse mesmo comportamento por várias condições. Você pode ter febre, porque você tem gripe ou você pode ter febre, porque você tem meningite. Então, pode ser um transtorno do sono, pode ser uma epilepsia que não está sendo vista e malcuidada, pode ser um problema de diabetes, de tireóide, de anemia. Um problema exclusivamente emocional e comportamental dessa criança ou do ambiente familiar e vai levar a uma sintomatologia parecida, uma superdotação. Então, pra gente chegar à ideia de que é um transtorno, que realmente é um transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, eu preciso de exames orgânicos e de avaliações funcionais. Eu preciso do neuropsicólogo, de uma testagem desde do QI, da atenção, memória e tudo mais, só depois de tudo isso é que nós fechamos esse diagnóstico. E aí, eu vou discutir com a família e com a escola qual que é a melhor conduta pra esse paciente. (Maria)

Mesmo no campo biomédico, conforme aponta Maria, são muitas as possibilidades de diagnósticos, pois são vários os problemas de saúde que podem se manifestar em desatenção e comportamento hiperativo.

Mas a observação do comportamento da criança diagnosticada com TDAH também é destacada por Rita da seguinte forma:

O paciente em terapia, uma criança que você percebe que o olhar não fixa muito pouco tempo né na pessoa. Ela fixa um pouquinho e já tem interesse maior em outros objetos assim né. Ela tem vontade, você percebe que a criança até luta né, mas o desvio do olhar é muito intenso, é muito marcante assim, com interesse em outras coisas, outras questões. (Rita)

Para Maria o início da investigação sobre o transtorno se dá por exames e a etapa seguinte requer um profissional de psicologia com formação em neuropsicologia que realiza a aplicação de testes, seguindo posteriormente pela busca de informações junto a escola.

peço um hemograma pra ver se tem anemia, se não tem algum problema infeccioso, se alguma alteração dessa área, depois eu peço uma avaliação de tireóide, T4 livre, TSH. Basicamente, eu começo por aí a minha investigação. Uma glicemia em jejum, pra ver se não tem diabetes que pode estar influenciando do ponto de vista orgânico, e ao mesmo tempo, eu já encaminho pra uma avaliação neuropsicológica que é um psicólogo que fez uma especialização na área neurológica e só depois que a gente fecha o diagnóstico.

Primeiro investigo junto com a equipe multiprofissional, transdisciplinar e depois a gente vai sentar e discutir e mando um questionário pra escola

também, que a opinião da escola, da família são questionários já validados aqui no Brasil né, que a gente pode mandar. Mas eu não me baseio exclusivamente no questionário, tem que se basear em todo o resto. (Maria)

Referente à avaliação feita pela equipe multiprofissional para concluir o diagnóstico perguntamos quanto tempo leva essa avaliação:

Um mês, por aí, mais ou menos um mês porque são várias sessões da psicologia, da neuropsicologia. A gente não pode cansar a criança em termos de testagem. Então, um dia testa uma coisa, outro dia testa outra, tal. E no serviço público, a gente faz um fluxograma disso, mas é um pouco demorado. Os exames físicos, orgânicos, são mais rápidos. Ao mesmo tempo eu mando os questionários pra família, escola, culto religioso, se tem alguma coisa. Todos os ambientes que a criança frequenta, porque se ela tem um comportamento desatento ou desatento e hipercinético, ela tem que ser a mesma em todos os ambientes. Se ela tem isso só na escola, é porque ela tá com problema na escola, entendeu? Por isso tem que fazer isso. Tem que fazer os exames orgânicos como eu te falei pra descartar causas orgânicas, outras né. E a avaliação neuropsicológica que é uma avaliação funcional. E aí, se a gente pensar, por exemplo, “ah tem uma concorrência com o... com uma possível dislexia”, aí eu peço pro fono especialista na área neurológica avaliar essa criança. (Maria)

Neste sentido, Gal explica o trabalho realizado com a equipe multiprofissional, embora relate que tenha dificuldades quanto a ausência de alguns profissionais:

em relação ao atendimento neuropsicológico no ambulatório, que nesse meio tempo as duas psicólogas que, que mais tá aqui é a XXXXX, né. Ela fez o mestrado, ela fez, prestou a prova, fez o curso e prestou a prova pra neuropsicologia, né. A outra também, então estamos com duas neuropsicólogas, uma que tem o mestrado e com uma psicóloga e outras duas que estão fazendo estágio com elas, né. Porque eu não sou psicóloga, não posso orientar, não posso orientar pedagogo, entende? Porque eu não sou pedagoga, né? Eu posso assim estimular a transdisciplinaridade né, de outras disciplinas, mas eu não posso orientar como que a pedagoga vai fazer, por exemplo, a escala piagetiana, porque eu não sou pedagoga né. E aí, nós, assim nós fizemos isso. Que nós percebemos aqui que mesmo tendo toda essa estrutura que ficou muito boa e depois ficou de um ano e meio ficou sem e agora tá voltando a ter a fono de novo, né pelo menos sem psicólogo e fono não dá, sabe, não tem condições. É muito ruim sem a TO e sem a pedagoga né, mas pelo menos eu consigo direcionar bem o diagnóstico né, a avaliação agora sem psicóloga, sem fono, não dá. Quantas crianças nós fizemos esse ano e meio que ficou sem fono só com a psicóloga, sinais sugestivos de dislexia, eu não fecho o laudo, porque eu não tenho a avaliação da fono né, não é certo. Nem pelo DSM eu não devo fazer isso né, como médica. Então a gente assim viu que isso funcionava aqui dentro né, mas eu só, eu só vi o que funcionava mesmo dentro da educação e mesmo assim desde 2000 né, que seja 98, 2000 que eu me sinto assim apagando incêndio.

As nossas observações quanto a fala de Gal remetem também a uma dinâmica de trabalho intensificado e suas atividades são impactadas por falta de profissionais para realização do diagnóstico. E ainda que não tenha todos os profissionais para a equipe multidisciplinar, ela consegue direcionar o diagnóstico, mas a participação do psicólogo e do fonoaudiólogo, segundo ela, é fundamental.

Observamos que esses profissionais, citados por ela, responsáveis para realizar o diagnóstico no ambulatório não são os mesmos que realizam o tratamento das crianças na unidade de saúde. Essa contradição é expressa na fala do Jorge quando ele faz questionamento do número elevado de crianças diagnosticadas com TDAH por médicos. E considera apenas 5% de crianças portadoras do transtorno, e ressalta que a escola “hiperdiagnostica” muito mais que os médicos.

E diante desses dos casos com crianças que chegam encaminhadas com suposição de ocorrência do transtorno, Gal levanta uma demanda de uma assistência preventiva:

Nós não temos uma, uma avaliação, uma, um atendimento, uma assistência é, preventiva, entende? A criança vem pra mim muito tarde né, ela vem já pra mim não, pra nossa equipe, pro ambulatório muito tarde pra tudo, a nossa cultura é muito ruim, a formação dos pais é ruim no sentido que eles não têm uma cultura de que, por exemplo, a criança ta, ta tendo tique “ah isso é frescura”, a criança é hiperativa “ah então põe fazer futebol que passa” e quando chega aqui já é tarde, a criança não quer, não faz ler e escrever porque não quer né então a gente precisa modificar isso, a gente precisa vir da raiz, do cerne, a gente precisa modificar muito isso, isso ta gritante pro Brasil.

Apesar do destaque a necessidade de orientação e formação das famílias da sociedade como um todo na prevenção do transtorno, sua fala se refere a aprendizagem dando ênfase ao biológico para que assim as crianças recebam o tratamento antecipado:

Então, assim, apesar do ambulatório ter esse formato e é o que dá pra fazer aqui que é legal. Quando a gente trabalha na educação é que ai você vê, que você consegue chegar no professor, orientar o professor, explicar o que é Tourette, explicar o que é uma criança que pode ter um transtorno obsessivo compulsivo, né, que ta acompanhando com o psiquiatra, mas que precisa que a escola também acolha, que entenda, que ampare, explicar o que é uma dislexia e como que vai ensinar, porque é muito fácil falar assim pro professor “essa criança tem um transtorno de aprendizagem ou essa criança tem um retardo mental leve, você vai ensinar do que ela sabe pra frente e respeitar o ritmo dela de aprendizado e compará-la ela nesse ano, com ela no ano passado, somente. Você não vai comparar ela com mais ninguém porque o importante é o que ela ganhou”. É muito fácil falar isso né? Ai você professor, você pega a criança e fala assim “o que é que ela sabe pra eu partir dali pra frente? Qual que é o ritmo dela?” entende? Então coisas que até na

tua formação mesmo como professora você deveria ter isso já, você não tem. Então, assim, é, fica muito cômodo pra uma equipe avaliadora se a gente tiver aqui né nos portões da universidade né te mandando um laudo bonitinho escrito ali, mas e aí, o quê que você tem que fazer mesmo né, que ele não tá ali, né, porque não é uma pedagoga que tá te orientando. Entende? Então com isso a gente só conseguiu ver que funcionava quando a equipe toda trabalha em conjunto com a educação, dentro da educação. [...] a gente faz a mesma avaliação das crianças com laudos. Ai a mãe recebe o laudo e a gente é... pega autorização dela e a gente vai dar essa devolutiva pro professor, aí a gente consegue fazer essa diferença. Paralelo a isso, por exemplo, o fono vai orientar o professor “olha essa criança você precisa trabalhar daqui: correspondência letra, som, você vai trabalhar” claro que a fono não vai ensinar o que o professor tem que fazer, é obvio. Nem a psicóloga, mas ele vai dizer o meio, entende? Então assim, aí a gente, quando a mãe autoriza, ela assina o laudo, a gente marca com o professor e gente conversa sobre o laudo e sobre as estratégias com o professor de cada criança que a gente avaliou. (Gal)

A necessidade de vários olhares e profissionais para discutir as dificuldades de aprendizagem é compreendida em nosso estudo como um desafio pedagógico, inclusive para a discussão de um diagnóstico amplo, porém a ênfase no biológico restringe a exclusividade do diagnóstico médico, o que Tesser (2006b) discute que o aspecto preventivo da concepção biomédica tem como papel desconsiderar outras referências filosóficas e se sobrepondo frente as outras áreas.

