

Raquel Cabral de Mesquita

**A IMPLICAÇÃO DO EDUCADOR DIANTE DO TDAH:
*REPETIÇÃO DO DISCURSO MÉDICO OU CONSTRUÇÃO
EDUCACIONAL?***

Belo Horizonte
Faculdade de Educação da UFMG
2009

Raquel Cabral de Mesquita

**A IMPLICAÇÃO DO EDUCADOR DIANTE DO TDAH:
*REPETIÇÃO DO DISCURSO MÉDICO OU CONSTRUÇÃO
EDUCACIONAL?***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de pesquisa: Psicologia, psicanálise e educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Helena de Freitas Campos

Belo Horizonte
Faculdade de Educação da UFMG

2009

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação (FAE)
Programa de Pós-Graduação em Educação “Conhecimento e Inclusão Social”

Dissertação intitulada “A implicação do educador diante do TDAH: *repetição do discurso médico ou construção educacional?*”, de autoria da mestranda Raquel Cabral de Mesquita, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Regina Helena de Freitas Campos – FAE/UFMG – Orientadora

Profa. Dra. Luciana Karine de Souza – FAFICH/UFMG

Prof. Dr. Marcelo Ricardo Pereira – FAE/UFMG

Belo Horizonte, 22 de maio de 2009.

A todos os professores

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus professores:

À **minha mãe**, educadora nata, por ter me ensinado o compromisso e a disciplina.

À professora primária **Tida**, por ser a responsável pelo meu encantamento pelo saber.

Às professoras do curso normal **Paré Israel** e **Vera**, que despertaram o meu interesse pela psicologia e o meu compromisso com a educação, no furor de minha adolescência.

Aos **professores da graduação**, que estreitaram meus laços com a psicologia, estimularam o meu desejo pela psicanálise e reafirmaram o meu compromisso com a educação, em especial, à **Prof^ª. Maria José Gontijo Salum**, que se tornou minha analista.

Aos **professores envolvidos em minha prática profissional** e aos **professores que participaram da presente pesquisa**; a eles devo esse trabalho.

Aos professores **Ana Lydia Santiago**, **Nilma Gomes** e **Marcelo Pereira**, que fortaleceram a minha confiança de lutar pelo meu desejo na hora em que mais precisei.

À prof^ª. **Regina Helena de Freitas Campos**, que me proporcionou um novo encontro com a educação e uma nova condição de ser professora, agora, com a pretensão de ser uma pesquisadora.

Agradeço também ao meu pai, **Nino**, com quem sempre pude contar.

Aos **funcionários do CRPE** e ao **Anderson Ribeiro**, por toda a colaboração nesta pesquisa.

Ao **Gustavo Silva**, pela hospedagem em Belo Horizonte; mais que um amigo, foi um irmão nesse momento.

Ao **Karillos** da biblioteca, por toda a sua disponibilidade entre livros e informações.

Ao meu irmão **Flávio Mesquita**, pelo apoio técnico com as máquinas.

Aos **familiares** e **amigos**, por compreenderem as minhas diversas ausências.

*Minha mãe até quis me ensinar,
mas não aprendi tecer com as linhas,
teço melhor com as palavras.
Essa foi minha melhor teceitura.*

A autora.

RESUMO

A presente pesquisa apresenta uma investigação crítica do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), priorizando sua manifestação no espaço escolar. Apesar de toda a polêmica e das incertezas (diagnósticas, epidemiológicas e etiológicas) que o revestem, o TDAH apresenta-se como um diagnóstico privilegiado, que justifica e nomeia os problemas atuais da escola, tais como o “fracasso escolar” e os “desvios de comportamento”. Esse diagnóstico tem favorecido a atual via de acesso do discurso médico à educação, fortalecendo o fenômeno de patologização e medicalização dos problemas escolares. Tal fenômeno, por identificar imediatamente o déficit na criança, impossibilita uma discussão educacional, propiciando a busca de soluções externas inacessíveis à educação. Observa-se que a disseminação e a consolidação dessa categoria nosológica depende da apropriação, por parte de outros grupos, desse discurso médico. Nesse caso, mais que a apropriação, solicita-se dos educadores uma implicação, uma vez que é com base no posicionamento desses profissionais que tal discurso se propaga no espaço escolar. Assim, o que se questiona neste trabalho é exatamente a implicação do educador diante do TDAH, que pode se manifestar de forma a repetir o discurso médico ou de forma a construir uma resposta educacional. Essa pesquisa teve como objetivo principal investigar as representações dos educadores frente a esse transtorno, pois é a partir de como o educador representa o TDAH, que ele se implicará com essa sintomatologia em sua prática pedagógica. Como aparato teórico, recorreu-se à teoria das Representações Sociais, através da utilização de três recursos metodológicos – evocação livre, entrevistas e grupo focal – e às contribuições da psicanálise à educação. Nos resultados da pesquisa, observou-se, através das construções representativas dos educadores, que o TDAH é visto menos como patologia, estando mais associado aos comportamentos escolares desviantes que marcam o cenário escolar atual. Isso justifica a grande incidência desse diagnóstico nos últimos tempos, no referido contexto, e nos leva a crer que a criança TDAH é o protótipo atual da “criança problema”. Observou-se também que, mesmo com a grande incidência e insistência da afirmação do discurso médico em relação ao referido transtorno, acredita-se na existência de outras formas de evidenciá-lo, uma vez que a entidade nosológica ainda é incerta. A conclusão propõe a busca da discussão, ou de um “contra-senso”, de forma que a problematização seja aceita e que o consenso não seja forçado, sendo essa a saída mais viável para a construção de uma resposta educacional ao TDAH.

Palavras-chave: TDAH. Representações Sociais. Educação. Psicanálise.

ABSTRACT

The following research presents a critical investigation of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), prioritizing its manifestation in the school space. Even with all the polemics and uncertainty (diagnostic, epidemiologic and etiologic ones) which overlay it, the ADHD shows itself as a privileged diagnosis to justify and name the present school problems, as the “school failure” and the “behavioral deviation”. This diagnosis has been propitiating the current access way of the medical discourse to the education, strengthening the pathologization and school issues medicalization phenomena. Such phenomena, as it identifies immediately the deficit on the child, makes it impossible an educational discussion, propitiating the search of external solutions inaccessible to the education. It's observed that the dissemination and the consolidation of this nosologic category depend on the appropriation, by other groups, of this medical discourse. In this case, beyond the appropriation, it's requested from the educators an implication, since it is based on the position of these professionals that such discourse is propagated in the school space. This way, what is questioned in this essay is exactly the implication of the educator front the ADHD, which can be manifested in a way to repeat the medical discourse or in a way to build an educational response. This research has had as main objective to investigate the educators' representations front this disorder, because it's after how the educator represents the ADHD that it will implicate with this symptomatology in its pedagogical practice. As a theoretical apparatus, using Social Representation theory and through the use of three methodological resources – free evocation, interviews and focus group – and the contributions of psychoanalysis to education. In the research results, it was observed through the representative constructions of the educators, that the ADHD is seen less as pathology, being more associated with school deviant behaviors that mark the current school setting. This justifies the high incidence of this diagnosis in recent times, in the referred context, and suggests that the ADHD child is the current prototype of the "problem child". It was also observed that, even with the high incidence and persistence of the statement of the medical discourse in relation to the referred disorder, it is believed in the existence of other forms of evidence it, since the nosological entity is still uncertain. The conclusion suggests the search for the discussion, or for the “nonsense, so the problem is accepted and the consensus is not forced, and this is the most viable exit for the construction of an educational response to ADHD.

Keywords: ADHD. Social Representations. Education . Psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Saliência dos elementos da representação do TDAH pelos professores	104
TABELA 2 Conexidade das evocações mais freqüentes	105
TABELA 3 Categorias de análise e elementos da representação do TDAH pelos professores ..	109

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Critérios diagnósticos para Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade..... 30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
CID	Classificação Internacional de Doenças
DDA	Distúrbio do Déficit de Atenção

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O TDAH SEGUNDO O DISCURSO MÉDICO	19
2.1	O discurso médico e o TDAH	19
2.2	O que é TDAH?	21
2.3	Como surgiu o TDAH?	23
2.4	O diagnóstico de TDAH	26
2.5	Epidemiologia do TDAH.....	33
2.6	Etiologia do TDAH.....	36
2.7	Tratamento do TDAH.....	39
2.8	Olhares críticos: questões referentes ao discurso médico do TDAH.....	44
3	A ESCOLA E O TDAH: REPETIÇÃO OU CONSTRUÇÃO?	49
3.1	Escola e TDAH	49
3.2	Educação e Medicina: um encontro histórico	52
3.3	O TDAH na escola: repetição do discurso médico?	62
3.4	O TDAH na escola: construção educacional?.....	72
4	A METODOLOGIA DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	81
4.1	Representação Social e TDAH.....	81
4.2	Procedimentos da pesquisa	87
4.3	Sujeitos participantes da pesquisa.....	90
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	92
4.4.1	Evocação livre	93
4.4.2	Entrevistas semi-estruturadas.....	96
4.4.3	Grupo focal.....	98
4.5	Parâmetros para análise e interpretação dos resultados	101
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	103
5.1	Análise dos dados da evocação livre.....	103
5.2	Análise dos dados das entrevistas.....	112
5.3	Análise dos dados do grupo focal	119
5.4	Discussão dos resultados	129
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa apresenta uma investigação crítica do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), priorizando sua manifestação no espaço escolar. Esse transtorno tem alcançado grande difusão midiática e se manifesta como patologia coerente com a época atual. Mesmo com toda polêmica e incertezas (diagnósticas, epidemiológicas e etiológicas) que o revestem, o TDAH apresenta-se como um diagnóstico privilegiado para justificar e nomear os problemas atuais da escola, tais como o “fracasso escolar” e os “desvios de comportamento”.

Esse diagnóstico tem propiciado a atual via de acesso do discurso médico à educação, fortalecendo o fenômeno de patologização e medicalização dos problemas escolares e atualizando uma história de mitificações científicizadas relevantes neste casamento da medicina com a educação.

O discurso médico apóia-se no modelo biomédico descrito por Capra (1982) como a moderna medicina científica que se sustenta pelo paradigma cartesiano, no qual o corpo humano é tomado como máquina, onde se busca localizar os seus desajustes na estrutura ou no funcionamento orgânico. O papel dos médicos é intervir física ou quimicamente para consertar ou regular os desajustes.

O ideal da ciência moderna de controle da “máquina humana” parece atualizar-se e estender-se ao psíquico, através dos avanços da neurociência¹, no qual todos os processos humanos podem ser previsíveis, ajustáveis ou reajustáveis.

No caso do TDAH, especificamente, o discurso médico o relata como uma disfunção orgânica, divulgada como uma “verdade” científica, porém as evidências conclusivas são pouco substanciais e continuam incertas.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é a nomenclatura médica, usada a partir da década de 1990 após longo percurso de rotulações, para classificar um quadro patológico, que caracteriza sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade como neurobiológicos.

¹ A neurociência é o estudo do processamento orgânico de informação no sistema nervoso. Esse estudo engloba três áreas principais: a neurofisiologia, a neuroanatomia e a neuropsicologia. A neuropsicologia é o estudo da relação entre as funções neurais e as psicológicas, buscando correspondência entre os processos psicológicos e as áreas e funções cerebrais específicas.

O TDAH é considerado pelo discurso médico um problema neurológico que aparece na infância, ocorrendo, pela primeira vez, antes de sete anos de idade, e que pode acompanhar a adolescência e a vida adulta de um indivíduo. Quanto à etiologia, acredita-se em origem genética (mesmo sendo as causas precisas do TDAH ainda desconhecidas), representada por alterações no funcionamento do lobo pré-frontal do cérebro: área responsável pelo controle da atenção, da memória e também pelo autocontrole, pela organização e pelo planejamento. Essa área cerebral, quando afetada, interfere na execução de tarefas e no processamento do pensamento, como consequência da falta de regulação entre circuitos neuronais e neurotransmissores.

Até o momento, o que nem todos sabem é que não foi desenvolvido nenhum exame neurológico específico para detectar e diagnosticar o TDAH. Um dos obstáculos para o diagnóstico é o alto índice de comorbidades, já que, também estas são caracterizadas por sintomas e têm suas etiologias ainda não muito bem esclarecidas.

O diagnóstico do transtorno é clínico e baseado nos critérios do DSM IV², sendo, também, dimensional, no qual se deve observar: a duração, a frequência e a intensidade dos sintomas; a recorrência em locais variados; e o prejuízo clinicamente significativo, que acarreta consequências funestas para seus portadores e para sua convivência na família, na escola e na sociedade.

A caracterização desse transtorno pelos sintomas de alto nível de atividade motora ou hiperatividade, déficit ou instabilidade de atenção e impulsividade, parece ser a definição mais segura, uma vez que todos os outros aspectos são incertos ou questionáveis. Porém, o que merece atenção é o fato de esses sintomas, considerados inoportunos, serem diagnosticados como TDAH e terem como consequência imediata a prescrição de medicamentos, independentemente da gravidade do caso.

Jorge Cruz (2001), analisando o DSM IV, conclui:

A única certeza é a de que se indica o tratamento medicamentoso (e mais outros auxiliares) para crianças e jovens diagnosticados como “portadores de ADD e ADHD”, mas não foram detectadas alterações orgânicas específicas, não há provas específicas de diagnóstico clínico, não há estudos “epidemiológicos” diferenciais (por país, sexo, idade...) que sejam confiáveis, não há padrão familiar identificado, não há história infantil “específica”, não há alterações intelectuais identificadas... e o diagnóstico é descartado se outro diagnóstico “aplica-se melhor” ao indivíduo em questão...” (CRUZ, 2001, p. 213-214).

² “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” da Associação Psiquiátrica Americana.

Apesar da colocação feita acima por Cruz (2001), o discurso médico insiste em reafirmar o TDAH como entidade nosológica, amparada pelo mau funcionamento do aparato cerebral e merecedora de tratamento medicamentoso. Contudo, observa-se que a disseminação e a consolidação dessa categoria nosológica depende da apropriação de tal discurso por outros grupos. Mais que a apropriação, solicita-se dos grupos uma implicação diante dele, um posicionamento que o reconheça e o faça ecoar em outros espaços. A escola, no caso do TDAH, é um espaço privilegiado, onde o que se demanda dos educadores é a repetição desse discurso.

Dessa forma, a implicação do educador diante do TDAH apresenta-se como um diferencial, tornando-se, nesta pesquisa, uma questão a ser esclarecida. Partindo dessa questão, chega-se à hipótese de que existe uma implicação do educador na apropriação do TDAH, a qual pode configurar-se como repetição do discurso médico ou como uma construção de resposta educacional, tendo como consequência a prática pedagógica.

Tendo em vista que a implicação por parte do educador gera consequências práticas, recorreu-se à teoria das Representações Sociais como metodologia durante a pesquisa de campo. Isso porque as Representações Sociais fazem parte de um conhecimento elaborado socialmente que atua no sentido de agir sobre uma realidade, ou seja, é um conhecimento que acarreta efetivas consequências nas práticas sociais.

Outra justificativa para essa escolha metodológica é o fato de os estudos de Representações Sociais, desde sua inauguração, associarem-se a um interesse básico pelas relações entre ciência e sociedade. Tal associação refere-se tanto à apropriação social espontânea da ciência quanto à difusão intencional dos conhecimentos científicos (SÁ, 1996).

Assim, configurou-se como objetivo principal dessa pesquisa investigar as representações dos educadores frente ao TDAH, uma vez que é a partir de como o educador representa esse transtorno, que ele se implicará com essa sintomatologia em sua prática pedagógica.

Essa pesquisa também teve como objetivos: observar como esses educadores se apropriam do saber médico e dos conhecimentos sobre o TDAH; conhecer as soluções empregadas pelos educadores mediante tal diagnóstico e seus sintomas; e problematizar a incidência do referido transtorno no contexto escolar nos últimos tempos.

A presente dissertação é fruto de questionamentos que causaram incômodos e mobilização, apresentados em minha trajetória profissional como psicóloga atuante na educação desde 1999.

Através dessa experiência, foi possível observar que a escola, ao identificar dificuldades por parte do aluno em responder ao seu ideal adaptativo, logo iniciava uma busca de justificativas para situar o déficit do lado da criança. Assim, na procura de uma solução, a escola ou os pais, diante das queixas escolares, demandavam o saber médico, na tentativa de apontar, no organismo da criança, o referido problema.

Ao recorrer, então, à medicina, era feito um “mapeamento” do cérebro, através de eletroencefalogramas, ressonâncias magnéticas e outros exames neurológicos, e, caso nada fosse detectado e a criança ainda assim continuasse desatenta, desinteressada, hiperativa e/ou impulsiva, ela retornava à escola com o diagnóstico de TDAH e prescrição medicamentosa. Mesmo que esse diagnóstico apresentasse sintomas, comportamentos e causas diversas, a escola simplesmente o aceitava, sem questionamentos ou implicações manifestos. Muitos estudos, como o de Legnani (2003) e o de Rohde et al. (2000) apontam a importância do diagnóstico baseado num trabalho interdisciplinar para se evitar esses equívocos, entretanto, o que se percebe é que, na prática, isso não acontece efetivamente.