Leite (2015) ao discutir a educação da atenção da criança apresenta alguns referenciais de como educar crianças na escola, citando outros autores de perspectiva crítica à sociedade capitalista, como o pedagogo, ucraniano, Anton Makarenko (1888-1939), em que aborda que o ensino escolar e a educação familiar deveriam promover, por exemplo, o autocontrole das crianças.

O papel determinante do diagnóstico médico no tratamento de usuários da saúde é histórico e conforme abordagem de Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) na história da psiquiatria o diagnóstico é uma agregação de sintomas e tem um papel fundamental como nas demais especialidades médicas. As informações obtidas deveriam ser úteis à estratégia de intervenção e “prever o desenvolvimento da enfermidade” (p.13). Porém, segundo esses autores, a exclusividade do diagnóstico e a clínica reduzem a compreensão da enfermidade do sujeito. Nesse sentido, a compreensão da criança e suas dificuldades de aprendizagem estão submetidas apenas a observação clínica que podem responsabilizar a criança em não aprender localizando em seu cérebro uma falha orgânica.

### III De hiperativas e olhar “sem foco” ao tratamento medicamentoso

Quanto ao tratamento medicamentoso, Maria nos relatou como ocorre a escolha na utilização de alguns desses medicamentos através de tentativa e teste:

Porque pra cada paciente, talvez, ele tem que ter o perfil dele, uma coisa que deve ser exclusivamente dele. Então eu começo, por exemplo, com metilfenidato, aí se... [Comercialmente como chama?] O metilfenidato você tem como Ritalina, que tem uma meia vida rápida, ele dura quatro, cinco horas. Depois, eu digo que a carruagem vira abóbora de novo, tem a Ritalina LA que ela vai durar 10 horas, mas ela tem, ela sobe tem um platô e depois ela cai tá, assim. Tem o Concerta que também é o metilfenidato e ele dura 10, 12 horas, mas no mesmo nível sanguíneo, certo? Essa é a linha do metilfenidato. A gente pode usar também um antidepressivo tricíclico que é o Imipramina, que foi usado nos anos 50 pra tuberculose, pra paciente com tuberculose e depressão e se descobriu que como efeito colateral você tinha uma atenção melhor. Você tinha um desempenho melhor desses pacientes, então desde então é usado pra transtornos de atenção, de comportamento hipercinético, tal. E agora, no Brasil, a gente tem usado uma droga muito boa, que já é usado fora há bastante tempo, mas que tá no Brasil há poucos anos que chama Venvanse, o nome do sal é dimesilato de lisdexafetamina. E o Venvanse também tem essa atuação de 12 horas, 10 horas e você dá de manhã e o dia inteiro fica com essa medicação. Aí, quando isso não dá certo você tem que ver outras coisas associadas, porque como transtorno em geral ele tem muitas doenças juntas né, que são as comorbidades ou concorrências. Às vezes, essas concorrências, elas são mais fortes até do que o eixo principal que é o déficit de atenção e hiperatividade, por exemplo, o tique ou o TOC ou a ansiedade ou a depressão. E aí, eu tenho que tratar melhor isso, com medicamento específico pra isso, do que propriamente o TDAH.

Para Rita o uso do medicamento no momento da terapia fonoaudiológica é desnecessário. Ela exemplifica relatando o atendimento que realiza com uma criança de sete anos com dificuldade de aprendizagem:

um paciente com muita dificuldade. Assim, em automatizar os fonemas que eu trabalho, né. Então peguei esse paciente há anos atrás.  
Ele ta agora com sete anos, pra oito. E ele tinha algumas trocas, foram trabalhadas mas ele, ele repete o que você fala, mas ele não consegue automatizar, ele não sai dessa fase né. A gente ta tentando trabalhar, ta tentando pra ele, né. Passa na XXXXX, faz psicologia.  
Eu, eu sinceramente pra mim aqui dentro ele não precisa. Eu não via assim sabe, eu não entraria com medicamento, não sei como ele é na escola né, os professores eles já ficam desesperados quando né, mas aqui...

Quanto à caracterização do transtorno, Jorge nos relata uma situação em vivenciou com a criança supondo ocorrer nela o transtorno quando realizava grupo psicoterapêutico:

Um comportamento quase que constante de agitação. Dificuldade de permanecer sentado. Dificuldade de focar o olhar num lugar. Todo som externo, por exemplo, se ele tá aqui na sala e eu to conversando com ele, ele consegue manter a atenção por pouquíssimo tempo, se aparece alguém conversando lá fora ele desfoca, se aparece alguém conversando do outro lado da porta ele vira a cara querendo saber. Então, qualquer som, estímulo externo é mais do que suficiente pra desviar o foco. Toda brincadeira que inicia não termina. Uma dificuldade muito grande de manter, de se manter naquela brincadeira, se começa a pintar desenho não termina. Tendência a fazer as coisas muito rápidas, muito rápido e muito movimento motor. Então se tá, não consegue ficar sentado. Então, tem que mexer o pé, faz assim na mesa, batendo, ou fica, inspira e expira, e fica assim, quando não fica andando, então senta um pouquinho e levanta, abre a porta tem que andar um pouquinho lá fora.

Tem uma preferência grande, gritante por atividades corpóreas, jogo de bola, pula corda. Tinha um menino que eu atendi, XXXX, ele tinha 11 anos. Ele só brincava com brincadeira de bola, de corda, de espada e eu via no olhar dele, ele não aguentava mais. Ele suando, teve uma vez, eu fiquei com tanta pena dele, tanta pena dele XXXX, que ele tava tão agitado e ele tinha brincado. O grupo já tava no final, todo mundo tava cansado tava um dia quente e o ventilador não tava dando conta e ele não conseguia parar. Ele começou a chorar, a chorar né e se ele vier, quando ele não vinha com remédio era muito difícil, muito difícil, quando ele vinha.

Um sofrimento muito grande. Quando ele vinha medicado o comportamento era muito diferente. Era mais organizado, ainda um pouco mais agitado, mais impaciente, assim intolerância né, mas assim um grau bem menor, bem menor.

Mesmo nas atividades em que criança tinha interesse, Jorge observou sofrimento intenso, em que ela chorou e era muito agitada. Uma situação difícil pra ele, avaliando nesse caso a prescrição medicamentosa como auxílio do tratamento psicoterápico.

Kamers (2013) chama atenção quanto a transformar os sofrimentos da infância que vem sendo interpretados como um transtorno neurobiológico e que isso pode ocasionar em uma investida de silenciamento de dimensão psíquica e histórica. Ou seja, a causa dos problemas que tem levado ao sofrimento da criança não é revelada, não é compreendida.

Apesar de ter relatado essa situação cuja criança recebeu tratamento medicamentoso e psicoterápico de grupo por ter o diagnóstico de TDAH, Jorge nos informou que a porcentagem de crianças diagnosticadas é baixa, ou seja, apenas 5% dos casos que chegam ao serviço ele considera o diagnóstico desse transtorno. E quanto ao uso do medicamento no tratamento do TDAH, Jorge afirma que isso precisa ser repensado, pois ele vê com preocupação o crescimento do tratamento medicamentoso:

É muito grave. Então, assim, o quê que acaba acontecendo quando a criança não tem indicação ela não vai responder, não vai responder, porque a questão é outra. Quando há a indicação você percebe a mudança, só que o

efeito da ritalina ela dura muito pouco tempo, né. Hoje em dia tem medicamentos muito mais avançados, caríssimos, que os efeitos colaterais são mínimos e a eficácia é maior, que realmente você percebe. Mas são medicamentos que você não vai ficar dando pra vida toda, tem muito critério pra fazer isso. O que não há, infelizmente. Não tem. Que existe uma hipermedicalização e um hiperdiagnóstico, um diagnóstico que se banalizou e é uma questão séria, complexa. E eu acho que a gente tá lidando com vidas né, que vão se tornar adolescentes, adultos e aí? Como é que vai ficar? (Jorge)

Entendemos que a abordagem de Jorge é de ponderação e reflexão, quanto a prioridade e crescimento do tratamento medicamentoso. Sua defesa não é contrária a medicação, mas ele nos convida a refletir sobre o uso abusivo de medicamento que incorre na medicalização da vida. Os elementos apresentados por ele são extraídos da sua percepção e experiência mediadora da psicoterapia em atendimentos individuais e em grupos com crianças diagnosticadas com suposto transtorno.

Nesse sentido compreendemos que sua advertência se refere ao desenvolvimento das funções psíquicas das crianças e os aspectos emocionais e mediações que constituem o psiquismo infantil. Portanto, o uso indiscriminado e abusivo, citado por ele de “hipermedicalização”, pode implicar e afetar de modo adverso o desenvolvimento psíquico das crianças.

A prescrição medicamentosa é a principal opção no tratamento das crianças diagnosticadas pelo TDAH, embora seja previsto o tratamento com psicoterapia e o aconselhamento familiar (BARBARINI, 2010; CARVALHO; BRANT; MELO, 2014).

#### **IV A criança que não se comporta, que não se educa**

Nas perguntas aos trabalhadores não mencionamos o tempo histórico como um elemento a ser refletido sobre TDAH e nos relatos sobre as possíveis causas e a origem acerca desse transtorno são feitas observações que demarcam relações do transtorno no passado e no presente, correspondendo com o modo de como se educava no passado e como se educa hoje.

Rita não fez afirmação pontual quanto à existência do transtorno, mas fez comparação do modo como se educava no passado e sobre o papel da fala como indicador do desenvolvimento da criança:

Sempre existiu, mas a gente tá diagnosticando mais, tá trazendo mais à tona esse problema, que antigamente as crianças desistiam, por exemplo, de escola ou apanhavam muito dos pais ou eram as professoras mais rígidas.

Tinham uma, né pra fala, né. É, ah não falou até cinco anos, mas vai falar e não é bem assim que a gente vem acompanhando né, que enfim...

Ela dá muito sinais, não é determinante. A linguagem oral, a expressão, né, você vai num desenvolvimento.

[...] É um processo, vamos dizer assim, é um processo, né? O início da fala, o desenvolvimento, leitura e escrita, tudo um processo, tá tudo interligado. Quando alguma coisa não vai bem, tipo algum problema escolar de aprendizado, não aparece do nada ele já dá sinais lá atrás e um dos sinais é a linguagem, a linguagem oral, entendeu? Criança que demora pra falar, criança que tem um distúrbio articulatorio que você trabalha, trabalha, trabalha, trabalha, difícil, né?! A gente já fica de olho nessa criança quando entrar na escola já é um dado, entendeu? (Rita)

Maria, por sua vez, expõe que o TDAH não é um fenômeno do presente, mas sim um transtorno citado em publicações do sec. XIX:

Olha as pessoas pensam que é uma coisa atual, uma invenção atual. Na verdade, a primeira, quando eu dou muito essa aula, palestra, congressos sobre isso, a primeira citação que eu encontrei foi de 1860.

Exatamente, hoje é descrito um quadro, acho que é uma publicação austríaca que é descrito uma poesia dentro da discussão de um quadro de um caso clínico e você lendo aquela poesia você fala “essa criança é hiperativa”, se ele tinha um transtorno de déficit de atenção ou não, não sabemos, mas com certeza essa criança é hiperativa. Então isso é uma coisa que existe desde que a humanidade é humanidade, o que que aconteceu? Aconteceu que as exigências da sociedade, das escolas fizeram com que a gente tivesse mais gatilhos emocionais pra essas coisas, pra desencadear determinadas, determinados transtornos e que hoje eles são mais valorizados porque se preocupam mais, você vê mais as crianças de uma forma mais específica. Não é uma invenção atual.

[...]

E historicamente, já que você tá perguntando, você começa com uma criança que é descrita como uma criança que não se comporta, uma criança que **não se educa** né e isso lá em 1800 e pouco. E aí, isso depois, isso se torna assim como, como um quadro de sequelas mínimas, porque se acreditava na neurologia que você poderia ter, por exemplo, algum problema trauma craniano, um problema de nascimento alguma coisa. E aí, você se torna um encefalopata, que era uma sequela grande, uma paralisia cerebral, mas poderia ser só uma sequela mínima, que é, por exemplo, um déficit de atenção, uma hiperatividade, se andando um pouco mais eles vão descobrir assim: Ah, não é só a criança que sofreu algum problema de parto ou algum problema de infecção ou seja lá o que for, a criança, às vezes não tem nada disso no seu antecedente e tem esse comportamento. Então, começa a ser definido como distúrbio do déficit de atenção e foi separado em algum momento distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade como uma doença a parte do distúrbio de atenção sem hiperatividade e só depois. Agora com o CID, com o DSM IV que começa a ideia do transtorno. Então, **chamar de transtorno aquilo que é orgânico**, é bem recente, o nome é recente. Aí, no início se achava que ocorria só com criança e depois dois psiquiatras, isso final dos anos 90, eles diagnosticaram esse mesmo transtorno neles mesmo. E aí se começou a ver que existe em adulto e hoje a gente sabe o seguinte, que 60% das crianças que tem déficit de atenção com hiperatividade vão continuar com esse comportamento na vida adulta. Ou

seja, 40% na adolescência *por alterações funcionais do cérebro* desaparece o quadro. Não hormonais, funcionais do cérebro desaparece o quadro, mas 60% continua, muda o perfil em vez dele perder o material escolar ele perde documento, perde celular, perde a chave do carro, esquece que ele tinha uma reunião com o chefe, esquece o tempo. Então, muda o perfil, mas continua na vida adulta. (Maria) [Grifos nossos]

A explicação da médica da evolução histórica do transtorno associando a determinação biológica, a ocorrência em crianças, adolescentes e adultos se refere a compreensão de que o desenvolvimento humano é naturalizado, segundo a visão biomédica.

Contra-pondo-se a essa visão biologizante da vida, VYGOTSKI (1931/1995) compreende que os mecanismos herdados biologicamente pelo nascimento aos poucos vão cedendo espaço às determinações sociais, as funções dependem dessa estrutura orgânica, mas gradualmente vão sendo determinadas pelo social.

O domínio da atenção e a regulação da conduta, portanto, são funções psíquicas que são determinadas socialmente. A ideia de que há um transtorno, supostamente pela falta de atenção ou comportamento hiperativo, de acordo com a perspectiva da Escola de Vigotski será superado por meio de mediações dadas pelas relações e objetos.

No entanto por meio das ordens do campo biomédico e da prescrição medicamentosa, o controle do comportamento e a busca atenta são naturalizados e as dificuldades de focar a atenção nas atividades de estudo, combinadas à atitude agitada e inquieta da criança, são enquadradas em categorias diagnósticas.

A interpretação biomédica explica os aspectos do viver como determinação natural, em que crianças e adolescentes são transformados em categorias patológicas quando não alcançam os padrões ditados socialmente de comportamento e educacional. (LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2014).

Na mesma linha de raciocínio, Gal compreende que a origem do transtorno é genética “uma condição neurobiológica, neurogenética”:

existe porque existem os genes pra isso, né. Eu tenho o gene, a predisposição ambiental. Eu tenho as duas coisas e isso se enquadra, então isso é um transtorno, isso existe porque existe gente loira, porque existe dislexia, porque existe síndrome epilética, porque existe genético, isso existe porque existe gente. Então, deve ter alguém que tem isso, tá.

[...]

Então quando você me faz essa pergunta “Por que eu acho que existe” eu tenho que responder essas duas coisas. Eu acho que existe porque é genético e acho que existe esses que não, não tem nada a ver com genética, vamos dizer assim, um erro nosso se a gente não tomar cuidado e classificar tudo, põe tudo no mesmo saco e vira tudo TDAH, e se eu não tiver uma equipe pra fazer isso, se eu não tiver estudado muito bem isso a fundo eu vou fazer

mesmo, eu vou pôr um rótulo em todo mundo e vai sair todo mundo rótulo de TDAH. Mas não é a maioria, entende? Por isso que eu acho assim. (Gal)

A reorientação de transformar comportamentos até então compreendidos como normais em transtornos é interpretada por Almeida e Gomes (2014) e por Caponi (2014) como perfis patológicos que a cada nova versão do DSM, desempenhando um papel de classificação e nomeação de características humanas, acabam ampliando uma maior cobertura patológica desde a infância.