O procedimento descrito aponta para o fenômeno da patologização e, conseqüentemente, da medicalização, que configuram, através do TDAH, a extensão do discurso médico no espaço escolar.

O fenômeno da patologização acima descrito consiste em atribuir o fracasso ou a inadequação escolar da criança a características inerentes a ela, nomeando, como patologias psicológicas (psicopatologização) e neurobiológicas (biologização), os fatores que a impedem de adaptar-se ao ideal normativo escolar. Desloca-se, assim, o eixo: de uma discussão educacional passa-se a causas e soluções pretensamente psicológicas ou médicas, portanto, inacessíveis à educação (MOYSÉS & COLLARES, 1992 b, c).

O fenômeno de patologização dos problemas escolares se caracteriza como o marco do encontro da medicina com a educação na tentativa de estabelecer o sistema moderno de educação, construindo história até os dias atuais.

A escola e o TDAH têm uma relação singular. É, geralmente, quando a criança entra na escola e mediante as exigências desta, que os sintomas do transtorno começam a se manifestar, sendo tal transtorno apontado como a principal causa de encaminhamento de crianças, em idade escolar, para serviços especializados (ROHDE e MATTOS et al., 2003, p. 12). Mas o que há de comprometedor nisso?

A escola, nas últimas décadas, tem se servido do diagnóstico do TDAH como resposta aos mais variados problemas, pois os sintomas de desatenção associam-se às dificuldades de aprendizagem e os sintomas de hiperatividade e impulsividade aos problemas de

comportamento. Além disso, os especialistas revelam haver um grande número de diagnóstico de TDAH devido ao fato do sistema educacional não aceitar a diferença entre alguns alunos. Assim, diante do modismo do TDAH, é mais fácil rotular a criança irrequieta de “hiperativa” do que admitir que os recursos educacionais usados não estão sendo adequados àquele aluno. Seguindo esse mesmo raciocínio, é dito, ainda, que a maioria dos alunos faz parte dos “falsos hiperativos”, que são crianças que não se adaptam ao esquema escolar e que se comportam como hiperativas sem ter disfunção bioquímica. Ou seja, são hiperativos construídos pela sua própria história educacional (FALCÃO, 2001).

Nessa perspectiva, a escola não só detecta e evidencia o TDAH, mas também pode produzir os seus sintomas, sendo, portanto, chamada a se comprometer com o transtorno. Exige-se dos educadores um posicionamento frente a essa sintomática e, na existência de um profissional de saúde mental, essa exigência volta-se para ele como demanda a favor do ideal de adaptação escolar.

Na minha experiência, no lugar desse profissional exigido, via-me instigada com questões que se impunham no encontro com essa demanda escolar: como não reproduzir o movimento de exclusão dessas crianças ditas diferentes? Como ser destinatária da queixa dos educadores e dos pais e não ceder à pressão dos ideais de normatização?

Uma das minhas respostas a essas questões e também a demanda nelas incutida, foi transformada novamente em questionamento passível de ser pesquisado: como os educadores se implicam com o TDAH?

Ao longo de minha experiência profissional, incomodava-me bastante a submissão do professor diante do discurso de um especialista. Isso seria submissão ou uma forma de descomprometer-se de um processo que lhe cabia?

No caso do TDAH, mesmo a escola sendo chamada a se comprometer, percebe-se, muitas vezes, certa submissão e aceitação em relação ao discurso médico, sem os devidos questionamentos por parte do educador. Uma submissão que se mostra histórica, desde o encontro da medicina com a educação, no qual, a psicologia, dita científica, era o elo dessa união.

Entretanto, apesar da escola ser convocada a lidar com o diagnóstico e com os sintomas do transtorno, observa-se que, embora vasta, a pesquisa referente às implicações educacionais do TDAH aponta para um saber alheio, orientado por áreas como a neuropsiquiatria e a psicologia.

As pesquisas acadêmicas, em sua maioria, supervalorizam a abordagem neurobiológica e farmacológica da problemática do TDAH na escola (PASTURA, et al.,

2005) e subvalorizam evidências psicossociais e aspectos como: o excesso de diagnósticos e a inadequação do sistema educacional na forma de lidar com a “diferença” das crianças.

As pesquisas que consideram outras abordagens do problema além da neurobiológica, só começaram a surgir no espaço acadêmico recentemente; como exemplos, temos os trabalhos de Costa (2006), Legnani (2003), Lima (2005) e Mendonça (2006). Parece que a mídia tem sido o maior veículo das controvérsias diagnósticas que referenciam a escola e o TDAH.

De forma semelhante ao encantamento de Freud (1995 [1914]) pelos professores, sempre acreditei na capacidade de construção deles. Talvez por perceber, ao longo de minha própria vida, as construções concretizadas a partir da relação que criei com meus professores. Tal relação professor-aluno parece viabilizar construções significativas – positivas ou negativas – na vida de todos; é o que minha vivência e experiência profissional me mostraram.

Nessa perspectiva, emerge outra questão que me instigou durante esta pesquisa: será que os professores não têm muito mais a ensinar do que a aprender sobre crianças que apresentam algum impasse no contexto escolar?

Acredita-se que o professor tem muito a construir diante dos impasses ou do “mal-estar” que se apresenta no ato de educar, antes de decidir por um encaminhamento à saúde mental. Até porque, muitas vezes, esse encaminhamento se reduz à consequência de um rótulo e uma medicação para o aluno.

Porém, quando o professor se fixa à repetição de um discurso ideal de normalidade e a uma saída mágica pela medicação, o campo de construção, propiciado pela relação que se estabelece com o aluno, desaparece; e, conseqüentemente, desaparece também o lugar do professor como construtor.

Pelas razões apresentadas, é que, nesta pesquisa, recorreremos à psicanálise; por sua aposta na educação como espaço de construção. A meu ver, essa aposta é a sua maior contribuição à educação.

Acreditar na construção, por parte dos professores, de uma resposta educacional frente à sintomática do TDAH, propicia, no presente trabalho, o ponto de encontro do olhar psicanalítico com a vertente teórico-metodológica escolhida. Tanto para a psicanálise como para a teoria das Representações Sociais, os sujeitos não são máquinas de reprodução e desejam dar sentido ao que os rodeia (MOSCOVICI, 1978).

Assim, por todos os motivos e questões apresentados e acreditando na relevância deste trabalho, é que se partiu para uma investigação teórica e prática acerca da representação social do TDAH nas escolas.

2 O TDAH SEGUNDO O DISCURSO MÉDICO

2.1 O discurso médico e o TDAH

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é apresentado, pelo discurso médico, como entidade nosológica localizada no aparato cerebral e merecedora de tratamento específico.

A disseminação e a consolidação dessa categoria nosológica dependem da apropriação de tal discurso por outros grupos; mais que apropriação, solicita-se dos profissionais uma implicação e um posicionamento que o reconheça e o faça ecoar em outros espaços. A escola, no caso do TDAH, é um espaço privilegiado para essa divulgação, onde o que se demanda dos educadores é a repetição desse discurso.

Para Foucault (1975, p.71) “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”, sendo esse reconhecimento o que instaura o discurso médico, afirmando sua mestria ou domínio.

Numa perspectiva semelhante a de Foucault, Clavreul (1985, p. 97) observa que tal discurso constitui seu domínio a partir da nomeação da doença, ou seja, do diagnóstico, no qual “o médico mostra que aquilo de que o doente sofre tem seu lugar no sistema dos significantes que constitui o discurso médico”.

O discurso médico é normativo, instaura-se como ordem e prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. Falar da medicina como discurso, remete ao fato de que muitos participam dele, mesmo que não possuam seu saber e sua prática (CLAVREUL, 1985). Um discurso é algo que se alastra socialmente e que pode ser compartilhado por muitos.

O discurso médico apóia-se no modelo biomédico descrito por Capra (1982) como a moderna medicina científica que se sustenta pelo paradigma cartesiano, no qual o corpo humano é tomado como máquina, onde se busca localizar os seus desajustes na estrutura ou no funcionamento orgânico. O papel dos médicos é intervir física ou quimicamente para consertar ou regular os desajustes.

Para Capra (1982), os médicos inspirados pela rigorosa divisão cartesiana entre corpo e mente, concentraram-se na máquina corporal, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença.

Os médicos, ao transferirem para a doença a atenção que deveria ser dispensada ao paciente, passaram a localizar, diagnosticar e rotular as patologias num sistema definido de classificação. O estudo médico das perturbações mentais também passou a enfatizar a definição e a localização precisa das patologias, recebendo, esse estudo, o nome de psiquiatria.

Os psiquiatras direcionaram seus esforços para a descoberta de causas orgânicas para todas as perturbações mentais. Ao ser aderida ao modelo biomédico, a doença mental tornou-se uma perturbação dos mecanismos físicos subjacentes ao cérebro, sendo os problemas mentais considerados doenças do corpo. A orientação orgânica em psiquiatria ocasionou a transferência de conceitos e métodos úteis no tratamento de doenças físicas para o campo dos distúrbios emocionais e comportamentais; assim, a medicação ganhou relevância no tratamento desses últimos (CAPRA, 1982). Não somente o corpo humano podia ser tomado como máquina, entendida em termos da organização e funcionamento de suas peças, mas também o psíquico e seus componentes emocionais e comportamentais.

Damásio (1996, p. 42), em seu livro “O erro de Descartes”, mostra que Descartes errou ao considerar, na divisão entre corpo e mente, somente o corpo como máquina: “(...) era difícil aceitar a perspectiva de que algo tão próximo da alma humana como o juízo ético ou tão determinado em termos culturais como a conduta social, pudesse depender significativamente de uma região específica do cérebro”. Parece-nos que o ideal da ciência moderna de controle da organização e do funcionamento da “máquina humana” se atualiza através do avanço da neurociência, no qual todos os processos humanos podem ser previsíveis, ajustáveis ou reajustáveis, sendo esse ideal de cientificidade o que confere respaldo ou poder ao discurso médico:

Mais ainda que a eficácia da medicina, é sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável. Por ele, é a noção mesma de crença que se acha hoje transfigurada. A crença na medicina ultrapassa de longe a crença em qualquer religião que seja (CLAVREUL, 1985, p. 40-41).

No caso do TDAH especificamente, o discurso médico enfatiza constantemente sua cientificidade, sendo os consensos apresentados por esse discurso divulgados como “verdade”

científica. Porém, as evidências conclusivas parecem ainda pouco substanciais e continuam incertas.

A literatura médica sobre o TDAH, direcionada aos pais e educadores, sustenta um discurso no qual a fundamentação convincente se resume à pose da cientificidade. O discurso médico alerta para “[...] a necessidade de ensinar os pais a serem científicos [...]”. (BARKLEY, 2002, p. 14).

Como já sugerido no título, o presente capítulo pretende descrever o TDAH segundo o discurso médico, evidenciando, também, a polêmica e as incertezas que revestem a definição desse transtorno e que, conseqüentemente, fragilizam esse discurso.

2.2 O que é TDAH?

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é a nomenclatura consensualmente apresentada em 1994, pelo Manual diagnóstico e estatístico de desordens mentais, quarta edição (DSM IV), da Associação Psiquiátrica Americana, para descrever um problema caracterizado por sintomas de distúrbio de atenção, hiperatividade e impulsividade.

O descrito acima parece ser a conceituação mais segura. Apesar dos especialistas no assunto (BARKLEY, 2002; BENCZIK, 2000a; ROHDE & MATTOS et al., 2003) afirmarem, com segurança, a vastidão, o considerável tempo e o avanço das pesquisas, os aspectos problemáticos dessa entidade nosológica continuam fragilizando a elevada confiabilidade diagnóstica apontada por eles. “A fragilidade do TDAH costuma aparecer indiretamente, na necessidade de afirmá-lo como tal” (LIMA, 2005, p. 72). É considerado um dos transtornos mais bem pesquisados e com validade superior à maioria dos transtornos mentais e de muitas condições médicas, segundo a Associação Médica Americana (GOLDMAN et al³ *apud* ROHDE & MATTOS et al, 2003). É também, evidenciado como o problema mais persistente, uma vez que é crônico, e comum na infância, sendo uma das justificativas freqüentes para encaminhamento a serviços especializados (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996, p. 19-20; ROHDE & MATTOS et al, 2003, p. 12).

Esses discursos, que se repetem estereotipadamente na literatura destinada a especialistas, a educadores e à mídia, tentam afirmar o TDAH como entidade nosológica e

³ GOLDMAN, L.S.; GENEL, M.; BEZMAN, R. et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA, v.279, p. 1100-1107, 1998.

neurológica merecedora de tratamento. Eles surgem como se a descrição médica fosse neutra e a única a merecer o estatuto de verdade científica (LIMA, 2005, p. 73).

Essa mesma descrição, entretanto, mostra constantemente sua impotência ao referir-se à história mutante da doença, ao diagnóstico, à prevalência, ao tratamento e, principalmente, à etiologia. Assim, como já dito, a descrição mais segura do TDAH se apóia em sua tríade sintomática.

Segundo Rita Nelson (2002), existe dificuldade em definir ou conceituar o TDAH, uma vez que se trata de uma entidade clínica de natureza aparentemente muito variada, o que justifica o fato de não se saber exatamente o que pertence a essa categoria, havendo maior consenso sobre os sintomas do que sobre as causas.

Muitos afirmam (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; HALLOWELL & RATEY, 1999; NELSON, 2002) a dificuldade e a complexidade do diagnóstico, por não existirem medição ou testes específicos. O diagnóstico se baseia em geral no critério de intensidade e persistência dos sintomas comuns a quase todos, na afetação da vida de seus portadores e em uma coleção de informações referentes aos envolvidos. Um diagnóstico neurológico feito em bases subjetivas e com critérios enfatizados diferenciadamente pelos observadores, pode causar significativa confusão para a compreensão do problema.

Tal confusão aparece na variedade de prevalência do transtorno, evidenciada como resultante das desigualdades metodológicas dos estudos (GOLFETO & BARBOSA, 2003, p. 15-16) e na etiologia do TDAH – não havendo, para esta última, uma causa definida e sim várias possíveis causas, ou melhor, apesar de muitos estudos, as causas ainda são desconhecidas. (BENCZIK, 2000a; KAPLAN & SADOCK, 1997; ROMAN et al., 2003). Como declara Benczik (2000a, p. 30), “temos mais hipóteses do que certezas sobre o assunto”. Isso coloca em questão o tratamento, pois, afinal, como tratar eficazmente o que se desconhece a(s) causa(s)? Essa pergunta polemiza e diversifica formas de tratamento.

O desconhecimento etiológico também é apontado como justificativa para uma história de tentativas sucessivas de categorizar e entender essa “síndrome” de natureza tão fugidia e complicada, história esta que pode ser evidenciada através de todas as diversas mudanças de nomenclatura (NELSON, 2002).

O Dr. Russel Barkley, considerado a maior autoridade em TDAH, mesmo contrapondo grande parte das questões levantadas a respeito da incerteza da entidade, declara: “[...] mesmo que o TDAH esteja entre os transtornos psicológicos infantis mais bem estudados, ainda há muito que meus colegas e eu ainda não sabemos. O TDAH permanece mal-compreendido e

controverso nas mentes do público em geral e das autoridades educacionais” (BARKLEY, 2002, p. 15).

2.3 Como surgiu o TDAH?

O TDAH é uma nomenclatura atual, surgida recentemente, na década de 1990; entretanto, possui uma história remota marcada por um percurso de observação e classificação dos sintomas referentes ao transtorno.

Cypel (2001) afirma que crianças hiperativas e desatentas sempre existiram na humanidade, sem, entretanto, constituírem um grupo reconhecido por apresentarem alterações no comportamento.

Benczik (2000a) remonta as grandes civilizações nas quais se faz alusão a respeito desse problema na infância e observa que o médico grego Galeno foi um dos primeiros profissionais a prescrever ópio para a impaciência e para as cólicas infantis.

As primeiras referências à hiperatividade na literatura médica aconteceram durante o século XVIII. Entretanto, em 1902, o pediatra inglês George Fredrick Still descreveu esse quadro clínico mais detalhadamente e nomeou-o de “Defeito na conduta moral”. Still prescreveu, como condição médica, condutas infantis que eram tratadas como “maus comportamentos” (LIMA, 2005). Ele estudou crianças que, apesar de terem sido criadas em ambientes satisfatórios⁴, demonstravam ser inábeis para internalizar regras, sendo indisciplinadas, agressivas, inquietas, impulsivas, desatentas e voluntariosas. Entretanto, observou também que, nesses ambientes tidos como satisfatórios, havia outros membros da família que apresentavam patologias psiquiátricas como o alcoolismo, a depressão ou o mesmo quadro comportamental revelado pelas crianças, levando-o à hipótese de hereditariedade genética. Still acreditava que tais crianças não poderiam ser ajudadas e deveriam ser institucionalizadas em idade precoce (BENCZIK, 2000a; HALLOWELL & RATEY, 1999; LEITE, 2002; LIMA, 2005).

Entre 1917 e 1918, após uma pandemia de encefalite, observou-se que as crianças atingidas revelavam, como seqüelas, hiperatividade, desatenção e impaciência. Esse quadro foi denominado por Holman, em 1922, de “Desordem pós-encefalítica”, tendo contribuído

⁴ Still observava que as crianças estudadas haviam sido criadas em ambientes que considerava bons, tendo recebido cuidados parentais satisfatórios (LIMA, 2005).

para reforçar a hipótese de uma causa biológica para distúrbios de conduta infantis (LIMA, 2005). Outras contribuições para essa hipótese, foram o experimento de Charles Bradley, em 1937, com medicações estimulantes em crianças emocionalmente perturbadas e o advento da Segunda Guerra Mundial, tendo esta última contribuição trazido, como consequência, uma gama de prejuízos cerebrais, que resultava em comportamentos de inquietação, desatenção e impaciência. Todos esses fatos culminaram no estabelecimento da categoria de “Lesão cerebral mínima” por Strauss e Lehtinem em 1947, que, num raciocínio inverso, acreditavam que crianças que manifestavam hiperatividade, desatenção e alterações comportamentais, deveriam ter algum tipo de lesão cerebral (BENCZIK, 2000a; LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES 1992a).

Em 1962, as hipóteses de lesão cerebral não haviam se confirmado e, após um simpósio proposto pela “Spastic Society”, em Oxford, Londres, com objetivo de promover o consenso sobre essa situação, modificou-se a denominação para “Disfunção cerebral mínima” (DCM). Assim, estabeleceu-se que o comprometimento cerebral não se tratava de lesão, mas sim de disfunção (BENCZIK, 2000a; CYPEL, 2001; LIMA, 2005).

O termo DCM associava-se a uma grande imprecisão, uma vez que abarcava uma gama diversificada de manifestações clínicas. A criança, assim diagnosticada, tinha inteligência preservada com distúrbios de aprendizagem e/ou comportamento em vários graus, junto a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios se manifestavam através de déficits de percepção, conceituação, linguagem, memória e do controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. As causas eram hipotéticas e diversas, mas todas com consequências funcionais, e não anatômicas, para o cérebro. E, tendo em vista especificamente o espaço escolar, uma variedade de incapacidades de aprendizagem era considerada a mais importante manifestação dessa entidade nosológica (LEFÈVRE, 1978; LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES 1992a).

Esse momento histórico descrito configura-se como um marco de extrema importância, particularmente para a presente pesquisa, uma vez que a DCM possibilitou o encontro da neurologia com a escola. O neurologista clínico passa a adentrar um campo que não era de seu costume e a intervir nos problemas de aprendizagem, atenção, linguagem, caracterizando-os como discretas alterações associadas às atividades nervosas superiores e respaldando a terapêutica medicamentosa (CYPEL, 2001; LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES 1992a).

Foi com a nomenclatura DCM, que a síndrome, partindo dos EUA, disseminou-se espetacularmente no campo médico e entre os leigos, nos anos entre 1960 e 1970. Isso devido

a causas histórico-sociais, uma vez que o surgimento e a aceitação rápida do diagnóstico de DCM foram concomitantes a significativos abalos nos valores da sociedade americana, particularmente da classe média, após a década de 1960. Assim, instalou-se a tendência a atribuir os conflitos sociais a mínimas disfunções biológicas em vez de a matrizes econômicas, sociais ou familiares, como exposto por Lima (2005) e por Moysés & Collares (1992a). Difunde-se, pois, um processo de “biologização da sociedade”.

Outro fato importante propiciado pela extensão de um diagnóstico tão impreciso como o de DCM e por sua associação aos fracassos escolares, foi a emergência de novas profissões como a psicopedagogia e a psicomotricidade. A escola passa a configurar um novo setor de trabalho para vários especialistas, que adequam sua orientação profissional a essa concepção biológica do processo ensino-aprendizagem (MOYSÉS & COLLARES, 1992 a, b).

No Brasil, por volta da década de 1970, o diagnóstico de DCM foi difundido especialmente por Lefèvre, um neuropediatra de renome. Lefèvre define a DCM como um estudo multidisciplinar e resguarda o lugar da neurologia, psicologia, psicopedagogia, psicomotricidade, fonoaudiologia e outros, no espaço escolar (LEFÈVRE, 1978).

Nesse momento, a história do transtorno continua a ser construída e a avançar nas mudanças de nomenclatura e na ênfase sintomática, mas sem dispensar o postulado de etiologia neurológica. Assim, o diagnóstico de DCM fica desacreditado, na vastidão e na incerteza dos quadros clínicos que nele são incluídos, vislumbrando um esforço por parte dos pesquisadores em diferenciar a sua sintomatologia.

Surge, então, um movimento que estreita o foco sintomático na hiperatividade (CYPEL, 2001; LIMA, 2005). O termo “hiperatividade” eclode em 1957, com Laufer, Denhoff e Salomons, através da categoria “Síndrome do impulso hipercinético”, e, em 1960, com Stella Chess e outros autores, através da nomenclatura “Síndrome da criança hiperativa”. Chess descartou a hipótese de dano cerebral, mas considerou uma forma de “hiperatividade fisiológica” (HALLOWELL & RATEY, 1999; LIMA, 2005).

Considerando a atividade motora excessiva o principal sintoma da síndrome, na década de 1960, o DSM II apresentou o termo “Reação hipercinética” para descrevê-la. Na década de 1970, a Classificação Internacional de Doenças, em sua nona edição (CID-9), nomeia-a de forma semelhante: “Síndrome hipercinética” (BENCZIK, 2000a).

A partir da década de 1970, o foco começa a se deslocar da hiperatividade para as dificuldades de atenção e do controle dos impulsos; nesse momento, os trabalhos de Virgínia Douglas tiveram bastante relevância. Esse deslocamento culmina, na década de 1980, em um novo termo – “Distúrbio do Déficit de Atenção” (DDA) – apresentado pelo DSM III, e que

incluiu dois subtipos: com ou sem hiperatividade (HALLOWELL & RATEY, 1999; LIMA, 2005).

Em 1987, o DSM III revisado recupera a ênfase na hiperatividade, alterando o nome para “Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção” (BENCZIK, 2000a).

Na década de 1990, chegou-se, finalmente, à nomenclatura atual. Na quarta edição do DSM, de 1994, essa síndrome recebeu o nome de “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” (TDAH) e se dividiu em três subtipos, um predominantemente desatento, outro hiperativo-impulsivo e um terceiro, o combinado. O CID 10, na sua atual edição, mantém a ênfase na hiperatividade, com a nomeação: “transtorno hipercinético” (BENCZIK, 2000a; LIMA, 2005).

Segundo Barkley (2002, p. 13), os estudos recentes da década de 1990 demonstraram o TDAH como problema genético do controle inibitório, uma desordem de “auto-regulação”. Além disso, ele comentou: “até mesmo o nome TDAH talvez seja agora, incorreto”. Parece-nos, assim, que essa história não termina aqui, outros nomes virão...

O longo percurso histórico apresentado anteriormente, é interpretado por uns como progresso científico, por outros como a evidência do fracasso em se afirmar a síndrome como entidade nosológica, neurológica e científica. Portanto, para descrever o TDAH é necessário perceber como a história é contada e também a partir de qual posição se deseja interpretar o fenômeno.

2.4 O diagnóstico de TDAH

Primeiramente, é importante salientar que o diagnóstico é apresentado como “via ideal” pela maior parte da literatura médica sobre o assunto. Há um incentivo para tal diagnóstico, ao apresentá-lo como um alívio, uma solução, uma possibilidade de sucesso ou, no mínimo, como um paliativo diante de um futuro desastroso.

A grande maioria dos livros sobre o assunto, que é direcionada aos educadores, parte de uma gama de casos que expressam um sofrimento geral para o portador do transtorno, para sua família e para a escola. Há um vislumbre de um futuro desastroso, ou feliz, desde que os educadores optem por acreditar no diagnóstico de TDAH, reproduzindo o discurso proposto na literatura e, de preferência, remediando os riscos do transtorno com uma dose de psicotrópicos. Themis Costa (2006) relata esse caráter de ameaça do TDAH, no qual os riscos

estão sempre presentes nos discursos dos especialistas, que salientam a desinformação e o subdiagnóstico como obstáculos à prevenção dos riscos e dos prejuízos da doença para o portador e para a sociedade.

A aceitação dos educadores, diante do diagnóstico, é a reação ideal apresentada nesses discursos. “O resultado natural e desejado de lidar com informação sobre o TDAH é a aceitação” (BARKLEY, 2002, p. 152). E, a partir de então, é possível a inserção em um grupo identitário⁵ e a adesão ao treinamento para a condução das crianças com TDAH.

São tantos os casos que a literatura médica apresenta, que fica difícil não se identificar com um deles. Às vezes, o próprio especialista se intitula como TDAH, numa autobiografia sintomática, como é o caso de Edward Hallwell (1999, p. 9), que conta do alívio e da excitação ao chegar, durante um treinamento de psiquiatria infantil, à seguinte conclusão: “então existe um nome para o que sou!”. Como exposto no livro de Ana Beatriz B. Silva (2003) – o best-seller brasileiro sobre o transtorno⁶ – isso é “bálsamo” às almas e um “alento ao coração” para aqueles que, durante muito tempo, sentiram-se como “peixes fora d’água”. Essa nomeação parece confortável do ponto de vista da angústia devido à falta de um significante que responda: “quem sou eu?”, embora a psicanálise mostre que “não há no Outro nenhum significante que possa no caso responder o que sou” (LACAN, 1986, p. 47). Então, esse nome pode funcionar como um significante paliativo, uma vez que, pela nomeação, obtura-se questões do sujeito sobre si, como evidencia Edward Hallwell:

Era como se tivesse tirado um grande peso de minhas costas. Eu não era todos aqueles nomes pelos quais era chamado na escola primária – “preguiçoso”, “alienado”, “tonto”, “lunático” – e também não tinha qualquer conflito inconsciente reprimido que me tornava impaciente e voltado para a ação. O que eu tinha era uma síndrome neurológica [...]. Enfim, eu tinha um nome para aquelas partes em mim, partes que eu atribuía a temperamento ou neurose. Agora, com um nome fundamentado na neurobiologia, eu podia compreender, e de alguma forma perdoar, aquelas partes de mim mesmo que tão freqüentemente me deixavam frustrado ou assustado (HALLOWELL, 1999, p. 9-10).

O incentivo ao diagnóstico do TDAH não pára por aí, sendo a ênfase dada aos seus pontos positivos uma grande motivação, são verdadeiros elogios direcionados a seus ilustres portadores, ainda que os autores digam não ser possível precisar o diagnóstico dessas

⁵ Na internet, proliferam páginas informativas e grupos de auto-ajuda envolvendo pais de crianças diagnosticadas e outros adultos portadores do transtorno. Alguns desses sites são: <http://www.tdah.org.br> (Associação brasileira do déficit de atenção – ABDA); <http://www.adhd.com.br>; <http://universotdah.com.br>; <http://www.hiperatividade.com.br>; e <http://www.chadd.org>.

⁶ O livro em 2003 manteve-se 15 semanas não-consecutivas na lista dos mais vendidos da revista *Veja*, na seção de “auto-ajuda e esoterismo” (LIMA, 2005).

celebridades. Albert Einstein, Fernando Pessoa, Henry Ford, James Dean, Leonardo da Vinci, Ludwig van Beethoven, Marlon Brando, Vicent van Gogh, Wolfgang Amadeus Mozart e também o escritor e cartunista brasileiro, Ziraldo Alves Pinto – “o menino maluquinho” – carregam a possibilidade desse rótulo (SILVA, 2003; REGGIANI, 2002).

A incerteza do processo diagnóstico é justificada, por muitos pesquisadores do assunto, pela ausência de métodos totalmente objetivos e também pelo fato de esses métodos terem como base somente a informação e a opinião dos pais e de outros educadores (BARKLEY, 2002; NELSON, 2002). Hallowell e Ratey (1999) declaram ser arbitrária a determinação da linha diagnóstica entre o “normal” e o TDAH.

Até o momento, não foi desenvolvido nenhum exame neurológico específico para detectar e diagnosticar o TDAH. O diagnóstico é clínico, baseado na história de vida do portador e em informações sobre seu comportamento, obtidas de pais, professores e da própria criança, através de questionários, entrevistas e algumas escalas padronizadas (BENCZIK, 2000a; HALLOWELL & RATEY, 1999; NELSON, 2002).

Os testes neurológicos e biológicos, variando de uma simples contagem sanguínea até à complexa tomografia cerebral computadorizada e ressonância magnética, podem eliminar outras doenças que se confundem com o TDAH, mas não ajudam a fazer ou confirmar esse diagnóstico (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996).

É marcante essa contradição no diagnóstico, já que os especialistas afirmam as bases biológicas do TDAH, porém, não se pode ignorar que os critérios para classificá-lo como transtorno são de natureza social. Isso é observado por Nelson (2002) ao evidenciar que os comportamentos característicos do transtorno são também os que incomodam as pessoas que convivem com seus portadores e que impedem que esses mesmos portadores sejam aceitos, em maior ou menor grau, como sujeitos capazes de conviver com sucesso em sociedade.

Outra contradição no diagnóstico pode ser evidenciada pela fala de alguns especialistas, como a descrita a seguir, em que os autores alegam que termos como “Disfunção Cerebral Mínima compreendiam um conjunto heterogêneo de transtornos que limitavam horizontes de pesquisa no TDAH” (ROHDE & MATTOS et al., 2003, p. 11). Para eles, o fato de a nomenclatura TDAH ter possibilitado a restrição e a delimitação da sintomatologia do transtorno, acarretaria maior segurança para o diagnóstico do que a antiga nomenclatura DCM, que tinha um cunho mais abrangente. Apesar disso, o que se observa, através da consulta à literatura médica, é que o diagnóstico ainda busca categorizar um grande conjunto de sintomas e comportamentos.

É possível confirmar a observação feita acima comparando o livro de Lefèvre (1978), literatura de referência sobre DCM na década de 1970, com as literaturas mais recentes, indicadas a profissionais, sobre o diagnóstico do TDAH, como o livro de Rohde & Mattos (2003). Se na primeira referência observa-se a DCM associada a uma gama de problemas infantis e escolares (como distúrbios neurológicos, cognitivos, comportamentais, de linguagem, de aprendizagem e psicomotores), na segunda referência observam-se todos esses problemas infantis e escolares como comorbidades do TDAH. Um diagnóstico que inclui um conjunto tão variável de sintomas e comportamentos pode realmente ser identificado a muitos casos e, ao mesmo e pelo mesmo motivo, ser também apontado como inconsistente.

Uma terceira contradição quanto ao processo de diagnóstico apresentada pela literatura médica, é o paralelo entre subdiagnóstico e hiperdiagnóstico. Se, por um lado, o subdiagnóstico e, conseqüentemente o subtratamento do TDAH, é apontado como o grande problema para o portador e para a sociedade (BARKLEY, 2002; LEITE, 2002), por outro, esse mesmo diagnóstico, é recorrente, sendo grande o número de encaminhamentos para especialistas (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; ROHDE & MATTOS et al., 2003). Diante disso, faz-se, inclusive, alusão ao perigo de “uma nova moda na diagnose” (HALLOWELL & RATEY, 1999, p. 12), sendo que o uso de medicações como consequência desse diagnóstico, passa a ser visto como problema de saúde pública (LIMA, 2005). Entre o “sub” e o “hiper” diagnóstico evidencia-se a confusão. Os especialistas aconselham a coleta de mais informações sobre o transtorno a fim de se evitar diagnósticos falso-positivos ou falso-negativos (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996). Porém, essas e outras contradições diagnósticas, que poderiam suscitar um rico debate público sobre a natureza do TDAH, são tomadas de forma estanques e reduzidas à busca pelo consenso médico.

A “Declaração internacional de consenso sobre o TDAH”⁷ exemplifica o exposto acima, pois, em função da preocupação em informar a sociedade “cientificamente” sobre o assunto, reuniram-se psiquiatras de diferentes países com o objetivo de desfazer mal-entendidos veiculados pelos meios de comunicação. Em janeiro de 2002, esses renomados especialistas decidiram assinar uma declaração conjunta, sendo Russel A. Barkley, professor de psiquiatria e neurologia da Universidade de Massachusetts Medical School, EUA, o encabeçador da lista, seguido de oitenta respeitadas profissionais (COSTA, 2006).