A relação dos elementos de origem biológica para a existência do transtorno não é descartada para o psicólogo, porém ele aborda a ideia de que há uma interação constante dos aspectos emocionais que afetam o que ele chama de neuroquímicos. Ressalta que quando há mesmo o diagnóstico do transtorno o biológico é considerado, porém não de modo isolado para a constituição psíquica da criança:

Se a gente pensar numa perspectiva tomando por base, que uma criança, que realmente preenche todos os critérios do diagnóstico do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, pensando nesse caso que é muito específico, muito é, eu diria até quase raro. Eu colocaria talvez, talvez algum componente neurológico, né, que não descartaria em hipótese alguma questões psicológicas. Eu não vejo que uma coisa descarta a outra, não, né do mesmo jeito que a gente sabe que é. Quando a gente recebe uma notícia, seja criança ou adulto, uma notícia que nos deixa muito impactado e aquilo nos deixa triste ou até deprimido isso tem um viés também neuroquímico. Nosso corpo vai ter uma reação também. Então, acho que uma coisa ela não pode se desvincular da outra, que a gente não pode priorizar uma linha de pensamento em detrimento da outra. Eu acho que as coisas muitas vezes ela se complementa né, do mesmo jeito que a esquizofrenia. Existem questões químicas envolvidas, que a gente vê como os pacientes reagem ao tratamento medicamentoso, né do mesmo jeito quando acontece alguma coisa na família eles pioram. Então, assim, é uma interação constante, é uma interação constante. Então, eu acredito que uma criança que realmente tenha o diagnóstico desse, com a medicação adequada, e o tratamento com a família inclusive né, de psicoterapia, de orientação, eu acho que a criança pode ter uma qualidade vida, entende, eu acredito que sim. (Jorge)

O biológico como determinação do fenômeno TDAH é explicado pelas médicas como uma patologia de aprendizagem a partir dos anos 1980 sendo a origem do suposto transtorno como uma herança genética e do social.

Jorge amplia a discussão para que outros elementos sejam considerados e atribui à mediação familiar a contribuição de modo quase que determinante na constituição psíquica da criança em desenvolver comportamentos caracterizados por TDAH:

Muitas vezes o profissional, neurologista infantil, tem um despreparo pra lidar com questões emocionais que na grande maioria estão envolvidas na apresentação clínica da criança. Uma criança mais agitada, mais irrequieta,

mais até agressiva, às vezes, eles não têm o preparo pra lidar com essas questões emocionais que estão influenciando diretamente e até mesmo sendo a causa desse comportamento. Também não sabem, não tem preparo, isso é muito pobre. É do conhecimento, assim, da dinâmica familiar que está influenciando diretamente o comportamento da criança e medicam. Por muitas vezes há insistência dos pais, se não medicar não é médico, se não pedir eletro, se não pedir ressonância, se não pedir tomografia e se não der algum medicamento não é médico, vai procurar outro. (Jorge)

Os elementos referidos por Jorge são determinados pelo contexto histórico de medicalização, cujo processo traz implicações para a sociedade como um todo, impactando na vida das crianças, das famílias e dos trabalhadores.

A ênfase do transtorno como uma determinação biológica produz a ideia de que criança que não se comporta, não se educa, como se dependesse somente dela regular seu comportamento, educar-se sozinha, descartando a mediação social para que ela regule seu comportamento e sua atenção nas atividades escolares.

O comportamento não é dado pelas estruturas biológicas. Leontiev (1978) ao explicar relação entre biológico e social distingue que as estruturas biologicamente herdadas pelo processo de humanização se constituem em condições para a formação das funções psíquicas (como a linguagem, a memória, a atenção, etc.). Apesar de essas funções dependerem da estrutura orgânica, são as mediações pelas relações sociais e o mundo dos objetos que determinará o desenvolvimento do psiquismo desde a infância. Portanto o desenvolvimento das funções especificamente humanas se produz no processo de apropriação e aquisição pelas relações reais do sujeito, dadas pelas condições concretas e históricas que vive.

Em busca de superar a ênfase no biológico, quanto as dificuldades de aprendizagem, outrora denominada na literatura como fracasso escolar, Souza (2008) propõe refletir que essas dificuldades são causadas pelo próprio sistema escolar, fruto de políticas neoliberais que “durante décadas depauperaram a escola pública e dificultaram que desempenhasse seus papéis sociais e políticos” (SOUZA, 2008, s/p).

A visão biomédica ao adentrar no espaço escolar compreende que a responsabilidade de não aprender recai sobre o aluno, desconsiderando todas as variáveis que estão implicadas no trabalho de ensinar, tais como as condições de vida da criança, os recursos envolvidos da escolarização e os recursos da família, conjugando assim uma complexidade que envolve o processo de educar.

#### **6.4 Diferenças e semelhanças das significações sobre TDAH entre os trabalhadores da saúde e educação**

Em nosso estudo observamos que a relação entre a educação e a saúde sobre o TDAH se constitui em encaminhamentos das crianças das escolas para a saúde para averiguar comportamentos hiperativos e dificuldades de atenção na aprendizagem.

Encaminhamentos das escolas para saúde com objetivo de identificar e diagnosticar algum tipo de doença da criança que não se comporta e ou que não aprende foram discutidos nos estudos de Souza (1997; 2008) e Cord et al (2015).

Ao buscar compreender o fracasso escolar, Souza (1997) analisa dados de pesquisa de 1989 no município de São Paulo, investigando os encaminhamentos de crianças na faixa etária de 5 a 14 anos das escolas para as unidades básicas de saúde. Neste estudo, dos 70% dos encaminhamentos das crianças nessa faixa etária foram destinados para atendimento psicológico e desse total 50% se referiam às dificuldades de aprendizagem e 21% problemas de comportamento na sala de aula e fora dela.

Segundo os dados revelados dessa pesquisa metade das crianças foi encaminhada pela escola. E conforme analisado pela pesquisadora, a escola começa a desenvolver uma atitude diagnóstica uma espécie de “olhar clínico” sobre a criança na produção desses encaminhamentos, responsabilizando esse aluno por não aprender e se comportar conforme exigido. (SOUZA, 1997, p.18).

As significações dos trabalhadores que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) são analisadas por Cord et al (2015), que aferiram que o discurso biomédico tem adentrado no espaço escolar e ao naturalizar as dificuldades de aprendizagem impõe práticas medicalizantes na escola.

Nosso estudo revela que entre os trabalhadores da saúde e da educação, apesar de diferentes significados quanto a ocorrência do TDAH do transtorno, a visão de determinação biológica é quase unânime entre eles. Os significados atribuídos ao transtorno pelos trabalhadores da saúde e educação quanto ao conhecimento, diagnóstico e tratamentos do transtorno se diferenciam em alguns aspectos e em outros são semelhantes.

A dificuldade de aprender como algo biologicamente herdado na criança, segundo a concepção biomédica, é afirmada com maior ênfase entre as médicas. Os outros dois trabalhadores da saúde citam comportamentos hiperativos relacionados ao transtorno, mas

apresentam dúvidas ou negam a quantidade de diagnósticos de crianças que são encaminhadas para psicoterapia.

A fala de Rita expressa dúvida e questionamento quanto aos exames de imagem cerebral que revela a suposta falha da dificuldade de aprender, exclamando: “E daí?”. Levantado a questão do que esse exame sobre o transtorno na criança pode apresentar como possibilidade de ajuda a essa criança.

O número de diagnósticos tanto da parte médica como dos encaminhamentos feitos pelas escolas em que sugerem o transtorno na criança é questionado por Jorge como uma espécie de “hiperdiagnóstico”.

As explicações do transtorno entre os trabalhadores da educação se apresentam como vaga, com dúvidas, e buscam uma argumentação da visão biomédica referindo que os comportamentos agitados e desatentos são decorrentes do transtorno. A associação desses comportamentos como doença decorre da orientação escolar, pois nas falas dos trabalhadores apontaram que os cursos ministrados na rede municipal de ensino, indicam que tais comportamentos devem ser averiguados no campo médico.

Ao relatarem o conhecimento do TDAH, as trabalhadoras da educação demonstraram dificuldade em explicar e em alguns momentos buscavam a confirmação da pesquisadora, perguntando se aquela compreensão do transtorno estava certa. Nesse sentido o termo “vaga”, como dúvida, foi verificado que o transtorno não é algo compreendido e discutido como expressão de um comportamento da atual sociedade. Fica evidente que o TDAH considerado como uma doença que resulta na criança um comportamento hiperativo e desatento é uma explicação que atravessa o trabalho pedagógico, ocultando e impossibilitando que os trabalhadores da educação compreendam esse fenômeno a partir dos referenciais pedagógicos da educação.

Consideramos que as condições de trabalho facilitam a incorporação do discurso médico quanto às dificuldades de aprendizagem, pois as trabalhadoras dobram períodos de aula, manhã e tarde, ou seja, realizam dupla jornada de trabalho. Isso implica em maior desgaste físico mental, portanto maior cansaço somado ao pouco tempo para planejar e refletir sobre as dificuldades de crianças em aprender e ou regular seu comportamento em sala de aula, desafios próprios da natureza do trabalho de ensinar. Deste modo incorporam o pré-diagnóstico como se fosse uma solução para aquelas crianças com dificuldade de aprendizagem.