⁷ Pode ser observada no site: <http://www.adhd.com.br>

Foi também, num ato médico consensual que, em 1994, a Associação Psiquiátrica Americana, apresentou os critérios diagnósticos do DSM-IV para o TDAH, como descrito na íntegra no QUADRO 1:

QUADRO 1

Critérios diagnósticos para Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

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

Desatenção:

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

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

Hiperatividade:

- a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
- c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes ou adultos, pode estar limitado a sensações

subjetivas de inquietação).

- d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividade de lazer.
- e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.
- f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas.
- h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez.
- i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

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

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

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

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

Codificar com base no tipo:

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

314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito nos últimos seis meses.

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito nos

últimos seis meses.

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

Fonte: DSM-IV - MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 1995, p. 82-83.

O diagnóstico do transtorno é clínico e baseado nesses critérios operacionais apresentados no quadro anterior. Alguns autores, como Barkley (2002), enfatizam o caráter dimensional desse diagnóstico, isto quer dizer, que ele é como um *continuum* para um traço normal comum a todos, existindo diversos graus do transtorno, ou seja, TDAH limítrofe, leve, moderado ou severo. Sendo dimensional, deve-se observar: a duração, a frequência e a intensidade dos sintomas; a recorrência em locais variados; e o prejuízo clinicamente significativo, que acarreta conseqüências funestas para seus portadores e para sua convivência na família, na escola e na sociedade.

O “diagnóstico de TDAH se baseia antes de tudo na história do indivíduo” (HALLOWELL & RATEY, 1999, p.235), e assim, a literatura médica recomenda um processo diagnóstico minucioso, que envolva diferentes estágios e vários tipos de instrumentos e procedimentos de avaliação (BARKLEY, 2002; BENCZIK, 2000a; HALLOWELL & RATEY, 1999; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996). O diagnóstico deve envolver a criança, a família e a escola, abarcando exames médicos quando necessários, entrevistas, escalas e testes psicológicos, sendo, portanto, um diagnóstico médico realizado através de um procedimento interdisciplinar.

Observa-se uma ampliação dos limites diagnósticos estabelecidos pelos critérios do DSM-IV, que favorece a inclusão de indivíduos que poderiam ficar de fora do quadro nosológico. Assim, tem-se sugerido que o “ponto de corte” possa ser rebaixado de seis para cinco ou menos itens-sintomas, em adolescentes e adultos, dando maior ênfase no grau de comprometimento. Também, sugere-se estender a idade limite de início dos sintomas, postulada para os sete anos, e minimizar a importância da manifestação de comprometimento significativo no funcionamento social e acadêmico, salvaguardado pela capacidade de alguns portadores em se adaptar às dificuldades (MARTINS, TRAMONTINA & ROHDE, 2003; LIMA, 2005).

Nessa mesma busca de ampliar a extensão do diagnóstico de TDAH, até mesmo a tríade sintomática (desatenção, hiperatividade e impulsividade), considerada a mais segura conceituação, passa por significativas e variadas observações. Uma criança com TDAH, por

exemplo, que mostra concentração adequada e duradoura em determinadas situações, como em um jogo, televisão, brincadeira, desde que lhe sejam estimulantes, não apresentaria déficit de atenção, mas sim “inconstância de atenção” (HALLOWELL & RATEY, 1999) ou “instabilidade de atenção” (SILVA, 2003).

O alto índice de comorbidades, mais de 50% dos casos (ROHDE & MATTOS et al., 2003), é considerado um obstáculo ao diagnóstico, mas também representa uma extensão do mesmo. Essas comorbidades são: transtorno desafiador de oposição; transtorno de conduta; abuso de substâncias psicoativas; transtorno de tiques; transtornos de humor (depressivo e bipolar); transtornos ansiosos; transtornos do aprendizado e transtornos de linguagem (SOUZA & PINHEIRO, 2003). Toda a variedade sintomática das comorbidades traz para o diagnóstico de TDAH uma diversidade de perfis; sua tríade sintomática, inclusive, adquire aspectos bem variados em intensidade, forma e prejuízo clínico.

Mediante contradições, extensões ou confusões no processo diagnóstico, Rohde (2003) salienta:

[...] que a clínica é sempre soberana para diagnóstico do TDAH. Assim, qualquer criança com sintomas de desatenção e/ou hiperatividade, apresentados de forma acentuada em casa e na escola, deve receber o diagnóstico de TDAH, mesmo sem apresentar alterações no exame neurológico, na avaliação neuropsicológica ou em qualquer outro exame de neuroimagem (MARTINS, TRAMONTINA e ROHDE, 2003, p. 158).

2.5 Epidemiologia do TDAH

A prevalência do TDAH não é facilmente detectada, pois, mesmo sendo considerado um transtorno muito comum na infância, sua descrição, freqüentemente, mostra-se não-objetiva quanto à delimitação e ao uso de critérios diagnósticos. Isso influencia diretamente os dados de prevalência (GOLFETO & BARBOSA, 2003).

Ainda que alguns estudiosos possam insistir na semelhança da prevalência, a maioria dos estudos revela variações nos diferentes países e também dentro de um mesmo país (GOLFETO & BARBOSA, 2003). Para exemplificar esse fato, citamos a prevalência do transtorno apresentada pelos estudos brasileiros já conduzidos até o momento: ela varia consideravelmente entre 5 e 17% (SOUZA, 2008).

Os percentuais de 3 a 5% de crianças em idade escolar são freqüentemente generalizados como taxas médias (BARKLEY, 2002; BENCZIK, 2000a; CYPEL, 2001;

GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; LIMA, 2005). Grande parte da literatura sobre o assunto, em forma de acusação ou de defesa, aponta os EUA como um dos primeiros em percentagem de incidência e tratamento do TDAH.

O contraste discrepante entre referências do transtorno nos EUA e na Inglaterra é observado desde quando esse era chamado de “Disfunção Cerebral Mínima” (CYPEL, 2001). A prevalência britânica costuma ser uma das mais baixas, em torno de 1% (GOLFETO & BARBOSA, 2003; LIMA, 2005). A prevalência americana está em torno de 5%, ou seja, aproximadamente uma entre 20 a 30 crianças é diagnosticada com o transtorno. “Isto torna o TDAH uma das doenças mais prevalentes em crianças” (BARKLEY, 2002, p. 105).

Segundo Barkley (2002), estudos realizados em vários países comprovam a existência do TDAH em todos os países e grupos étnicos estudados, sendo o alto índice de prevalência americana justificado pela falta de informação e de atualização dos profissionais dos países de baixa prevalência. “Só porque um país não diagnostica com a mesma frequência e extensão como fazemos aqui nos Estados Unidos, não significa que as crianças não apresentem o transtorno” (BARKLEY, 2002, p. 104).

As diferenças de prevalência nos diversos países são consideradas resultados das desigualdades metodológicas entre os estudos, como: diferença de métodos e amostras de pesquisa; variados tipos de delineamento de estudos; critérios diagnósticos diferentes; e uso de fontes variadas de informação: portadores, pais, professores, etc. (GOLFETO & BARBOSA, 2003).

Um ponto sensível da prevalência está na subjetividade da avaliação, ou seja, o que é considerado comportamento inadequado para um, pode ter pouca importância para outro (CYPEL, 2001). Essa particularidade é observada na discrepância entre as respostas de pais, professores, portadores e especialistas às entrevistas, escalas ou questionários, levando-nos a concluir que as taxas de prevalência variam significativamente de acordo com o informante (GOLFETO & BARBOSA, 2003). Benczik (2000a) observa que os pais e a própria criança tendem a subestimar e os professores a superestimar a prevalência do TDAH. A autora mostra que a percentagem de crianças com TDAH identificada por professores, varia de 15 a 20%, independentemente do sistema escolar e do nível socioeconômico.

A noção de normalidade, embora de difícil definição e dependente de um padrão ideal, torna-se fundamental no estudo da prevalência do TDAH (GOLFETO & BARBOSA, 2003), já que “tanto a delimitação da linha de corte entre normalidade e patologia quanto a escolha da classificação repercutirá nos dados encontrados” (LIMA, 2005, p. 80-81).

De acordo com a estimativa do DSM-IV, a prevalência do TDAH encontra-se entre 5 e 13%, nas crianças em idade escolar. Esses resultados são maiores do que os das versões anteriores – DSM-III-R e DSM-III (GOLFETO & BARBOSA, 2003).

A atual concepção do transtorno e a crescente disposição médica para diagnosticar o problema, vêm permitindo a identificação desse diagnóstico em casos menos sérios, sob o rótulo de transtornos “leves” (LIMA, 2005). Uma questão referente à prevalência pode ser formulada da seguinte maneira: “Será que o TDAH deve ser conceitualizado como transtorno ou faz parte do extremo de um *continuum* do desenvolvimento normal?” (GOLFETO & BARBOSA, 2003, p. 15).

As características de gênero, idade e fatores de risco têm grande importância nos estudos epidemiológicos do TDAH. Vejamos algumas considerações sobre o assunto.

As taxas epidemiológicas variam conforme o estudo e o pesquisador, porém há uma particularidade quanto ao gênero, que é a incidência três vezes maior em meninos do que em meninas (BARKLEY, 2002).

Não há nenhuma explicação clara para essa aparente predisposição para o sexo masculino, porém acredita-se que isso ocorra pelo fato de os meninos serem mais encaminhados para tratamento por apresentarem comportamentos de conduta agressiva que incomodam o ambiente (BENCZIK, 2000). Além disso, acredita-se, hoje, que as meninas sejam vítimas do subdiagnóstico, uma vez que nelas os sintomas mais frequentes são os de desatenção, que incomodam menos que os de hiperatividade e impulsividade, etc. (LIMA, 2005).

As faixas etárias têm importante influência nas taxas de prevalência, pois há mudanças nos sintomas do TDAH ao longo do desenvolvimento do portador (BARKLEY, 2002; GOLFETO & BARBOSA, 2003). Assim, a forma de identificar o transtorno varia para cada faixa etária.

Existem mais pesquisas epidemiológicas referentes à faixa etária dos 7 aos 14 anos, ou seja, na idade escolar, do que em outras faixas. Nos outros períodos etários, como o pré-escolar, a adolescência e a vida adulta, o diagnóstico torna-se mais difícil, devido ao fato de os comportamentos sintomáticos se relacionarem ao desenvolvimento nos pré-escolares e de as comorbidades do TDAH estarem mais evidenciadas como problema principal nos adolescentes e nos adultos (GOLFETO & BARBOSA, 2003).

Se antes o TDAH era considerado uma entidade nosológica tipicamente infantil, a partir de 1980 cresce a aceitação de sua extensão à adolescência e à vida adulta. Hoje, acredita-se que de um a dois terços das crianças portadoras prossigam com o transtorno na

idade adulta (LIMA, 2005). Porém, os sintomas, como por exemplo a hiperatividade, modificam-se nos adultos e, conseqüentemente, o diagnóstico e a sua prevalência.

Barkley (2002, p. 110) observa mais um complicador à detecção da incidência do transtorno, pois, segundo ele, “todos os sintomas primários de TDAH se alteram não apenas com o crescimento de uma criança, mas também conforme as situações: onde a criança se encontra, o que é pedido que ela faça e quem deve cuidar da criança”.

Os diferentes ambientes sociais são realmente fatores significativos e que possibilitam a variação das taxas de prevalência. A verificação dos fatores de risco também se mostra fundamental nos estudos epidemiológicos sobre o TDAH, como as variáveis sociodemográficas do portador e de sua família. Apesar disso, o impacto causado por fatores psicossociais é pouco pesquisado, além de se questionar se são as adversidades impostas por esses fatores que aumentam o risco do transtorno ou se o TDAH é que aumenta os riscos de adversidades psicossociais (GOLFETO & BARBOSA, 2003).

Considerando as variáveis sociais do TDAH, Lima (2005, p. 80) enfatiza a freqüente falta de “reflexão sobre a possibilidade de variáveis culturais influenciarem de modo significativo na detecção ou mesmo na incidência do transtorno”.

A epidemiologia em psiquiatria tem uma complexidade maior que em outras áreas da medicina (GOLFETO & BARBOSA, 2003), porém, no caso do TDAH, essa complexidade intensifica-se devido à imprecisão diagnóstica, o que se remete à indefinição etiológica.

2.6 Etiologia do TDAH

A etiologia do TDAH é marcada por muitas hipóteses e pesquisas, mas nenhuma confirmação. De pesquisas com animais, experimentos com crianças e seus pais até a um rastreamento cerebral possibilitado pelo avanço tecnológico da neuroimagem, não se chegou a provas convincentes sobre as associações hipotéticas e o transtorno.

Os estudos sobre etiologia referem-se ao TDAH como um resultado de anormalidades no desenvolvimento cerebral, relacionado mais a fatores genéticos que a fatores ambientais, sendo os fatores psicossociais secundários ou dispensáveis (BARKLEY, 2002; ROMAN et al, 2003; LIMA, 2005).

Os achados neurológicos sobre o transtorno apontam as deficiências de químicos cerebrais, a atividade cerebral diminuída e os defeitos cerebrais estruturais como anormalidades correspondentes às áreas de inibição e preparação da ação (BARKLEY, 2002).

Com base nos efeitos comportamentais percebidos em pessoas que sofreram lesões na porção frontal do cérebro, acredita-se que essa região do cérebro seja a responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, pelo emprego do autocontrole e pelo planejamento para o futuro.

Assim, pelas semelhanças comportamentais das pessoas lesionadas e dos portadores do TDAH, pensou-se, no início do século XX, que as lesões cerebrais oriundas de infecções como encefalites e meningites, traumas por queda, traumas no crânio ou complicações da gravidez ou parto, eram as principais causas do TDAH. Depois de muito rastrear o cérebro, os cientistas observaram que a maioria das crianças com TDAH não apresentava história de lesões cerebrais e que somente 5 a 10% delas desenvolviam esse transtorno por algum dano cerebral (BARKLEY, 2002). Mesmo sendo considerada uma das possíveis causas do TDAH, essa se encontra inconclusiva.

Os estudos neurológicos, sem abandonar a estrutura cerebral – ainda muito enfatizada nas pesquisas que afirmam que algumas regiões cerebrais são menores em crianças com TDAH⁸ –, passam a ser direcionados para os comprometimentos funcionais do cérebro.

Um dos achados neurológicos do funcionamento cerebral do portador do TDAH refere-se à química cerebral, e indica que neurotransmissores, como dopamina e norepinefrina, encontram-se diminuídos. Chegou-se a essa hipótese promissora, mas não confirmada, através de pesquisas com o uso de drogas estimulantes que aumentam a quantidade desses químicos e que, conseqüentemente, modificam o comportamento dos portadores do TDAH (BARKLEY, 2002).

Outro achado neurológico é a identificação da atividade cerebral diminuída na área frontal do cérebro dos portadores de TDAH. Os estudos mostraram baixa atividade elétrica cerebral e menor fluxo sanguíneo, o que evidencia existir um problema na dinâmica cerebral que compromete o processo de inibição e autocontrole do comportamento.

O exposto acima explica o paradoxo da prescrição de medicação estimulante para crianças muito ativas. Para Barkley (2002), essas crianças seriam tão ativas devido ao fato de

⁸ Barkley (2002) descreve pesquisas que levam à provável conclusão de que o TDAH surge a partir de regiões cerebrais diminuídas, sendo elas: o núcleo calcado, o corpo caloso, a córtex direito pré-frontal, o gânglio basal (estriado e globo pálido) e o cerebelo direito.

seus cérebros serem menos ativos nas regiões de inibição e planejamento do comportamento, demandando estímulos neuroquímicos oferecidos pela medicação.

A hipótese levantada é a de que determinadas substâncias químicas apareçam alteradas em certas regiões cerebrais hipoativas e hipodesenvolvidas nos portadores do TDAH. Porém, não se descobriu ainda a(s) causa(s), sendo sugeridos os agentes ambientais e a hereditariedade (BARKLEY, 2002).

Os agentes ambientais mais consensualmente aceitos são o consumo de substâncias (fumo e álcool) durante a gravidez e a exposição da criança ao chumbo. Tais agentes atuam como toxinas para o cérebro da criança, sendo considerados causas potenciais do TDAH.

Existem as mais variadas hipóteses sobre os fatores ambientais influenciáveis, muitas vezes criticadas por alguns pesquisadores, como Barkley (2002). Já se pensou, e alguns ainda pensam, na ingestão de produtos químicos e aditivos e também na de alimentos (açúcar, leite, trigo e outros) como hipótese causal do TDAH. Existem pesquisas que tratam a infecção de ouvido, o descontrole hormonal, os fungos e até o excesso de televisão como causadores do TDAH, todas elas sem confirmação e bastante criticadas (BARKLEY, 2002; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; ROMAN et al, 2003).

Os fatores psicossociais são referenciados com pouca significância, tendo mais participação no surgimento, na manutenção e na complicação dos sintomas do TDAH, do que como causa específica. Conflitos relacionais e fatores sócio-econômicos da família, psicopatologia e criminalidade dos pais, má condução dos filhos ou falta de disciplina, institucionalização e adoção das crianças, são todos fatores evidenciados nas pesquisas sobre TDAH, embora haja sempre uma tentativa de explicação biológica e genética para eles, considerando-os conseqüências, e não causas do TDAH no ambiente (BARKLEY, 2002; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; KAPLAN & SADOCK, 1997; ROMAN et al, 2003).

Ao considerar o acima exposto, muitos estudos genéticos mostraram uma significativa recorrência familiar do transtorno. Esses estudos genéticos clássicos, buscando neutralizar a transmissão familiar de origem ambiental, pesquisaram situações nas quais as crianças foram criadas longe da família biológica. Pesquisas com filhos adotivos e família consanguínea, gêmeos monozigóticos (idênticos) e gêmeos dizigóticos (fraternos) consideraram o TDAH decorrente principalmente da herança genética (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; ROMAN et al, 2003).

Os estudos moleculares evidenciam o fundamento último do TDAH: a genética. As distorções na estrutura, na bioquímica e nas funções do cérebro são consideradas resultados de alterações fundamentais dos genes (LIMA, 2005).

É pouco provável que exista “o gene do TDAH”, sendo a maioria dos estudos voltada para a crença de que vários genes sejam responsáveis pela vulnerabilidade genética ao transtorno, somados a diferentes agentes ambientais. A grande variedade de formas clínicas e de sintomatologia do TDAH é aqui justificada pela hipótese de haver diversos “subfenótipos” incluídos nessa categoria diagnóstica (LIMA, 2005; ROMAN et al, 2003).

Embora caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, a existência de diferentes quadros clínicos, bem como as várias possibilidades de tratamento, indica que, pelo menos ao nível fenotípico, o TDAH é uma patologia bastante heterogênea. Provavelmente, casos diversos com fenomenologias particulares (heterogeneidade clínica) também apresentem heterogeneidade etiológica (ROMAN et al, 2003).

Existem várias escolas de pensamento que procuram explicar o TDAH, cada uma enfatizando uma abordagem etiológica, mas todas especificando a origem genética (HALLOWELL & RATEY, 1999). Um exemplo disto são os estudos de Barkley (2002), que enfatizam o TDAH como problema do controle inibitório, que resultaria de um déficit nas “funções executivas” do cérebro, ou seja, nas ações autodirigidas do indivíduo. Haveria nos portadores do TDAH um atraso na internalização de comportamentos que constituem essas funções executivas e que acarretaria ações imediatas, governadas pelo “agora”, dificultando o uso adequado de aprendizados passados e de orientações futuras (BARKLEY, 2002; LIMA, 2005).

O estudo da etiologia do TDAH é inconsistente e ainda encontra-se em seu início; mesmo em relação à genética, bastante investigada, os resultados são contraditórios (ROMAN et al, 2003). Os especialistas vislumbram a compreensão biológica desse transtorno, mas o que se evidencia ainda hoje, são controvérsias e muita esperança de uma afirmação como verdade biológica. Isso levaria a métodos de tratamento mais sofisticados e confiantes, e conseqüentemente, menos polêmicos.

2.7 Tratamento do TDAH

O tratamento do TDAH baseia-se numa terapêutica “para todos”, mesmo que alguns teóricos, mais cuidadosos, apontem a particularidade das respostas ao “pacote terapêutico”.

Este pacote consiste na prescrição de medicamentos estimulantes ou antidepressivos⁹, de terapia cognitivo-comportamental e de orientações, ou melhor, “treinamento” à família e à escola.

Mesmo existindo um vazio entre hipóteses e causas do transtorno, onde as controvérsias se alojam, não há impedimento para que a medicação seja considerada, pela literatura médica, a primeira intervenção.

O uso de estimulantes em crianças, considerado um marco histórico da psicofarmacologia infantil, surge com relatos de Charles Bradley, em 1937, sobre efeitos terapêuticos da anfetamina no tratamento de crianças com alterações no comportamento (CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

A pesquisa de Bradley e outras pesquisas que a sucederam, buscam fazer valer a etiologia biológica pelo resultado do tratamento. Como alertam Goldstein & Goldstein (1996), não se deve concluir um diagnóstico de TDAH simplesmente porque houve melhora dos sintomas pelo uso da medicação. Isso parece reverter o processo comumente aceito pela medicina, que consiste na busca de tratamento somente depois de muitos estudos que delimitam a etiologia e, conseqüentemente, o diagnóstico (MOYSÉS & COLLARES, 1992a).

Esses psicofármacos usados no TDAH, intervêm no metabolismo dos neurotransmissores, estimulando partes do cérebro responsáveis pela inibição e pelo autocontrole do comportamento. São apontados altos índices de resultados favoráveis, cerca de 70 a 90% dos portadores apresentam melhoras com a medicação (DUPAUL & CONNOR, 2002; CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

A literatura médica mostra que o uso de medicamentos não satisfaz todas as necessidades terapêuticas dos portadores do TDAH. Porém, a medicação é concebida como essencial considerando-se a relação custo x benefício.

Os especialistas advertem sobre a importância do cuidado médico para prescrever a medicação e sobre a autonomia do portador do TDAH ou de seus familiares na hora de tomar uma decisão quanto ao uso. Entretanto, a ameaça de custos e de riscos maiores que o de aceitar o uso de medicação que circula através da literatura médica direcionada aos pais e aos educadores, impõe camufladamente uma decisão.

⁹ Conforme Silva e Rohde (2003, p. 175), “existem portadores do TDAH sem comorbidades que não respondem bem aos estimulantes, e com comorbidades, tais como depressão, transtornos ansiosos, transtorno de Tourette, entre outras, que apresentam melhoras mais significativa com outros fármacos”. Ainda segundo os autores, os antidepressivos tricíclicos são medicações indicadas como segunda opção para o tratamento do TDAH e devem ser utilizados somente depois de pelo menos dois estimulantes diferentes terem sido testados ou em casos de comorbidades específicas. No Brasil, o antidepressivo tricíclico mais popular é a Imipramina ou Tofranil® - nome comercial.

A declaração internacional de consenso sobre o TDAH, já mencionada neste capítulo, ilustra bem essa ameaça de custos e riscos do TDAH: esse transtorno não é benigno; seus problemas são sérios, pois ele pode ser responsável pelo aumento da mortalidade e da morbidade, e por vários prejuízos na vida social, familiar e escolar do portador, inclusive obstaculizando sua independência. Os portadores do TDAH estão mais sujeitos a acidentes, a abandonar os estudos, a insucessos no trabalho, a gravidez precoce, a doenças sexualmente transmissíveis, a multas de trânsito, a conflitos matrimoniais, a depressões. E, por fim, declaram que menos da metade das pessoas com TDAH estão em tratamento (COSTA, 2006).

Uma outra ameaça ao fato de não se tratar medicamentosamente o transtorno é a sua associação ao uso de drogas. Considerada uma comorbidade, o abuso de substâncias psicoativas é visto por Hallowell & Ratey (1999) como uma automedicação por parte dos portadores do TDAH em busca de efeitos calmantes. Aparece aqui uma polêmica, que tem mobilizado pesquisas. Algumas delas acreditam que o uso de medicação durante o tratamento do TDAH levaria à dependência e ao risco de abuso de drogas; em oposição, outras pesquisas apontam que o TDAH não tratado com estimulantes colocaria seu portador vulnerável a esse risco (CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

Tais pesquisas parecem interrogar especificamente a dependência química, sem considerar, entretanto, os efeitos de uma medicação sobre a subjetividade. Pode-se esclarecer esse fato com um exemplo clínico vivenciado em minha prática profissional. Trata-se de uma professora que, estando em processo analítico e diante de impasses no seu ambiente de trabalho, coloca a solução de seus problemas e, conseqüentemente, de seu mal-estar psíquico, no uso de psicotrópicos. Prosseguindo no seu relato, a professora revelou-me uma de suas recordações infantis, que demonstrou como a medicação intervinha em sua subjetividade. Quando criança e aluna, ela não acreditava em sua capacidade de se desempenhar satisfatoriamente no ambiente escolar e, mesmo quando obtinha sucesso nas atividades que lhe eram propostas, nunca o atribuía a si e sim ao “Biotônico Fontoura®” que a mãe diariamente lhe fazia tomar a fim de que ela melhorasse nos estudos.

Diante de todos os custos e riscos apresentados pela literatura médica, a medicação mostra-se uma medida rápida e viável para lidar com o “custoso” portador de TDAH.

No livro de Barkley (2002), influente literatura recomendada a pais e educadores, todos os questionamentos contrários à imediata opção pelo uso de medicação são tratados como “mitos”, situados na oposição ao saber científico que pertence aos que acreditam nos consensos médicos.

Em artigo, Legnani e colaboradoras (2006) discutem criticamente como as estratégias de marketing fazem para que as informações da psicofarmacologia e das neurociências atuem como sistemas de crenças partilhadas no senso comum como “verdades” cientificamente provadas. Isso se torna relevante no incentivo ao diagnóstico e ao uso da medicação, como mostra o artigo de Carlini et al (2003), que se refere a uma pesquisa realizada com médicos, feita por representantes de uma grande empresa farmacêutica. Tal pesquisa tinha o propósito de reivindicar menor controle do metilfenidato no Brasil, através da substituição da receita A (cor amarela) pelo receituário azul, sob a alegação de que este último seria adequado, já que se tratava de um medicamento prescrito por especialistas e de baixo potencial de dependência.

No Brasil, a “Ritalina®” (metilfenidato de ação curta – 3 a 5h) é a droga mais popular, embora já exista uma outra mais recente: o “Concerta®”¹⁰ (metilfenidato de ação prolongada – 8 a 12h). Essas são drogas estimulantes que têm venda controlada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA; porém, a mídia revela que, em apenas quatro anos, de 2000 a 2004, a venda desses medicamentos aumentou 940% – os dados são do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos e são confirmados pela ANVISA, que declara que o número de caixas vendidas entre 2003 e 2004 cresceu 51% (TÓFOLI, 2006).

Stiglitz (2006)¹¹ questiona o uso do metilfenidato, que, descoberto na década de 1940, tem multiplicado assustadoramente seu consumo, mesmo sem apresentar evidências claras da relação entre intervenção neuroquímica e seus efeitos clínicos. O autor cita uma publicação inglesa – *New Scientist* de 28/11/1998 – que relata ser o uso da Ritalina® um dos fenômenos farmacêuticos mais extraordinários de nosso tempo. Em algumas escolas, 15% dos alunos são diagnosticados com TDAH e a distribuição dessa medicação já é parte da vida diária da escola.

Conforme Lima (2005, p. 15), “uma das conseqüências de um diagnóstico de TDA/H é a quase onipresente prescrição de Ritalina, independente da gravidade. O uso da droga, apesar de submetido a rígido controle, tem se tornado um problema de saúde pública (...)”.

A literatura médica evidencia o aumento significativo do uso de psicotrópicos, principalmente o da “Ritalina®”, mas diz que isso se deve a uma maior informação diagnóstica do transtorno que mais acomete a infância, existindo ainda muitos pacientes privados de tratamento. Aponta também, como justificativa desse aumento, o fato de essas drogas não serem perigosas e não viciarem, além de terem mínimos efeitos colaterais (BARKLEY, 2002; CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

¹⁰ Veja Site: <http://www.concerta.net>

¹¹ Texto original em Espanhol.

As controvérsias sobre o TDAH surgem também no que se refere aos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso, visto por alguns especialistas como leves e por outros como graves. Esses efeitos colaterais são: anorexia ou perda de apetite, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaléia e dores abdominais. Em menor frequência, observam-se alterações de humor, tiques, pesadelos, isolamento social e, raramente, psicose. Existe muita polêmica a respeito dos vários efeitos colaterais do metilfenidato em longo prazo, como: perda de peso, desaceleração da curva de crescimento, alterações cardiovasculares e uso abusivo do fármaco (CORREIA FILHO & PASTURA, 2003).

Existem outros tipos de intervenções terapêuticas, mesmo que o uso de medicação seja considerado a primeira e mais eficaz intervenção. As outras intervenções têm a educação para o transtorno como parte fundamental do programa terapêutico; é preciso vasto conhecimento sobre o TDAH, que leva à conscientização da doença e de seus sintomas. Nesse sentido, fala-se em “treinamento” (*Coaching*) na psicoterapia da criança, no manejo familiar e nas intervenções escolares (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; HALLOWELL & RATEY, 1999; BARKLEY, 2002).

É possível entender o porquê de a terapia cognitivo-comportamental ser uma escolha unânime. Essa terapia busca um controle consciente e uma mudança de comportamentos via reforçamento educativo.

A criança com TDAH é “treinada” para rearranjar e reestruturar sua vida interna e externa. Nesse treinamento, usam-se técnicas cognitivas: “auto-instrução”, “registro de pensamentos disfuncionais”, “resolução de problemas” com estratégias para agir, “automonitoramento e auto-avaliação do comportamento” com recompensas, “planejamento e cronogramas”; e técnicas comportamentais: “sistema de fichas” (reforço positivo), “custo da resposta”, “punição”, “tarefas de casa”, “modelação e dramatizações”. Porém, os estudos sobre a eficácia dos tratamentos revelam que a terapia cognitivo-comportamental tem menor efeito que a medicação (KNAPP et al, 2003).

Goldstein & Goldstein (1996) consideram o papel dos pais como o mais importante no tratamento. O treinamento de pais consiste em técnicas para se desenvolver aptidões que trabalham a capacidade da criança com TDAH de lidar com o mundo e melhoram a capacidade dos pais de compreender e manejar os problemas dos seus filhos.

As escolas e seus professores também são alvos de intervenções terapêuticas. O treinamento voltado para a escola consiste na capacitação de professores com objetivo de: conscientizá-los sobre a doença e sobre a importância de tratamento; fazer adaptações e adequações de materiais didáticos e da sala de aula para tornar o aprendizado mais

interessante e criativo; desenvolver habilidades interpessoais para lidar melhor com os impasses emocionais (BENCZIK, 2000a; BENCZIK & BROMBERG, 2003; MOOJEN, DORNELES & COSTA, 2003). As intervenções educacionais para lidar com o TDAH não parecem restritas somente a ele, pois, são relevantes para a superação dos impasses de qualquer processo ensino-aprendizagem.

Goldstein & Goldstein (1996) alertam para o cuidado com os tratamentos enganosos que prometem cura para o TDAH, pois para esse problema não existe cura, somente controle. O fato de os estudos de eficácia terapêutica apontarem a medicação como a melhor solução para o controle do TDAH parece bastante interessante à indústria farmacêutica. É mais lucrativa ainda a afirmação de que “os medicamentos estimulantes podem ser usados durante toda a vida de uma pessoa com TDAH, não apenas durante a infância” (DUPAUL & CONNOR, 2002, p. 282).

2.8 Olhares críticos: questões referentes ao discurso médico do TDAH

O TDAH pode ser considerado um assunto polêmico, devido, particularmente, à sua relevância e atual divulgação, o que favorece o aparecimento de questionamentos de várias ordens. Como já dito, esses questionamentos são de maior veiculação na mídia, mas também têm sido incorporados às pesquisas acadêmicas; exemplo disso, são as teses de Legnani (2003), de Lima (2005), de Costa (2006), de Mendonça (2006) e outros trabalhos que valorizam aspectos além dos descritos pela abordagem médica.

Todas essas teses acima citadas problematizam as certezas e os procedimentos da abordagem médica, ou seja, questionam o grande número de diagnósticos de disfunção orgânica e o processo de medicalização, nos quais fenômenos humanos complexos são reduzidos a categorias nosológicas. A tese de Legnani (2003) propõe uma visão psicanalítica da sintomatologia do TDAH, como expressão do inconsciente e como posição subjetiva. Lima (2005) tenta compreender a “epidemia” contemporânea do TDAH, desviando o olhar da fisiologia cerebral para a cultura atual, em sua tendência de reescrever as experiências humanas a partir dos padrões biológicos e corporais, permitindo, assim, que o TDAH se inscreva no registro das “bioidentidades”.

Costa (2006) aborda historicamente a criança indócil em sala de aula, enquadrada atualmente no diagnóstico de TDAH e para a qual a medicação é apontada como meio de

potencializar as condições de disciplinar a infância inquieta. Por fim, Mendonça (2006) observa como a forma atual de encaminhamento dos problemas escolares, na qual o diagnóstico de TDAH é predominante, teve sua raiz na primeira metade do século XX, na confluência do movimento de higiene mental e do movimento em prol da educação, tendo a psicanálise como recurso teórico.

Os especialistas têm divergentes opiniões sobre a existência ou não da doença, conforme ilustra um recente e midiático artigo da Revista Encontro (2006). Nesse artigo, enquanto Cunha, Belizário Filho, Diniz Neto e Carvalho asseguram a existência e o tratamento medicamentoso do TDAH, Salomon e Alkimim suspeitam da existência do transtorno e percebem tal sintomática como manifestação de um sofrimento. Beneti, contudo, assinala a impossibilidade de um consenso, já que estas posições, segundo ele, evidenciam formas opostas de escutar os fenômenos psíquicos (AYRES, 2006).