Outro elemento se refere ao planejamento escolar, segundo a coordenadora pedagógica é preciso atender as exigências das avaliações municipais, estadual e federal. Ou seja, a dinâmica escolar estava submetida a padrões de avaliação fora do seu interior.

Quanto aos encaminhamentos dessas crianças com dificuldades de aprendizagem, supondo o transtorno, poderiam ser realizados a qualquer momento, pois havia na direção da escola 3 uma espécie de formulário que quando preenchido com um caso de alguma criança deveria ser encaminhado ao NASF. Havia também outro procedimento, conforme relato das professoras, de orientação à família para que buscasse atendimento na UBS ou na rede privada de saúde. Nas outras escolas não tinha o encaminhamento, apenas na escola 2 havia uma psicopedagoga para avaliar as crianças.

Diferentemente de uma visão mais vaga que os da educação, as explicações sobre o TDAH pelos trabalhadores da saúde são mais estruturadas em termos técnicos fundamentados no argumento de herança biológica da criança, sendo de origem genética. Tal explicação naturaliza a relação ensino-aprendizagem entre professor e aluno. As mediações decorrentes das relações e condições materiais são descartadas, como se a atenção e comportamento regulado na criança nascesse pronto. Divergimos dessa compreensão, pois tanto a atenção como o comportamento se desenvolvem a partir das mediações sociais que circundam a criança.

Os motivos que levam a criança a ter dificuldade de comportamento ou para obter a atenção, o diagnóstico médico exerce um papel imperativo, fato que os demais trabalhadores levantam questões e discordam da quantidade de diagnósticos de TDAH.

Quanto às medidas a serem tomadas para o aproveitamento da criança, após o recebimento do diagnóstico, foi citado pelas médicas que havia orientações às escolas e às famílias. Porém, as trabalhadoras da escola informaram que é apresentado na escola laudo médico que atesta a criança como portadora do transtorno. E que esse laudo também a família serve para aquisição do medicamento pelo SUS, pela farmácia de auto custo, que além da Ritalina® é possível conseguir o Venvanse®.

Uma das médicas relatou que o tratamento das crianças não se restringem ao medicamento, mas requer orientação às famílias e aos professores. E que havia uma série de orientação aos professores, porém os trabalhadores das escolas que tinham contato com as crianças diagnosticadas com TDAH, apenas informaram o laudo como esse canal de comunicação, bem como o encaminhamento que realizam para a saúde.

A médica, inclusive defende a comunicação entre a escola e as médicas como um trabalho completo no tratamento da criança, porém sua ênfase na comunicação é dada na compreensão do papel biomédico acerca do transtorno, de que os professores precisam se apropriar dessa compreensão. Enfatizando que os professores deveriam se apropriar de outros contextos de distúrbios e transtornos de aprendizagem, em que cita o autismo e a superdotação para que não incluam todas as dificuldades de aprendizagem em TDAH. Isto é, que tenham uma compreensão mais ampla do que pode desencadear dificuldades, inclusive conhecer melhor outras patologias. Ou seja, é requerido do professor explicações biologizantes do desenvolvimento de aprendizagem e o conhecimento do maior número de categorias diagnósticas.

É defendido por uma das médicas que tanto na avaliação e no diagnóstico, como no tratamento, sejam realizadas mais trocas e por mais profissionais que não sejam somente do campo médico, porém no nosso estudo esse trabalho se revela bastante fragmentado e ocorre de modo isolado. Os profissionais que realizam avaliação diagnóstica não são os mesmos que realizam o tratamento psicoterápico e fonoaudiológico. A equipe que realiza o diagnóstico sob a coordenação das médicas é uma e a que acompanha o tratamento mais cotidianamente das crianças é outra.

Observamos que há uma supervalorização do papel dos médicos para o fechamento do diagnóstico, pois os trabalhadores da escola não souberam informar se as crianças diagnosticadas recebiam outros tratamentos, como o psicoterapêutico e fonoaudiológico.

E nesse sentido, a escola acaba por cumprir um papel de levantamento de informações que se constitui em pré-diagnóstico e que corrobora com o processo de diagnóstico médico. Ações que amparadas pelo discurso biomédico sobre o desenvolvimento humano tem levado à naturalização da aprendizagem, não como um problema histórico cultural que circunda a vida da criança.

A exclusividade do diagnóstico médico como base para a estratégia de intervenção resulta em processo equivocado de lidar com a pessoa que tem necessidade de cuidado (SARACENDO; ASIOLI; TOGNONI, 1994). E desse modo nosso estudo verificou que a relação entre a escola e a saúde se constitui como troca de encaminhamentos e laudos.

Um aspecto que se revela semelhante entre os trabalhadores refere à demanda de trabalho, percebido pela professora Ceumar e pela médica Gal. Ambas se cobram quanto à resolução das dificuldades impostas ao seu trabalho. A professora relata sentir angústia

quando não consegue ajudar a criança a aprender. E a médica informa da necessidade de aprimorar o serviço, sendo necessário ter uma equipe permanente, já que sua equipe sempre está desfalcada, bem como ter outros profissionais disponíveis na atenção básica em saúde, cita exemplo de psicólogos para o tratamento das crianças que ela acompanha no ambulatório. Também demonstra certa apreensão quanto a quantidade das crianças que chegam ao serviço e tendo uma lista infindável.

Em relação à persistência do transtorno até a vida adulta, conforme afirmado pela médica Maria, a professora Carol traz um dado diferente quanto a isso. Segundo essa professora, ao citar o trabalho de mediação por dois anos na sala multisseriada com uma criança diagnosticada com suposto TDAH, expõe que seu trabalho teve êxito na aprendizagem e regulação da conduta dessa criança, pois ela estava matriculada em escola de Ensino Fundamental II e não recebia mais tratamento medicamentoso.

A medicalização que institui o diagnóstico médico como instrumento exclusivo de obter informações, reduz as demais possibilidades de compreensão dos sujeitos, seja adulto ou criança. Quanto a isso Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) fornecem proposições ao campo de saúde, para além da exclusividade diagnóstica médica. E questionam que essa insistência na exclusividade médica sem compreensão dos recursos disponibilizados dos serviços pode favorecer o não êxito do tratamento.

A compreensão do sujeito em processo de escolarização, quanto aos elementos que constitui o ato de ensinar, conforme assinalada Souza (2008), são aspectos complexos que se estendem dos éticos, políticos aos metodológicos, bem como a compreensão técnica da prática pedagógica, devendo ser essa o entendimento da atuação de um psicólogo que trabalha com a educação escolar. Portanto a retomada desse papel da escola requer investir em qualidade educacional, não em explicações biomédicas que localizam no cérebro dificuldades de aprendizagem como vem sendo comumente instalado na educação.

Por um lado, entendemos que esse trabalho de retomada do papel da escola é fundamental, sendo esse o lócus prioritário da ação pedagógica para que as crianças se apropriem dos conhecimentos acumulados historicamente. Por outro compreendemos que há dificuldades para essa retomada decorrem de um contexto de intensificação de trabalho dos professores e que tem acarretado em maior desgaste físico e psíquico desses trabalhadores e resultando em pouco tempo para compreensão e reflexão da prática pedagógica e o planejamento.

## 7. CONCLUSÃO: PELA DEFESA DO ATO DE ENSINAR

No início do percurso desta pesquisa, ainda na fase de definição do objeto de estudo, uma questão foi formulada: por que as crianças desatentas e hiperativas são intoleráveis a ponto de serem encaminhadas pelas escolas para os serviços de saúde, supondo-se serem portadoras do TDAH?

Para tanto, buscamos conhecer como os trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde explicam as determinações desse transtorno, bem como os significados atribuídos ao diagnóstico e ao tratamento.

Com o estudo teórico realizado sobre TDAH identificamos que se trata de um fenômeno de maior expressão na medicalização das crianças. Logo, esse dado nos permitiu aferir que as práticas medicalizantes atravessam a educação escolar, o que redireciona o entendimento dessas dificuldades de aprendizagem infantil referente à atenção e o comportamento, agora interpretadas com base no argumento de que são meramente um problema biológico da criança. Além disso, a partir das falas dos trabalhadores da educação e atenção básica em saúde, foi possível aprofundarmos em nossa discussão as diversas determinações do fenômeno.

Em primeiro lugar destacamos o contexto atual de intensificação de trabalho no qual os professores estão submetidos, e que por proporcionar maior desgaste físico e psíquico desses trabalhadores, implica em pouco tempo para refletir o planejamento das aulas e organização do trabalho pedagógico. Com isso, esse contexto facilita a incorporação do discurso biologizante que permite que a medicalização seja aderida na escola, já que esse entendimento reduz o problema à questão médica, e passível de medicalização. Silencia com isso as questões sociais e históricas que circundam a vida da criança e os desafios em ensinar. É nesse sentido que a escola ao realizar um pré-diagnóstico, sustentado pelo viés biológico, renuncia o seu papel de compreender os desafios produzidos no processo de ensino e da aprendizagem.

Foi observado que a concepção biomédica vem ocupando também os cursos de formação dos professores: dos quatro professores que realizaram pós-graduação, três fizeram cursos em psicopedagogia e neuropsicologia em parceria com a rede municipal de ensino. A propagação de cursos destinados aos professores em parceria com a universidade é defendida

por uma das médicas para que esses trabalhadores se apropriem dessa compreensão biologicista de desenvolvimento. Considerando que nessa faixa etária, cinco a dez anos, a ênfase do trabalho educacional nos primeiros anos do ensino fundamental deve ser o da alfabetização, há, segundo o nosso entendimento, uma inversão no que se refere à demanda de formação, uma vez que as reflexões deveriam ser sobre as práticas e teorias de alfabetização e não em cursos que tendem a buscar falhas cerebrais para explicar a não aprendizagem da criança.

Divergimos dessa compreensão biologizante do desenvolvimento humano e nos fundamentamos nas formulações de Luria, Vigotski e Leontiev ao afirmarmos que a atenção e o processo de regulação da conduta se dão por meio das mediações sociais, uma vez que a unidade biológico-social se desenvolve em duas linhas e o biológico segue sendo superado pelo social.

Apesar dos trabalhadores da educação apontarem que as condições de vida da sociedade atual estão alterando a organização das famílias e o modo como vêm educando as crianças, tal apontamento não foi suficiente para a compreensão desse processo, e, pudesse implicar a questionamentos em relação a visão biologicista do TDAH. Contudo, afirmamos, conforme discussão teórica realizada nesta pesquisa, as condições atuais de vida têm impactado nas dificuldades de ensino-aprendizado neste momento histórico.

Por fim, nossa análise aponta para as dificuldades do processo de aprendizagem em um momento em que a medicalização é uma prática em ascensão, responsável, em certa medida, pela inibição de uma discussão que enfatize o sujeito como um ser histórico. As dificuldades que envolvem a aprendizagem da criança nesse momento atual deveriam ser apropriadas como elementos no trabalho de ensinar e isso requer refletir sobre os desafios pedagógicos e contribuições das ciências humanas nesse trabalho. Portanto, questionamos a intervenção médica que reduz a criança ao um corpo meramente biológico e que por meio da concepção e práticas biologicistas vem contribuindo para que mais crianças sejam medicalizadas em vez de educadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Rev. Bras. Est. Pedagog.**, v. 94, n. 236, p. 299-322, jan./abr.2013
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.
- AITA, E. B.; FACCI, M. G. D. Subjetividade: uma análise pautada na Psicologia histórico-cultural. **Psicol. Rev.**, v. 17, n. 1, p. 32-47, 2011.
- ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances**, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas In: NOGUEIRA, R. P. (Org. ) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em:<<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>> Acesso em: 20 de set. 2016
- ANDRADE, E. R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 81-85, 2004.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p.335-351, 2004
- ANVISA. Prescrição e consumo de Metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Bol. Farmacoepidemiol.**, v. 2, n. 2 p. 2-14, 2012
- ARAUJO, A. P. Q. C.; MATTOS, P.; PASTURA G. Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 65, n. 4-A, p. 1078-1083, 2007.
- ARRUDA, M. A. **TDAH no Brasil, o que a Folha de SP não mostrou**. 2011. Disponível em: <<http://www.aprendercrianca.com.br>>. Acesso em: 7 jan. 2015.
- ASBAHR, S. F.; MEIRA, M. E. M. Crianças desatentas ou práticas pedagógicas sem sentido? Relações entre motivo, sentido pessoal e atenção. **Nuances**, v. 25, n. 1, p. 97-115, 2014.
- ASSIS, M. (1882) **O alienista**. 25. ed. São Paulo: Ática, 1995. 48 p.
- AZEVEDO, P. V. B.; CAIXETA, L. F.; MENDES, G. M. Estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil com ênfase no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 45, n. 4, p. 35-40, 2009.
- BALDINI, N. L. F.; LEITE, E. G. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Metilfenidato: uso necessário ou induzido? **Rev. Saúde Bem Estar**, v. 6, p. 12-15, 2006.

BARBARINI, T. A. O controle da infância: o TDAH e o uso de medicamentos. In: JORNADA DE SOCIOLOGIA DE LA UNLA, 6., 2010, La Plata. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BARBARINI, T. A. Sob a tutela do biopoder: crianças com TDAH. **Estud. Sociol.**, v. 19, n. 36, p. 221-238, 2014.

BISCELGI, T. S.; GALEGO, A. R.; FARIA, T. S.; GALDEZZANI, J. P.; GALEGO, D. R.; CID, F. B. Prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em pré-escolares de creches. **Pediatr. Mod.**, v. 49, n. 8, p. 330-336, 2013.

BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**, Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm)>. Acesso em 09 de out. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Sec. 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da educação. Nota Técnica Nº 42 / 2015/ MEC / SECADI /DPEE, de 16 de junho de 2015. Orientação aos Sistemas de Ensino quanto à destinação dos materiais e equipamentos disponibilizados por meio do Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais. Brasília, DF, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Brasília, DF, 01 out. 2015.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS., 2010, Bueno Aires. **Anais...** Bueno Aires: Universidade Popular Madres de Plaza de Mayo, 2010.

CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicol. Estud.**, v. 13, p. 559-566, 2008.

CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “Fato TDAH”. **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.

CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Saúde. Protocolo de uso do metilfenidato. Revisão 28/06/2013. Disponível em: [www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/). Acesso em 09 de fevereiro de 2017.

CAPONI, S. O DSM–V como dispositivo de segurança. **Physis Rev. Saude Colet.**, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

CARVALHO, T. R. F.; BRANT, L. C.; MELO, M. B. Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de metilfenidato. **Educ. Soc.**, v. 35, n. 217, p. 587-604, 2014.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação)**. São Paulo: FDE, 1994, p. 25-31. (Série Ideias). Disponível em: <[http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias\\_23\\_p025-031\\_c.pdf](http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf)>. Acesso em: Jan. 2016.

CORD, D.; GESSER, M.; NUNES, A. de S. B.; STORT, M. M. T. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. **Psicologia: ciência e profissão**, 2015, 35(1),40-53

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 12-25, 2001.

DORNELES, B. V.; CORSO, L. V.; COSTA, A. C.; PISACCO, N. M. T.; SPERAFICO, Y. L. S.; ROHDE, L. A. P. Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 27, n. 4, p. 759-767, 2014.

EIDT, M. N. **O desenvolvimento cultural da atenção**: contribuições para a superação do processo de medicalização da infância. s/d. Disponível em: <<http://www.vigotski.net/abrapso.html>>. Acesso em: 10 maio 2013.

EIDT, N. M.; FERRACIOLLI, M. U. O ensino escolar e o desenvolvimento da atenção e da vontade: superando a concepção organicista do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). In: ARCE, A.; MARTINS, L.M. (Org.) **Quem tem medo de ensinar na Educação Infantil: Em defesa do ato de ensinar**. Campinas: Alínea, 2007.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e a psicologia histórico-cultural. **Cad. Pesqui.**, v. 40, n. 139, p. 121-146, 2010.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. **Nuances**, v. 25, n. 1, p. 78-96, 2014.

EIDT, N.M. (2004). **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**: diagnóstico ou rotulação. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar; Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC – Campinas).

FERREIRA, C. S. C. **Controversas e controvérsias**: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico e educacional brasileiro. 2009. 176 f. Dissertação (Mestrado) - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

FONTANA, R. S.; VASCONCELOS, M. M.; WERNER JR., J.; GÓES, F. V.; LIBERAL, E. F. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. Arq. **Neuro-Psiquiatr.**, v. 65, n. 1, p. 134-137, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n1/a27v65n1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SOCIEDADE. Nota técnica de psicofármacos no Brasil: Dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014), junho 2015.

FREITAS, L. C. Os reformadores empresariais da educação e a disputa pelo controle do processo pedagógico na escola. **Rev. Educ. Soc.**, Campinas, v. 35, nº. 129, p. 1085-1114, 2014

GARCIA, M. R. V.; BORGES, L. N.; ANTONELI, P. P. A medicalização na escola a partir da perspectiva de professores de educação infantil: um estudo da região de Sorocaba-SP. **Rev. Ibero-Am. Estud. Educ.**, v. 9, n. 3, p. 536-560, 2014. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7356/5297>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 3, p. 803-816, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300026>>. Acesso em: jan. 2016.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, v. 18, n.1, 2013.

LAURELL, A. C. A saúde doença como processo social. **Rev. Latino-Am. Salud**, v. 2, p. 7-25, 1982.

LEITE, H. A. A atenção na constituição do desenvolvimento humano: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural. **Tese de doutorado**. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2015

LEITE, H. A.; REBELLO, M. P. O desenvolvimento da atenção como objeto de estudo: Contribuições do enfoque histórico-cultural. **Nuances**, v. 25, n. 1, p. 59-77, 2014.

LEMO, F. C. S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. D. Processos de medicalização de crianças e adolescentes nos relatórios da UNICEF. **Pesqui. Prát. Psicossoc.**, v. 9, n. 2, p. 201-212, 2014.