Na apresentação do livro “A inibição intelectual na psicanálise”, da autora Ana Lydia Santiago, Lajonquière (2005, p. 10) conta que, certa vez, ao ser interrogado em público sobre o famigerado “fracasso escolar”, respondeu a seguinte frase, para sua própria surpresa: “Ele existe, mas não acredito!”

Tomando de empréstimo a resposta do referido autor e deslocando-a para o TDAH, poderíamos pensar que tal transtorno “existe”, através da observação dos sintomas de hiperatividade, desatenção e/ou impulsividade existentes no atual cenário escolar; mas, ao mesmo tempo, questionar: é possível “acreditar” num diagnóstico que acomete tantas crianças e que busca categorizar um conjunto tão variável de sintomas, comportamentos e etiologias?

A polêmica e os questionamentos são frutos da ampla divulgação desse transtorno que, tornando-se globalizado, “destaca-se pela rapidez com que vem saltando dos ambientes médicos para outros recantos da vida cultural e social” (LIMA, 2005, p. 14). Isso se configura num processo de apropriação desse discurso da medicina psiquiátrica por outros grupos, viabilizando a construção de novas representações sobre o TDAH.

Particularmente a partir dos anos 1990, essa entidade nosológica passa a influenciar o raciocínio clínico de outros especialistas e torna-se presente no vocabulário cotidiano de pais, professores e outros adultos. Sua presença na mídia tem crescido constantemente. *Best-sellers*, cadernos de família, seções de saúde e comportamento de revistas e jornais, *sites* e grupos de ajuda, seriados de televisão, vídeos, são todos aparatos dessa divulgação (LIMA, 2005).

O termo hiperatividade, a roupagem conceitual mais popular do TDAH, nunca esteve tão evidenciado e divulgado, transformando-se até num significante atual de identificação:

“sou hiperativo?” ou “meu filho ou aluno é hiperativo?”. Surgem novos nomes para velhos problemas, como aponta Lima (2005):

Crianças anteriormente tidas como “peraltas”, “mal-educadas”, “indisciplinadas” ou “desmotivadas”, e adultos que se consideravam “desorganizados” e “irresponsáveis”, começam a ser tomados como acometidos por uma disfunção nos circuitos cerebrais, possivelmente de origem genética, que provoca uma deficiência ou inconstância na atenção e um excesso nos níveis de ação. (LIMA, 2005, p. 14).

Moscovici (1978, p. 24) nos ensina a reconhecer “que a propagação de uma ciência tem um caráter criador”, e que não pode ser percebido se nos limitarmos a interpretá-lo como distorção ou simplificação.

Mesmo com todo o apelo que o discurso médico direciona à população de pais, educadores e leigos, referindo-se à distorção da cientificidade trazida por outras representações ou interpretações do fenômeno TDAH, essas apresentam-se de formas diversas, sendo relevante citar algumas delas.

Inicia-se pela interpretação divulgada pelo discurso médico e intitulada científica, já explorada ao longo deste capítulo. Essa interpretação situa-se no campo do saber neuropsiquiátrico. Observa-se uma vasta investigação norte-americana, num rastrear científico, na tentativa de confirmar a causalidade orgânica do TDAH, revelando todo um exercício laborativo para que este possa se afirmar como entidade nosológica merecedora de tratamento específico farmacológico. Russel A. Barkley, George J. DuPaul, Sam Goldsteins e Michael Goldstein são alguns dos representantes americanos dessa interpretação e Luís Augusto Rohde, Paulo Mattos, Giuseppe Pastura são alguns dos representantes brasileiros.

Ainda numa abordagem neuropsiquiátrica, mas diferente do ponto de vista anterior no qual o TDAH é visto na esfera do patológico, alguns autores percebem o transtorno como um “tipo de funcionamento mental específico”, “um jeito de ser”, como que um traço de personalidade saindo da esfera da doença, como retrata o livro “Mentes inquietas”, de Ana Beatriz B. Silva (2003). Também para Hallowell (1999, p. 11), o transtorno não se situa totalmente no domínio da patologia; ele é visto pelo autor “não apenas como entidade diagnóstica, mas como um estilo de vida”.

Numa abordagem psicossocial, outros teóricos evidenciam a “hiperatividade” como um “modo de vida” das novas gerações, marcadas por crianças que, desde muito cedo, são expostas a uma vasta gama de estímulos, à excitabilidade, à ansiedade e ao estresse, transmitidos através dos recursos tecnológicos e da exigência capitalista de competitividade. Seria o que Augusto Cury (2003) nomeia como “hiperatividade não genética”. Essa é uma

interpretação do fenômeno TDAH em relação à qual Barkley (2002) aconselha os pais a serem céticos:

Os pais precisam estar cientes de toda essa sorte de avanços para que consigam compreender melhor o problema e responder a críticos cientificamente iletrados que continuam insistindo que o TDAH advém de causas como dedicação insuficiente dos pais, dietas pobres ou tempo excessivo diante da TV (BARKLEY, 2002, p. 12).

Barkley (2002) faz também uma crítica à crítica de um renomado colunista americano, George Will, que manifestou suas dúvidas sobre a existência do transtorno, evidenciando o excesso de diagnóstico e apostando que uma melhor disciplina em casa e na escola, e não medicamento, resolveria o problema.

Lima (2005, p. 16) aconselha “desviar por um momento nosso olhar da fisiologia cerebral e mirar a cultura atual”. A pesquisa desse autor busca entender o TDAH “sem desprezar a influência do contexto cultural, político e econômico atuais na produção dessa categoria diagnóstica, em sua rápida disseminação por amplos estratos da sociedade e em seu impacto nos sujeitos e em suas identidades” (LIMA, 2005, p. 21).

Os teóricos que contextualizam o TDAH no tempo e no espaço apontam para uma época em que ter atenção difusa e ser “hiper-ativo” é condição de adaptação e até, num extremo, de sobrevivência.

Uma interpretação espiritualizada sobre a sintomatologia do TDAH é apresentada por Carroll & Tober (2005), em seu livro “Crianças índigo”, especificado na seção de “auto-ajuda” e considerado *best-seller* nos Estados Unidos. O livro fala de uma nova geração de crianças com características psicológicas incomuns e um padrão de comportamento diferenciado, que, se bem conduzidas, serão os futuros líderes desse mundo em transformação. Essas mesmas crianças são, por vezes, diagnosticadas erroneamente como portadoras do TDAH. Os autores trazem questionamentos sobre o diagnóstico de TDAH e sobre uso de medicamento (Ritalina®), propondo maneiras bem alternativas de tratamento.

O senso comum diz do “não educável”, sendo a prescrição uma firme e coerente imposição de limites. Ao analisar um caso, Corredato e Brogio (2003) descrevem que a falta de limites de uma criança pode ser, erroneamente, nomeada de hiperatividade. O que se tem percebido é uma incorporação ao senso comum de um discurso dito científico. Assim, as crianças chamadas anteriormente de “indisciplinadas”, “indóceis”, “mal-criadas”, agora, são nomeadas de hiperativas ou portadoras do TDAH.

Observa-se, assim, “um caráter criador” fruto da difusão de uma dita ciência, alastrando-se sob representações variadas de grupos específicos. Essas representações se produzem contextualizadas por um tempo e um espaço. No caso do TDAH, o momento atual e o espaço educacional são contextualizações importantes.

Mesmo com um histórico remoto, o TDAH reafirma-se, na atualidade, como patologia em coerência com sua época, assim como também ocorre com outras “ditas” patologias que têm como cenário a escola.

Segundo Cordié (1996, p. 15), “cada época produz suas patologias”, pois a evolução da sociedade favorece o nascimento de novas patologias e o sujeito encontra novas formas de expressar seu sofrimento, na esperança de ser mais bem ouvido. Dessa forma, ainda segundo a autora, patologias no âmbito escolar – ela se refere, nesse caso, ao fracasso escolar – começaram a surgir com a instauração da escolaridade obrigatória no fim do século XIX, em consequência da transformação radical da sociedade cada vez mais tecnicizada, assumindo posição considerável nas preocupações de nossos contemporâneos.

Não é difícil, nos dias de hoje, observar os sintomas do TDAH. Geralmente, estes encontram, no cenário escolar, suas maiores manifestações, sendo possível, pelos critérios do DSM IV e pelas queixas dos professores e pais, rapidamente diagnosticar uma criança com o transtorno. Além disso, pode-se observar também a forte relação dos sintomas do TDAH com o “fracasso escolar” e com os “desvios de comportamento”, ambos tão comuns no atual contexto escolar. A escola vem enfrentando uma crise em sua condição de instituição, crise essa manifestada pelos mais variados problemas comportamentais, tais como: a indisciplina, o desinteresse, o não reconhecimento de autoridade e a agressividade ou violência.

Em meio a esse cenário, a escola atualmente se vê pressionada a responder sobre o TDAH, o que exige, por parte dos profissionais inseridos nesse contexto, um posicionamento.

O próximo capítulo busca compreender a relação do TDAH com a escola, ou seja, como o discurso médico do TDAH tem se difundido neste espaço e qual a implicação dos educadores diante desse discurso.

3 A ESCOLA E O TDAH: REPETIÇÃO OU CONSTRUÇÃO?

3.1 Escola e TDAH

A escola e o TDAH têm uma relação singular. É geralmente quando a criança entra na escola e mediante as exigências desta, que os sintomas do transtorno começam a se manifestar. Além disso, mesmo com o aumento dos estudos sobre o transtorno em adolescentes e adultos, este é considerado um problema da infância, sendo a maioria das pesquisas realizada com crianças em idade escolar. O transtorno é apontado como a principal causa de encaminhamento de crianças, em idade escolar, para serviços especializados (ROHDE e MATTOS et al., 2003, p. 12). Mas o que há de comprometedor nisso?

As pesquisas acadêmicas, em sua maioria, supervalorizam a abordagem neurobiológica e farmacológica da problemática do TDAH na escola (PASTURA, et al., 2005) e subvalorizam evidências psicossociais e aspectos como o excesso de diagnósticos e a inadequação do sistema educacional para lidar com a “diferença” das crianças.

Ainda que alguns especialistas, como Benczik (2000a), já tenham feito alusão aos aspectos psicossociais acima expostos, só recentemente começaram a surgir, no espaço acadêmico, as pesquisas que consideram outras abordagens do problema além da neurobiológica. Alguns exemplos são os trabalhos de Costa (2006), Legnani (2003), Lima (2005) e Mendonça (2006). Parece que a mídia tem sido o maior veículo das controvérsias diagnósticas referenciando a escola e o TDAH.

Especialistas sobre o assunto, em entrevista ao jornal Folha de São Paulo (2001), declararam haver um grande número de diagnósticos de TDAH devido ao fato do sistema educacional não ser adaptado para alunos diferentes¹². Segundo eles, diante do “modismo” do TDAH, é mais fácil rotular a criança irrequieta de “hiperativa” do que admitir que os recursos educacionais usados não estão adequados àquele aluno. Seguindo esse mesmo raciocínio, é dito, ainda, que a maioria dos alunos faz parte dos “falsos hiperativos”, que são crianças que não se adaptam ao esquema escolar e que se comportam como hiperativas sem ter disfunção

¹² “Diferentes” no sentido de não responderem ao padrão adaptativo da escola, diferindo-se dos demais alunos pelos seus comportamentos problemáticos.

bioquímica. Ou seja, seriam hiperativos construídos pela sua própria história educacional (FALCÃO, 2001).

Nessa perspectiva, a escola não só detecta e evidencia o TDAH, mas também produz os seus sintomas, sendo, portanto, chamada a se comprometer com o transtorno e a se posicionar diante do problema. Apesar desse chamado, percebe-se que existe uma submissão histórica ao discurso médico bem como sua aceitação, sem que haja questionamentos por parte do educador.

A literatura sobre o TDAH, quando se refere às implicações educacionais, aponta para um saber alheio, orientado por áreas como a neuropsiquiatria e a psicologia. Será que isso significa que as implicações educacionais seriam uma “cartilha” de procedimentos ditada pelo discurso médico e endossada pela psicologia, para a escola e os professores seguirem?

O TDAH se alastra no espaço escolar, sem, entretanto, mostrar-se livre de propósitos latentes, que emergem na aparência de um discurso rotulado de científico que se aloja no cotidiano escolar e que, conseqüentemente, afeta suas práticas.

Esses propósitos latentes do discurso médico-científico sobre TDAH, são apontados nos trabalhos de Costa (2006), Legnani (2003), Lima (2005) e Mendonça (2006), já referenciados nesta dissertação. Todos esses autores problematizam, numa determinada vertente, o TDAH e os propósitos que alojam saberes e poderes, conjugando a educação à hegemonia do discurso médico.

Os trabalhos desses autores e também a presente pesquisa, mostram o comprometimento da educação com esses discursos que perpassam seu espaço e que estabelecem normas que geram conseqüências para a prática pedagógica.

Um fenômeno enfatizado nos referidos trabalhos é o processo de patologização e, conseqüentemente, de medicalização, que, através do TDAH, configura a extensão do discurso médico no espaço escolar.

O fenômeno da patologização dos problemas escolares se caracteriza como o marco do encontro da medicina com a educação, no intuito de construir o sistema moderno de educação.

O ideal moderno traz consigo a tentativa de enquadramento e de normatização do sujeito. A busca compulsiva de desvelamento e de controle dos mecanismos do mundo, direciona-se, também, para o homem, ou seja, seu corpo e seu psíquico transformam-se em objetos de análise comparativa, vislumbrando uma sociedade progressista, ordenada e idealmente feliz.

Nessa tentativa de ajustamentos objetivando uma sociedade progressista e científica, a medicina tornou-se uma grande aliada, pois ela poderia construir uma taxonomia¹³ humana, não muito diferente da taxonomia de plantas e animais (CAPRA, 1982).

Não demorou muito para tais enquadramentos humanos estenderem seu ideal preventivo ao campo da infância. Assim, a determinação dos “anormais” e sua segregação, prática social de competência dos médicos na busca de higienização humana, logo chegaram à escola (MENDONÇA, 2006; PATTO, 1991).

A escola era, como ainda é, o cenário dos discursos idealizados de um mundo feliz, democrático e progressista. A crença de que a salvação do mundo procede da educação motivou os iluministas, os liberais e os democratas e, ainda hoje, motiva-nos.

A demanda pela escolarização das sociedades modernas, industriais e capitalistas instaurou a obrigatoriedade do ensino escolar. Tal democratização do ensino provocou a entrada maciça, na escola, de crianças que não a freqüentavam até então, o que caracterizou uma complexidade que evidencia a singularidade de apropriação do saber por essas crianças (CORDIE, 1996; COSTA, 1993; MOYSÉS & COLLARES, 1992b; PATTO, 1991).

A escola moderna, sendo normativa, tem a necessidade de explicar e justificar os rendimentos diferentes de seus alunos. Os que fracassam, são os que não acompanham, “pois, na escola, é preciso acompanhar” (CORDIÉ, 1996, p. 11). Mas por que eles não acompanham o padrão normal?

Levando-se em consideração que é a medicina a primeira especialidade a oferecer seus saberes e explicações à escola com intuítos preventivos e higienistas, a resposta à pergunta é que as crianças que não acompanham seus colegas na aprendizagem são consideradas “anormais” (COSTA, 1993; PATTO, 1991). Esses “anormais escolares” vão se desdobrando numa infinidade de nomeações, uma delas, atualmente, é o TDAH ou hiperatividade.

É neste contexto que se pode entender a patologização do espaço escolar, que consiste em atribuir o fracasso ou a inadequação escolar da criança a características inerentes a ela, nomeando, como patologias psicológicas (psicopatologização) e neurobiológicas (biologização), os fatores que a impedem de adaptar-se ao ideal normativo escolar. Como explicam Moysés & Collares (1992b; 1992c), desloca-se, de uma discussão pedagógica e também política, para causas e soluções pretensamente psicológicas ou médicas, portanto, inacessíveis à educação.

¹³ Classificação científica.

Ao longo da história, a educação apresentou-se vinculada a um discurso alheio sempre que desejava nomear os alunos que apresentavam dificuldades na escola. Será que, na tentativa de responder sobre a “impossibilidade do educar”¹⁴, a educação não se deixa levar por uma repetição que consiste em nomear, segregar e, atualmente, medicar?

Contudo, faz-se importante um maior esclarecimento dessa história de nomeação e segregação que entrelaça as áreas da medicina, psicologia e educação, e que constrói o mecanismo de patologização dos problemas escolares.

3.2 Educação e Medicina: um encontro histórico

A educação escolar a partir dos tempos modernos apresenta peculiaridades importantes que a configuram como instituição complexa e ambivalente em suas relações, tanto no que diz respeito ao seu processo ensino-aprendizagem quanto na sua organização disciplinar.