LEONTIEV, A. Sobre o desenvolvimento histórico da consciência In: \_\_\_\_\_. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizontes, 1978a. p.89-142

LEONTIEV, A. O biológico e o social no psiquismo do homem. In: \_\_\_\_\_. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizontes, 1978b. p. 235 - 258.

LEONTIEV, A. O homem e a cultura In: \_\_\_\_\_. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizontes, 1978c. p. 261- 284.

LORENZI, C. G.; RISSATO, G. B.; SILVA, S. P. Sentidos construídos por educadores sobre Transtorno e implicações para a prática educativa. **Saúde Transform. Soc.**, v. 3. n. 2, p. 84-95, 2012.

LUCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, Janeiro Mar./Apr. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso 25 ago. 2013

LURIA, A. R. A atividade consciente do homem e suas raízes histórico-sociais. In:\_\_\_\_. **Introdução evolucionista à psicologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979, p.71-84. (Curso de psicologia geral. v. 1).

LURIA, A. R. **Atenção e memória**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. (Curso de psicologia geral. v. 3).

MAGALHÃES, G.M.; MESQUITA, A.M. O jogo de papéis como atividade pedagógica na educação infantil: apontamentos para a emancipação humana. **Nuances**, v. 25, n. 1, p. 266-279, 2014.

MARTINS, S.T.F. Aspectos teóricos-metodológicos que distanciam a perspectiva sócio-histórica vigotskiana do construtivismo piagetiano In: MEDONÇA, S. G. de L.; MILLER, S. **Vigotski e a escola atual: fundamentos teóricos e implicações pedagógicas**. Marília: Cultura Acadêmica, 2010, p. 27-48

MARX, K. (1859) **Contribuição à crítica da economia política**. (Os pensadores) 2ª. Ed. São Paulo: Abril Cultural. 1978

MORO RIOS, C. F. **O trabalho como atividade principal na vida adulta: contribuições ao estudo da periodização do desenvolvimento psíquico humano sob o enfoque da psicologia histórico-cultural**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, 2015.

MOYSÉS, M. A. A. A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. In: 31ª Reunião Anual da Anped, 2008, Caxambú. *Anais*. Caxambú: Anped, 2008. Disponível em: <www.anped.org.br>. Acesso em: jan. 2016

MOYSÉS, M. A. A. A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente. In: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 31, 2013a, Caxambu. *Anais...* Caxambu, 2013a.

MOYSÉS, M. A. A. **A ritalina e os riscos de um genocídio do futuro**. 2013b. Disponível em: <www.unicamp.br>. Acesso em: 06 ago. 2013.

ORTEGA, F.; BARROS, D.; CALIMAN, L.; ITABORAHY, C.; JUNQUEIRA, L.; FERREIRA, C. P. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 499-512, 2010.

PAPARELLI, R. **Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar**. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2009

PASQUALINI, J. C. **Contribuições da psicologia histórico-cultural para a educação escolar de crianças de 0 a 6 anos: Desenvolvimento infantil e ensino em Vigotski, Leontiev e Elkonin**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar. UNESP, Araraquara, 2006.

PASQUALINI, J. C. Periodização do desenvolvimento psíquico à luz da escola de Vigotski: A teoria Histórico-Cultural do desenvolvimento infantil e suas implicações pedagógicas. In:

MARSIGLIA, A. C. G. (Org.) **Infância e Pedagogia Histórico-Crítica**. Campinas: Autores Associados, 2013, p. 70-97

PASQUALINI, J.C.; FERRACIOLI, M. U. A questão da agressividade em contexto escolar: desenvolvimento infantil e práticas. In: ARCE, A.; MARTINS, L. M. (Orgs.) **Ensinando aos pequenos de zero a três anos**. Campinas: Alínea, 2009, p. 133-162

PIRES, N.S.; SILVA, J.O. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) – Medicalização da vida? In: **Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional**. v.1, 2013. p. 1-8. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/45.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

ROSSI, L. R.; RODRIGUES, O. M. P. R. Concepções dos professores do ensino fundamental sobre TDAH. In: VALLE, T. G. M. (Org.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 201-218. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/krj5p/pdf/valle-9788598605999-11.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 986/14-SMS. 2014. Disponível em: [www3.prefeitura.sp.gov.br](http://www3.prefeitura.sp.gov.br). Acesso em 09 de fevereiro de 2017.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1994. 83p.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 32ª. edição. Campinas: Autores Associados, 1999. (Coleção Polêmicas do nosso tempo).

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SENA, T. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5 estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. **INTERthesis Rev. Int. Interdiscip.**, v. 11, n. 2, p. 96-117, 2014. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5175649>>. Acesso em: jan. 2016.

SKALINSKI, L. M.; PRAXEDES, W. L. A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 25, n. 2, p. 305-316, 2003.

SOUZA, M. P. R. A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In: MACHADO, A. M.; SOUZA, M. P. R. (Orgs.) **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, p. 17- 32.

SOUZA, M. P. R. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtorno de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: 31ª Reunião Anual da Anped, 2008, Caxambú. **Anais**. Caxambú: Anped, 2008. Disponível em: <[www.anped.org.br](http://www.anped.org.br)>. Acesso em: jan. 2017

TESSER, C. D. Medicalização Social (I): O Excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006a.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006b.

VASCONCELOS, M. M.; WERNER JR., J.; MALHEIROS, A. F. A.; LIMA, D. F. N.; SANTOS, I. S. O.; BARBOSA, J. B. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola primária. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, n. 1, p. 67-73, 2003.

VIGOTSKI, L.S. (1934) **A construção do pensamento e da linguagem**. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 496 p.

VIGOTSKI, L. S. (1933-1934) Quarta aula: a questão do meio na pedologia. Trad. Márcia Pileggi Vinha. **PSICOLOGIA USP**, São Paulo, 2010, 21 (4), 681-701. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n4/v21n4a03.pdf>> Acesso em: maio de 2015

VYGOTSKI, L.S. (1931) El problema del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: \_\_\_\_\_. **História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Madrid: Visor, 1995a, p.11-46. (Obras escogidas Tomo III)

VYGOTSKI, L.S. (1931) Análisis de las funciones psíquicas superiores. In: \_\_\_\_\_. **História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Madrid: Visor, 1995b, p.97-120. (Obras escogidas Tomo III)

VYGOTSKI, L.S. (1931) Dominio de la atención. In: \_\_\_\_\_. **História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Madrid: Visor, 1995c, p.213-245. (Obras escogidas Tomo III)

VYGOTSKI, L.S. (1931) Dominio de la própria conducta. In: \_\_\_\_\_. **História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Madrid: Visor, 1995d, p.285-302. (Obras escogidas Tomo III)

VYGOTSKI, L.S. (1931) Educación de la formas superiores de conducta. In: \_\_\_\_\_. **História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Madrid: Visor, 1995e, p.303-313. (Obras escogidas Tomo III)

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### QUESTIONÁRIO PARA AS ESCOLAS

A presente pesquisa busca conhecer as significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde sobre TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

##### Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de trabalho/escola: \_\_\_\_\_

Profissão/formação: \_\_\_\_\_

1) Há quanto tempo trabalha nesta escola?	2) Há quanto tempo desenvolve esse trabalho?
---	--

3) Atualmente desempenha quais atividades? Com qual série do fundamental I, e ou etapa da educação infantil, se for professora(o)?

\_\_\_\_\_

4) Durante o período em que desenvolveu seu trabalho, na sua profissão, identificou uma criança ou mais considerada como indisciplinada, hiperativa ou desatenta e encaminhada para o serviço de saúde? Quantas?

\_\_\_\_\_

5) Conheceu ou conhece alguma criança diagnosticada com TDAH em sua unidade escolar ou unidade de saúde que recebe tratamento? Tem alguma relação de trabalho com essa criança, como por exemplo, é sua aluna, ou frequenta essa escola?

\_\_\_\_\_

6) Sabe nos informar quais situações que levaram a identificação e diagnóstico do TDAH?

\_\_\_\_\_

7) Sabe nos informar se as crianças diagnosticadas estão em acompanhamento na área de saúde? Se sim, onde?

\_\_\_\_\_

Obrigada pela atenção,  
Regina Célia dos Santos.

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A presente pesquisa busca conhecer as significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde sobre TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

#### Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de trabalho/escola:

\_\_\_\_\_

Profissão/formação: \_\_\_\_\_

1) Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

2) Há quanto tempo desenvolve esse trabalho?

3) Nas atividades que desenvolve tem contato direto com as crianças em acompanhamento na unidade? ( ) Sim ( ) Não

4) Durante o período em que desenvolve seu trabalho, na sua profissão, identificou uma criança considerada \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ hiperativa \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ desatenta? Quantas \_\_\_\_\_ +-?

\_\_\_\_\_

5) Conhece, atualmente alguma criança diagnosticada com TDAH que recebe tratamento nesta unidade?

\_\_\_\_\_

6) Se responder sim na questão anterior, que tipo de trabalho realiza com ela?

\_\_\_\_\_

Obrigada pela atenção, Regina Célia dos Santos.

## APÊNDICE C

### Roteiro de entrevista semiestruturada com trabalhador da educação

#### **1. Dados gerais**

(Sexo; idade; escolaridade; estado civil; religião; local de origem; local de trabalho; função; cargo)

#### **2. Trabalho**

(História da inserção no trabalho/profissão/atividades; relate sobre seu trabalho)

#### **3. Sobre o TDAH desde quando conhece esse transtorno?**

Conheceu esse transtorno através de que fonte (como teve contato, leu algo sobre, etc) ?

#### **4. No questionário ..... informou trabalhou com crianças com este transtorno.**

Quais situações e em que contexto as crianças foram identificadas e diagnosticadas por TDAH?

#### **5. Em linhas gerais como você identificou que poderia ser o TDAH?**

#### **6. Que tipo de Tratamento essas crianças recebem? (medicamentoso, psicopedagógico, psicoterapia, etc. )**

Em geral são medicadas?

## APÊNDICE D

### Roteiro de entrevista semiestruturada com trabalhador da saúde

#### **1. Dados gerais**

(Sexo; idade; escolaridade; estado civil; religião; local de origem; composição familiar)

#### **2. Trabalho**

(História da inserção no trabalho/profissão/atividades; relate sobre seu trabalho)

#### **3. Sobre o TDAH:**

Desde quando conhece esse transtorno? Quais FONTES? Como teve contato?

Para você, porque existe esse transtorno?

#### **4. Identificação, diagnóstico e tratamento do TDAH:**

Você sabe como essas crianças chegaram ao serviço de saúde?

Em linhas gerais, como identificou os sinais ou diagnosticou que poderia ser o TDAH?

#### **5. Tratamento**

Sabe responder que tratamento é dado para essa/s criança/s?

Há outros tipos de tratamento?

Na sua avaliação, quais os resultados do tratamento medicamentos depois de iniciado o tratamento? Que mudanças têm observado na criança?

#### **6. Ao que você atribui à existência do TDAH? Possíveis determinações**

Ao que atribui à existência deste transtorno, sua causa, origem

#### **7. Tem alguma dúvida sobre esta conversa/entrevista?**

Gostaria de falar sobre algo mais?

## APÊNDICE E

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “**Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Medicalização na infância: uma análise das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde**” a ser desenvolvida por Regina Célia dos Santos, aluna regular do mestrado do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, com orientação da Profa. Dr<sup>a</sup>. Sueli Terezinha Ferrero Martin. O objetivo desta pesquisa é analisar o fenômeno do Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH). Quais os significados os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e das Escolas Públicas, definidos nesta pesquisa, atribuem ao TDAH a partir das relações e mediações com as crianças em tratamento por esse transtorno.

As entrevistas serão gravadas em áudio com duração de 50 minutos aproximadamente, com a garantia de anonimato e sigilo em relação ao profissional e local de trabalho. As informações coletadas poderão ser utilizadas para efeito de análise e divulgação científica, sem que haja a identificação do entrevistado. As gravações ficarão sob a responsabilidade do pesquisador<sup>25</sup> e da orientadora<sup>26</sup> durante o desenvolvimento do projeto, com o compromisso de destruí-las após a conclusão do trabalho. Sua participação é voluntária e, mesmo que decida participar, poderá interromper a entrevista a qualquer momento sem qualquer prejuízo pessoal, profissional ou de seu atendimento na instituição. Esse termo será emitido em duas vias, das quais uma ficará com você e outra com a responsável da pesquisa. Caso ocorra alguma dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento poderá ser esclarecida com o responsável. Qualquer dúvida adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa por meio do telefone (14) 3880-1608.

Assim, eu \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido esclarecido sobre o estudo, ter recebido uma via deste documento e estar de acordo em participar voluntariamente da respectiva pesquisa. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Participante entrevistado (a)

Pesquisador

<sup>25</sup> Regina Célia dos Santos (responsável pela pesquisa) – Rua Prof. Josephina Pinheiro Machado Ciaccia, nº 413 – Jardim Itália – CEP 18609-404 – Botucatu – SP – e-mail: [reginacelia@gmail.com](mailto:reginacelia@gmail.com) – Telefone: (14) 9 81148601.

<sup>26</sup> Sueli Terezinha Ferrero Martin (orientadora da pesquisa) [Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria](mailto:sueliterezinha@yahoo.com.br) FMB UNESP Botucatu — e-mail: [sueliterezinha@yahoo.com.br](mailto:sueliterezinha@yahoo.com.br) – Telefone: (14) 3880-1220

## APÊNDICE F

### Quadro de Pré-indicadores

Pré- Indicadores	Indicadores
1) Foco no trabalho 2) Dificuldade de aprendizagem 3) Elo entre família e escola 7) Educação Pública de qualidade	Elementos que mobilizam o significado do trabalho
4) Capacitação 5) Atualização 6) Aperfeiçoamento 7) Curso oferecido pela rede municipal de educação 11) Mídia pauta o TDAH 53) Mídia pauta os malefícios da medicação, da ritalina® 61) Informações do TDAH na internet e cursos de capacitação	Compreensão acerca do TDAH adquirida por informações circuladas na web e através de cursos de informações da rede.
8) Orientação nos HTPCs 17) Acalmar os professores 21) Co-responsabilidade da coordenação 22) Coordenadora articuladora na escola 23) Coordenador Observador 24) Intercâmbio família e escola 43) Coordenador deve conhecer das necessidades dos seus alunos	Atividades relacionadas ao trabalho do coordenador pedagógico na escola.
9) Área Clínica 10) Área Pedagógica	Contradição entre a área clínica e área pedagógica.
13) Gostar do que faz/do trabalho educação 14) Entrega ao trabalho/se realiza	Aspectos emocionais que dão sentido ao trabalho.
15) Contexto escolar de aprendizagem 16) Dificuldades do professor 27) Planejamento 28) Cumprir padrão nacional e rede municipal	Exigências de padrões de avaliação que impactam no planejamento, ensino e aprendizagem da criança.
18) Inclusão 19) Aluno problema (com dificuldade de aprendizagem)	Inclusão está relacionada à dificuldade de aprendizagem, mas nem toda a dificuldade de aprendizagem é inclusão.
25) Professor peça importante 26) Professor solicita ajuda 30) Coordenador pedagógico realiza encaminhamento 31) Coordenação dialoga com a família 32) Respaldo da secretaria da educação 33) Famílias relutantes ao encaminhamento	A construção em torno da dificuldade de aprendizagem da criança inicia –se pelo professor e para efeitos de encaminhamentos tem apoio da coordenação respaldada pela secretaria municipal de educação.

<p>34) Conhecimento do território (famílias/população atendidas)</p> <p>35) Respeitabilidade pela população atendida</p> <p>36) Respeitabilidade facilitadora do trabalho de coordenação</p>	<p>Conhecimento do território e tempo na função de coordenação facilitam o trabalho.</p>
<p>37) TDAH é uma dificuldade de aprendizagem</p> <p>38) TDAH é diferente de inclusão</p> <p>42) Política de inclusão não incluem TDAH</p> <p>44) Antecipar/identificar dificuldade de aprendizagem desde educação infantil</p> <p>46) Criança que não para tem dificuldade de aprendizagem</p> <p>47) Criança que não para. Atrapalha o contexto dos demais</p> <p>48) Crianças com TDAH precisa de limites e regras mais rígidos</p> <p>50) Convívio social da criança: escola e família</p> <p>51) Obrigação da escola na identificação da dificuldade de aprendizagem e do transtorno</p> <p>61) Professores estão mais preparados para identificar o transtorno</p>	<p>TDAH associado ao comportamento da criança e à dificuldade de aprendizagem, embora não seja uma inclusão, tem a escola sua obrigação de identificar e encaminhar.</p>
<p>39) Atendimento Educacional Especializado – AEE na escola</p> <p>40) AEE (uma sala/uma professora) atende outros bairros/escolas</p> <p>41) AEE facilitador para dificuldade de aprendizagem</p> <p>49) Tratamento com medicação e/ou terapia com psicólogo, criança apresenta melhora</p> <p>52) Tratamento coloca a criança no contexto dos demais</p>	<p>As diferentes ações pedagógicas desenvolvidas com as crianças com TDAH apresentam melhora, bem como o tratamento realizado na saúde.</p>
<p>54) Vida corrida dos pais</p> <p>55) Muitos pais trabalham</p> <p>56) Avós que cuidam dos netos</p> <p>57) Consumismo</p> <p>58) Vida agitada</p> <p>59) Diferentes horários para muitas atividades</p> <p>60) O TDAH surgiu com problemas</p> <p>63) Mais problemas sociais, mais problemas na escola.</p>	<p>Quanto mais problemas gerados pela dinâmica da sociedade: intensa jornada de trabalho, muitas atividades e em tempo acelerado impactam na vida escolar da criança</p>