A complexidade e a ambivalência da educação moderna, no que se refere ao processo ensino-aprendizagem, manifestam-se em acontecimentos paradoxais, como a escolarização obrigatória e democrática a partir do início do século XX e a instalação de uma escola seletiva (COSTA, 1993; PATTO, 1991).

Os pesquisadores imbuídos de ideais liberais democráticos vislumbravam na educação a solução das desigualdades e a possibilidade de todos alcançarem o progresso. Assim, é numa perspectiva reparadora em relação àqueles que se apresentam desiguais, diferentes, anormais, por não acompanharem “a ordem e o progresso”, que a medicina direciona-se à educação.

Esse enlace entre educação e medicina, estabelecido por uma união duradoura que se estende aos dias atuais – sendo o TDAH um exemplo disso – “surge na Europa, na confluência de três doutrinas médicas: o higienismo, a puericultura e a política médica” (MOYSÉS & COLLARES, 1992b, p. 23). No Brasil, esse movimento chega ao final do século XIX e cria, no início do século XX, os primeiros serviços de higiene mental escolar (MENDONÇA, 2006; MOYSES & COLLARES, 1992b).

¹⁴ Freud, em seu texto *Análise terminável e interminável* (1975 [1937]), refere-se à educação como uma das três profissões impossíveis, das quais, de antemão, pode-se esperar resultados insatisfatórios; as outras duas seriam: governar e analisar.

Segundo Maria Helena Patto (1991, p. 45), o movimento de higiene mental escolar propiciou, mesmo sem saber e desejar, a instauração da escola seletiva, sendo essa “difícil de perceber e denunciar porque dissimulada sob procedimentos técnicos e verdades científicas de difícil contestação na época”. É importante salientar que hoje, com o mesmo discurso de cientificidade não contestável, é que a medicina ensina a escola sobre o TDAH.

O movimento “Escola Nova” do início do século XX no Brasil, através de educadores progressistas, lutou com as melhores intenções pela democratização da sociedade via educação escolar. Porém, na tentativa de reverter as diferenças e as deficiências culturais e psicológicas, esse movimento compartilhava interesses com a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)¹⁵ na busca de explicação para as dificuldades escolares (MENDONÇA, 2006; PATTO, 1991).

Essas dificuldades escolares se transformaram em justificativas centradas no indivíduo e suas diferenças, que são mediadas por um ideal de normalidade. Como evidencia Patto (1991, p. 46), as teorias trazidas pelo movimento de higiene mental suplantam “uma das premissas do pensamento escolanovista [...]: de que a estrutura e o funcionamento da escola e a qualidade do ensino seriam os principais responsáveis pelas dificuldades de aprendizagem”.

Na convergência dos referidos movimentos, a educação centra-se nas potencialidades individuais, o que gera a necessidade de avaliá-las, classificá-las e nomeá-las. Assim, pode-se distinguir o anormal do normal, e com as melhores intenções, distingui-lo para prestar-lhe assistência reparativa. Portanto, com intenções preventivas e readaptativas, foram criadas as “clínicas ortofrênicas¹⁶, que se transformaram rapidamente em verdadeiras fábricas de rótulos” (PATTO, 1991, p. 44-45).

De acordo com Santiago (2005, p. 19), após a introdução do discurso da ciência na escola, as “crianças com dificuldades” passaram a ser nomeadas com novos significantes, tendo esse acontecimento uma nefasta conseqüência: a produção exacerbada da patologização

¹⁵ O movimento de higiene voltou-se para várias áreas e instituições sociais, mas foi através da higiene mental que esse movimento se ligou à educação escolar. “O movimento de higiene mental originou-se nos EUA, no início do século XX, e consolidou-se como um capítulo da medicina preventiva, a partir da organização de associações que se espalharam por vários países do mundo.” No Brasil, o movimento de higiene mental se organizou em 1923, através da criação da LBHM. O interesse do movimento higienista pela escola refere-se à criança como o elemento-chave na prevenção da doença mental, na formação do homem higiênico, que seria aquele que poderia levar o Brasil ao progresso. (MENDONÇA, 2006, p.30).

¹⁶ As clínicas instaladas dentro das escolas são uma referência dos serviços de higiene mental infantil ligados à educação. Essas clínicas possuíam várias denominações. No Brasil, a primeira delas, criada no Rio de Janeiro em 1934, recebeu a denominação de Secção de Ortofrenia e Higiene Mental, sendo organizada por Arthur Ramos, e a segunda, criada em São Paulo em 1938, recebeu o nome de Secção de Higiene Mental Escolar, sendo dirigida por Durval Marcondes (MENDONÇA, 2006).

e da medicalização dos problemas escolares. Esse processo de nomeação configura a prática da “segregação”.

Ainda de acordo com Santiago (2005), a aliança das práticas educativas com o discurso científico dos especialistas promove “uma espécie de legitimação da exclusão”, com o intuito paradoxal de prestar assistência por meio das várias estratégias para a adaptação do aluno. A autora acredita que o ideal terapêutico da adaptação escolar sempre fracassa e que sua conseqüência é a supressão das diferenças singulares dos considerados fracassados. O ideal de adaptação escolar segrega ao classificar, com um significante nosológico, todos os casos de alunos que têm dificuldades em respondê-lo.

Ainda no intuito de atender às diferenças dos escolares, estas, quando identificadas, tornam-se intoleráveis e passam a ser remediadas, através de sua normalização com base em um ideal de adaptação. Vejamos a opinião de Canguilhem (1990) a respeito da normalização:

“Normar”, normalizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho. Conceito polêmico, realmente, este conceito que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa de sua compreensão (CANGUILHEM, 1990, p. 211).

Conforme Klappenbach (1998, p. 185), as primeiras Escolas Normais¹⁷ da América Latina “já não conseguem ocultar em seu nome a presença do vocabulário e as concepções médicas, ou, em todo caso, o sutil deslizamento entre problemas médicos e os educativos”.

Canguilhem (1990, p. 209) diz que o próprio termo “normal” se naturaliza na língua popular a partir de vocabulários específicos das instituições pedagógica e sanitária, cujas reformas, referindo-se à França, têm como causa a Revolução Francesa. Ainda, segundo o autor, “normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica”.

As reformas na medicina e na educação escolar nessa época manifestam uma exigência de racionalização, “sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, normalização” (CANGUILHEM, 1990, p. 209-210).

O termo normal torna-se um equívoco quando designa um fato em virtude da adoção de um julgamento de apreciação (CANGUILHEM, 1990). Brioso & Sarriá (1995) mostram que essa clássica polêmica do limite entre o normal e o patológico fica mais acirrada, e

¹⁷ Curso para formação de professores que objetivam trabalhar na Educação infantil e nos anos iniciais do Ensino fundamental. Considerado um curso profissionalizante, voltado para a formação inicial de professores em nível médio.

vulnerável ao equívoco, se aplicada à população infantil. Isso ocorre, segundo os mesmos autores, devido à inevitável relativização do patológico no contexto evolutivo em que a criança se encontra e também à referência social envolvida na identificação do que é anormal.

No que diz respeito ao TDAH, a polêmica suscitada por Brioso & Sarriá (1995) entre o que é normal ou patológico, encontra-se constantemente em questão por ser o TDAH um diagnóstico dimensional e definido a partir do que o ambiente social julga incômodo e anormal.

A construção do homem normal e ideal passava necessariamente pela educação escolar, porém, não uma educação qualquer, essa deveria ser respaldada pelas recentes descobertas da ciência (MENDONÇA, 2006), sendo, portanto, nesse contexto, que a psicologia dita científica surge como elo entre a medicina e a educação.

Regina Helena Campos (2003, p. 129) evidencia “a forte conexão entre a expansão dos modernos sistemas de ensino de massa e o surgimento dos primeiros ensaios de aplicação da psicologia científica na solução de problemas sociais e educacionais”. Ainda, de acordo com a autora, no início do século XX, a recém-nascida psicologia científica une-se, no campo educacional, ao movimento de higiene mental organizado pelo saber médico, “visando desenvolver dispositivos de prevenção dos distúrbios mentais que pudessem ser amplamente difundidos para as modernas populações urbanas”.

O casamento da medicina com a educação se efetiva pela aliança com a psicologia. No Brasil, a psicologia nasce no meio médico, mas com propósitos práticos direcionados à educação (CAMPOS, 2003; PATTO, 1991; PESSOTTI, 1990).

Segundo Pessotti (1990), é nas faculdades de medicina e nas Escolas Normais que se inicia a construção de um saber psicológico brasileiro em moldes acadêmicos.

A psicologia parece ter propiciado à medicina a sua inserção em novos campos como o da educação e, também, em campos não estritamente terapêuticos, como o da Medicina Legal ou Psiquiatria Forense (PESSOTTI, 1990).

A parceria entre medicina e educação, que culminou na constituição do campo da psicologia no Brasil, foi viabilizada, particularmente, por meio do movimento de higiene mental e da prática médico-psicológica, realizada com instrumentos psicométricos na educação. Foi também de fundamental importância nesse momento, a criação de disciplinas de psicologia nas Escolas Normais, a instalação de laboratórios experimentais de psicologia pedagógica e a inserção da psicanálise no movimento de higiene mental escolar, que gerou as clínicas ortofrênicas nas escolas (CAMPOS, 2003; MENDONÇA, 2006; PATTO, 1991; PESSOTTI, 1990).

O processo de patologização por meio de todo o aparato psicológico recém chegado à educação através dos médicos, configurou-se no fenômeno de psicopatologização das dificuldades escolares. Historicamente, esse último fenômeno é fruto dos acontecimentos descritos acima.

É importante comentar aqui que os rumos tomados pela psicologia educacional, como consequência desta história, são altamente criticados. Nessas críticas, as vertentes psicométrica e clínica são as mais evidenciadas (MENDONÇA, 2006; PATTO, 1991).

A crítica direcionada à vertente psicométrica busca avaliar a colaboração dos instrumentos de medida psicológica e do processo de nomeação e segregação deles derivados, na produção da desigualdade social e cultural no sistema educacional.

Como aponta Regina Helena Campos (2003):

As críticas focalizavam, especialmente, o desconhecimento, por parte dos psicólogos, dos efeitos sociopolíticos das classificações e diagnósticos por eles realizados; a falta de sensibilidade dos instrumentos de medida psicológica a questões socioculturais; e, finalmente, o prejuízo objetivo que a aplicação desses instrumentos vinha causando a grupos e estratos sociais culturalmente marginalizados ou oprimidos (CAMPOS, 1996, p. 125).

Essa crítica é amplamente difundida por pesquisadores do fracasso escolar, como Patto (1991), Costa (1993) e outros, que mostram como o mecanismo de avaliação dos escolares, baseado em padronizações, vitimiza as crianças de classes “menos favorecidas”.

De acordo com Ana Lydia Santiago (2005, p. 17-18), a hegemonia do enfoque adaptacionista da psicologia no seio da escola coincide com a aliança entre a psiquiatria e a pedagogia, abrindo as portas da instituição escolar à metodologia diagnóstica. Ainda segundo a autora, no início do século XX, os testes psicológicos assumem relevância na decisão dos educadores a respeito do destino escolar de grande número de crianças que adquiriram acesso à escola. Porém, nas décadas seguintes, as teses psicanalíticas são incorporadas como instrumento de análise desses testes, que “passam a indicar não apenas o diagnóstico de normalidade intelectual, mas também as possíveis interferências da dimensão afetiva e da vida familiar” na determinação das dificuldades escolares. Isso gerou mudança na terminologia da psicologia educacional: a “criança anormal” passa a ser nomeada de “criança problema”. É assim que as crianças com resultados contraditórios ou discrepantes nos testes, mas que apresentam problemas escolares de ajustamento ou de aprendizagem, passam a pertencer à categoria de “falsa-debilidade”.

Considera-se importante ressaltar que o mecanismo diagnóstico de nomeação e classificação não é colocado em xeque diante das críticas à sua fragilidade; pelo contrário, fortalece-se em justificativas, permitindo novas nomeações. Esse fenômeno de nomeação e classificação no campo escolar é apontado por Costa (1993), Moysés & Collares (1992a), Santiago (2005) e, também, recentemente constatado pelos ditos “falsos TDAHs”.

A categoria de “falso-TDAH” é fruto dos questionamentos e das incertezas que fragilizam esse diagnóstico nosológico. Paralelamente, essa mesma categoria faz obturar esses questionamentos se dividindo em duas: o “verdadeiro-TDAH”, organicamente comprometido, e o “falso-TDAH”, que apresenta sintomas do transtorno, mas devido a interferências de dimensão psicoafetiva, do ambiente sócio-familiar e/ou do sistema escolar.

Retornando às críticas ao processo de psicopatologização dos problemas escolares, passamos da crítica à vertente psicométrica para a crítica à vertente clínica, correspondente à apropriação da psicanálise pelo campo da psicologia educacional.

As publicações usando a expressão “criança problema”, e não mais “criança anormal”, são típicas dos anos 1930 e efetuam mudanças na concepção das causas das dificuldades escolares:

[...]se antes são decifradas com os instrumentos de uma medicina e de uma psicologia que falavam em anormalidades genéticas e orgânicas, agora o são com os instrumentos conceituais da psicologia clínica de inspiração psicanalítica, que buscam no ambiente sócio-familiar as causas dos desajustes infantis. Amplia-se, assim, o espectro de possíveis problemas presentes no aprendiz que supostamente explicam seu insucesso escolar: as causas agora vão desde as físicas até as emocionais e de personalidade, passando pelas intelectuais (PATTO, 1991, p. 44).

Com a inserção da psicanálise no campo educacional brasileiro na segunda e terceira décadas do século XX, além do olhar para a dimensão afetiva individual e para a vida sócio-familiar como causa dos problemas educacionais, passou-se a organizar projetos de clínicas de orientação infantil escolar (MENDONÇA, 2006; PATTO, 1991).

A psicanálise foi usada como recurso para que o movimento de higiene mental escolar se inserisse no espaço educacional, com objetivos preventivos e progressistas, através das clínicas ortofrênicas. Assim, na descrição de Maria Helena Patto (1991):

Com intenções preventivas, as clínicas de higiene mental e de orientação infantil disseminaram-se no mundo a partir da década de vinte e se propõem a estudar e corrigir os desajustamentos infantis. Sob o nome de psico-clínicas, clínicas ortofrênicas, clínicas de orientação ou clínicas de higiene mental infantil, elas servem diretamente à rede escolar através do diagnóstico, o mais precocemente possível, de distúrbios da aprendizagem (PATTO, 1991, p. 44).

Esse movimento expressivo das décadas de 1920 e 1930, deixou de herança para os tempos atuais a prática de submeter a diagnósticos médico-psicológicos as crianças que não respondem às exigências do padrão escolar (PATTO, 1991). Esse fato é mostrado pelas pesquisas de Marçal e Silva (2006) – que investigam a queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental – e de Moysés & Collares (1992c) – que enfatizam a medicalização escolar e o jogo de culpa que centra o fracasso na criança e em sua família.

Como pode ser observado, nesse encontro histórico entre medicina e educação, a psicologia dita científica tem significativa relevância; ao mesmo tempo e em contrapartida, ela se constitui e se modela por meio desses dois campos de conhecimento.

No campo da historiografia da psicologia, muitos pesquisadores afirmam que “a constituição de uma psicologia científica brasileira esteve relacionada aos esforços de médicos e educadores, principalmente ligados à higiene mental” (CAMPOS, 2003, p. 145).

Nesse sentido, podemos observar uma gama de críticas à psicologia educacional, que perdura até os dias atuais. Essa psicologia é ainda hoje acusada de uma prática fundamentalmente baseada no modelo médico. É o que esclarece, através da história, a pesquisa de Maria Helena Patto, uma representante eloqüente dessa crítica à psicologia educacional:

O círculo de influência desta vertente médica da psicologia nos meios educacionais completou-se quando médicos passaram a lecionar nas escolas normais, nos cursos de especialização em psicologia nas faculdades de filosofia, e nos próprios cursos de graduação em psicologia, participando, assim, da formação dos primeiros psicólogos não-médicos (PATTO, 1991, p. 78).

Como bem esclarece Rita Vieira (2008) em sua tese, essas críticas à psicologia educacional referem-se a sua prática, considerando-a limitada e reducionista, voltada para o atendimento de interesses individuais e longe das questões sociais, econômicas, políticas e ideológicas. Para a autora, tais críticas são fruto dos questionamentos de um movimento de estudiosos em relação à formação e atuação do psicólogo no âmbito educacional, que ganha proeminência ao longo da década de 1980 e que vem ecoando até os dias atuais.

Como já dito, Maria Helena Patto é uma representante expressiva do referido movimento que aponta a participação da psicologia nos processos de exclusão social. Segundo ela, isso se deve ao fato de o trabalho do psicólogo educacional se basear em um modelo médico, tendo a psicometria como recurso central de sua prática e uma atuação predominantemente clínica e curativa.

A tese de Rita Vieira (2008) propõe uma crítica a essa crítica feita acima, mostrando que ela já foi pertinente, mas hoje é ultrapassada, sendo relevante divulgar e reforçar práticas diferenciadas dos psicólogos educacionais. Conforme a autora, essa é uma história contada e recontada que perde a validade na psicologia educacional atual. Porém, parecer haver sempre uma tendência à repetição – conceito muito explorado pela psicanálise.

Assim, se a tese de Vieira (2008) aponta enfaticamente para os novos rumos que a própria repetição histórica ocasionou no campo da psicologia educacional, não podemos deixar de atentar para os rumos que tendem a psicologia após as recentes e divulgadas descobertas da neurociência e suas conseqüências para o campo educacional. E mais: se a psicologia e a psicanálise foram acusadas de colaborar com a medicina para a inserção de seu discurso no campo educacional, o que reversamente essas teorias e práticas podem hoje fazer em função da educação?

Parece-nos que aquilo que escapa ao novo e tende a se repetir, mantendo historicamente o casamento medicina e educação, é o fenômeno da patologização dos problemas escolares. Esse fenômeno aparece ao longo da história ora como psicopatologização, ora como biologização.

Maria Helena Patto (1991), referindo-se a essa história, descreve um primeiro momento no qual as ciências biológicas e a medicina do século XIX propiciavam uma visão organicista das aptidões humanas, baseada em pressupostos raciais e hereditários, configurando-se na biologização dos fracassos escolares. A autora segue descrevendo o fenômeno da psicopatologização, após a inserção da psicologia no trabalho prestado pelos médicos higienistas à educação, trabalho este centrado no desenvolvimento preventivo da criança e no ajustamento sócio-familiar. De carência orgânica (teorias hereditário-raciais e de desnutrição alimentar) à carência cultural (teoria culminante na década de 1970), sempre um déficit se apresenta e é transformado em patologia.

Na década de 1950, surge uma importante novidade farmacológica; trata-se de uma gama de medicamentos psicoativos (CAPRA, 1982). No Brasil, na década de 1970, o diagnóstico de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) permitiu o encontro da neurologia, e de outras especialidades da saúde, com a educação (LIMA, 2005; MOYSÉS & COLLARES, 1992a). Os avanços da neurociência, através de concepções fisicalistas, passam a explicar os comportamentos e as vicissitudes individuais, reduzindo-os à dimensão biológica. Esses três acontecimentos descritos configuram, nos tempos atuais, um novo encontro com a biologização dos problemas escolares e sua conseqüente medicalização; e a categoria nosológica atualmente erigida para descrever muitos dos problemas escolares é o TDAH.

Esse diagnóstico mostra uma grande maleabilidade no cenário escolar, manifestando-se no “fracasso escolar”, no predomínio da desatenção ou nos “distúrbios comportamentais”, onde predominam a hiperatividade e a impulsividade. Além disso, o TDAH, pelo menos no Brasil, não somente serve para patologizar os impasses escolares das classes menos favorecidas, como evidenciam os estudos do fracasso escolar, que se configuraram em rótulos para as crianças das classes populares (COSTA, 1993; PATTO, 1991). O TDAH serve a todas as classes sociais. Porém, Lima (2005), referindo-se à tese de Werner Jr.¹⁸, relaciona, à classe média, o surgimento e a rápida aceitação do precedente do TDAH, o diagnóstico de DCM, nos EUA na década de 1960:

A classe média clama por uma explicação para os distúrbios de comportamento e para dificuldades escolares de seus filhos, e é atendida pelo discurso dos médicos e autoridades sanitárias. Com aval científico, o fracasso acadêmico e a ‘indisciplina’ se deslocam de possíveis matrizes econômicas, sociais ou familiares e passam a ser atribuídos a mínimas disfunções cerebrais (LIMA, 2005, p. 63-34).

Themis Costa (2006, p. 5) nos mostra, em sua pesquisa, que o TDAH é a categoria nosológica empregada pelas novas formas de tratamento da infância indócil, inquieta ou indisciplinada no cotidiano escolar dos dias atuais. Assim, de acordo com a autora a correção desses desvios comportamentais acontecerá com o “mínimo de exercício de violência e a máxima utilização de um controle contínuo e internalizado através da ingestão de psicofármacos”.

Retomando o processo histórico, observamos que essa busca pelo controle disciplinar tem suas raízes na escola moderna, sendo que as verdades valorizadas e idealizadas nesse período iluminista, que se tornaram postulados clássicos, são aceitas, sob outra vestimenta, também nos dias atuais (COSTA, 2006).

Philippe Ariès (1981, p. 170), descrevendo a história da vida escolástica, afirma o diferencial disciplinar da escola moderna: “O estabelecimento definitivo de uma regra de disciplina completou a evolução que conduziu da escola medieval, simples sala de aula, ao colégio moderno, instituição complexa, não apenas no ensino, mas de vigilância e enquadramento da juventude”.

Foucault (1977), ao conceituar a disciplina, refere-se à submissão e à utilização do corpo nos contextos modernos:

¹⁸ WERNER JÚNIOR, J. Transtornos hiper-cinéticos: Contribuições do Trabalho de Vygotsk para reavaliar o diagnóstico. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1997. Tese de Doutorado.

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as disciplinas. Muitos processos disciplinares existiam há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação (FOUCAULT, 1997, p. 126).

Ainda de acordo com Foucault (1997, p. 134), pouco a pouco o espaço escolar se desdobra por meio de estratégias de organização e disciplina: as classes são homogêneas, estando os indivíduos uns ao lado dos outros sob os olhares do mestre; os lugares individuais são determinados em filas e séries que possibilitam o controle de cada um e o trabalho simultâneo de todos; há uma nova economia de tempo de aprendizagem, que anula tudo que possa perturbar e distrair, etc. Enfim, “fez funcionar o espaço escolar como uma máquina de ensinar, mas também de vigiar, de hierarquizar, de recompensar”.

É interessante notar que, nas descrições dos especialistas sobre as dificuldades das crianças portadoras do TDAH, estão evidentes os desvios às demandas disciplinares da escola moderna. Essas crianças apresentam um corpo que não se aquieta, não respeitam filas ou espaços determinados, têm dificuldades específicas na gestão da temporalidade e no processo de recompensas e, por fim, não respondem aos imperativos de concentração e produtividade referentes à atenção. Como veremos mais adiante¹⁹, existe todo um aparato médico-psicopedagógico sendo usado com o objetivo de sanar essas dificuldades que se manifestam no espaço escolar e que, sem dúvida, comprometem sua dinâmica.

O TDAH aponta para o “não educável”, para o fracasso do padrão disciplinar moderno, para a “impossibilidade do educar”. Como aponta Themis Costa (2006, p. 47): “Ainda que todo esforço em disciplinar tenha sido empreendido pelos guardiões da ordem escolar, sempre houve os que resistiram a ela”.

Na atualidade, as novas gerações evidenciam as mudanças significativas de valores familiares e educacionais, o que incide, enfaticamente, sobre a disciplina escolar. Lima (2005, p. 128) afirma que o TDAH “deve parte de sua rápida propagação e persuasão ao fato de suas descrições se sobreporem às de um tipo de subjetividade cada vez mais prevalente”.

Assim, num encontro atual, o saber médico prescreve “a droga da obediência”²⁰, na tentativa de potencializar a disciplina, numa época em que essa é a preocupação central dos educadores. É o processo de biologização que, novamente, encontra-se em voga e reafirma o

¹⁹ Ver seção 3.2 O TDAH na escola: Repetição do Discurso Médico?

²⁰ Termo usado para referenciar o metilfenidato (Ritalina®) – Folha de São Paulo, 15 jan. 2006.

discurso médico na educação: “Hoje, explicações psicológicas, sociológicas, pedagógicas ou oriundas da moral leiga são dispensadas como equivocadas e ‘anticientíficas’, sendo substituídas, especialmente, por outras que localizam no corpo as razões dos dissabores experimentados na vida” (LIMA, 2005, p. 13).

3.3 O TDAH na escola: repetição do discurso médico?

Toda a literatura médica sobre o TDAH geralmente traz um ou mais capítulos dedicados às suas implicações educacionais. Primeiramente, são levantados todos os riscos e as ameaças decorrentes da existência de uma criança TDAH na escola. A partir disso, é descrita a importância de os educadores estarem de posse de toda informação médico-científica oferecida sobre o transtorno e de colaborarem com os especialistas.

Tal colaboração é ditada como se fossem passos de uma cartilha a ser reproduzida pela escola. O que se leva em conta é o modelo ideal em relação às informações, à escola, ao professor e ao manejo do ambiente escolar. Aliás, esse modelo idealizado é muito bem-vindo em qualquer processo educacional, não somente na educação dos TDAHs, já que a ordem, o planejamento, a disponibilidade e a condução parecem relevantes principalmente aos que não vivenciaram, não aprenderam ou recusaram, por algum motivo, essa educação.

As perspectivas das crianças com TDAH na escola são pouco positivas:

[...] têm grandes dificuldades de ajustamento diante das demandas da escola. Um terço ou mais de todas as crianças portadoras de TDAH ficarão para trás na escola, no mínimo uma série, durante sua carreira escolar, e até 35% nunca completará o ensino médio. As notas e os pontos acadêmicos conseguidos estão significativamente abaixo das notas e pontos de seus colegas de classe. Entre 40 e 50% dessas crianças acabarão por receber algum grau de serviços formais através de programas de educação especial, como salas com recursos, e até 10% poderá passar todo o seu dia escolar nesses programas (conhecidos como programas de autocontrole). Complicando esse quadro, existe o fato de que mais da metade de todas as crianças com TDAH também apresentam sérios problemas de comportamento opositivo. Isso ajuda a explicar porque entre 15 e 25% dessas crianças serão suspensas ou até expulsas da escola devido a problemas de conduta (PFIFFNER, 2002, p. 235).

Essa descrição com ar de profecia pode gerar uma sensação de frustração nos pais e educadores, mas, por outro lado, uma sensação de alívio, afinal, a partir dela, pensa-se estar diante de uma fatalidade, podendo, assim, desresponsabilizar-se.

Patto (1991) chama a atenção sobre essa postura fatalista dos pais e educadores frente às supostas causas físicas e psicológicas do fracasso escolar, consequência da aceitação do discurso médico. Também Moysés & Collares (1992a, b, c) descrevem esse processo de transformar questões educacionais em fatalidades biológicas, ao qual denominam biologização.

Nessa perspectiva, o TDAH na escola pode ser visto como uma fatalidade, já que esse problema, segundo o discurso médico, situa-se no cérebro do aluno, ou seja, “as dificuldades de aprendizagem [e de comportamento] que as crianças [...] costumam exibir na escola decorrem de distúrbios contraídos fora dela” (PATTO, 1991, p. 84). Se esse pensamento não retira a nossa responsabilidade, pelo menos a minimiza, trazendo certo conforto.

A maior parte da literatura sobre o TDAH nas escolas apresenta-se como um manual, ora dedicado aos pais ora aos educadores (BARKLEY, 2002; BENCZIK, 2000; DUPAUL & STONER, 2007; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996). Esses pais e educadores, informados cientificamente através das mais recentes pesquisas, passam a ter em mente e em mãos as mais variadas estratégias para se avaliar e detectar o transtorno, seguidas de métodos e instrumentos de intervenção no quadro. Busca-se transformar pais e professores em especialistas sobre o assunto, fazendo ecoar, no campo da educação, as teorias e práticas médico-científicas.

O livro “TDAH nas escolas”, recém editado no Brasil, dos renomados especialistas George J. DuPaul e Gary Stoner, é categórico em favorecer o manejo medicamentoso do transtorno nas escolas como procedimento fundamental. Barkley (2007), no prefácio desse livro, confirma:

É digna de menção, também, a inclusão de informações detalhadas sobre tratamentos médicos para o TDAH, não apenas sobre os tratamentos psicossociais favorecidos pelos educadores, psicólogos escolares e assistentes sociais. [...] como podemos comprovar nas informações contidas nesta obra, o tratamento ótimo do TDAH não ocorre sem considerarmos as combinações de tratamentos que, com frequência, embora nem sempre, incluem necessidade de vários medicamentos. [...] De modo contrário à propaganda política e às tolices cientificamente ignorantes que vemos na mídia popular, em algumas sessões do Congresso norte-americano e nos sites com cheiro de fanatismo contra medicamentos e até contra a existência de um diagnóstico de TDAH, o manejo medicamentoso do transtorno é uma intervenção mais estabelecida na ciência clínica que qualquer outra estratégia de tratamento apresentada aqui. Ela merece a inclusão em qualquer texto que aspire a ser um manual abrangente sobre a intervenção educacional. Tive o agradável prazer de ver que os autores não se esquivaram de oferecer essas informações cruciais sobre o manejo médico, para que o pessoal das escolas possa obter o conhecimento necessário sobre esse tópico. Uma vez que 70-80% das crianças com diagnóstico clínico de TDAH tendem a receber medicamentos em algum momento da infância e que o regime medicamentoso com frequência é iniciado para abordar os problemas educacionais e as dificuldades comportamentais associadas, a equipe da escola deve

conhecer plenamente tudo o que há para saber sobre o TDAH e sobre os tratamentos usados pelos médicos (BARKLEY, 2007, p. VIII).

Logo ao chegar à escola, a criança com TDAH percebe o impacto. Se antes seu comportamento poderia ser aceito como “engraçadinho”, “ousado”, “autônomo” ou “imaturo”, frente às exigências escolares, ele se torna intolerável. Essa criança precisa lidar com regras, limites, horários, ou seja, fatores de uma educação organizada; entretanto, ela não é capaz de ajustar-se bem a essas expectativas da escola. Além disso, essa criança exige do professor uma porcentagem desproporcional de tempo e dedicação (se comparada à exigida por outros alunos), o que possibilita que ela seja o centro das atenções na sala de aula (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996).

Alguns pesquisadores dizem que as crianças portadoras do TDAH não são tão inteligentes quanto as outras; porém, outros estudiosos, mais cautelosos, levam em conta a incapacidade delas em concentrar-se e seguir instruções nos testes de inteligência. Esses testes, muitas vezes, refletem mais seu transtorno do que seu potencial intelectual. “É justo dizer que as crianças hiperativas exibem uma variação normal de aptidões intelectuais”: algumas brilhantes, a maioria dentro da média e outras ficam abaixo da média (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996, p. 106).

Já Benczik (2000a, p. 44) comenta que, em geral, é observada, pelo professor, uma discrepância entre o potencial intelectual e a realização acadêmica da criança com TDAH, ficando o seu desempenho escolar comprometido, mesmo sendo ela dotada de uma inteligência superior.

As crianças com TDAH, devido ao déficit na atenção, podem manifestar dificuldades de leitura, grafia, matemática, linguagem escrita e falada, coordenação viso-motora, percepção de estímulos relevantes e outras; isso contribui para o fracasso escolar (BENCZIK, 2000a; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996).

Entretanto, Goldstein & Goldstein (1996) afirmam que a relação entre TDAH e incapacidade de aprendizagem não se mostra clara e que, provavelmente, esses transtornos constituem dois distúrbios distintos, sendo que um não acarreta necessariamente o outro. Para os autores, com a combinação de intervenções médicas e não-médicas corretas, as crianças com TDAH não necessitam de educação especial, podendo e devendo ser educadas em escola regular.

As crianças com TDAH parecem estar devaneando, mas é que, de fato, são movidas por outros interesses, muitas vezes diferentes daquilo que o professor focaliza (GOLDSTEIN

& GOLDSTEIN, 1996). A questão do interesse parece ser um ponto relevante em se tratando de TDAH.

Essas crianças também apresentam dificuldades em fazer e manter amizades, sendo imaturas e incompetentes em suas aptidões sociais. Os conflitos com professores e colegas podem levá-las a atitudes agressivas. Por estas razões, tornam-se rejeitadas e antipatizadas (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996).

De acordo com DuPaul & Stoner (2007, p. 5), os problemas de desatenção, impulsividade e hiperatividade servem como “ímã” para outras dificuldades, às vezes mais graves que esses problemas: “dessas dificuldades, os três correlatos mais frequentes do TDAH são o fraco desempenho acadêmico, altas taxas de desobediência e agressividade e perturbações nos relacionamentos com colegas”.

Como se pode observar, o TDAH significa um poderoso impacto no ajustamento educacional de um aluno, apresentando grande risco de dificuldades crônicas nas conquistas acadêmicas e nos relacionamentos escolares (BENCZIK, 2000a; DUPAUL & STONER, 2007). Como será que esse impacto pode repercutir sobre os pais, nas sociedades atuais que evitam compulsivamente qualquer desvio do sucesso? Seria sofrido para esses pais ver sua “projeção narcísica”²¹ fadada ao fracasso?

Diante da ameaça de fracasso ou de dificuldades para a obtenção do sucesso de seus filhos, os pais são motivados a buscar a melhor escola e o melhor professor para eles. E qual é a melhor escola e o melhor professor?

Pfiffner (2002) comenta sobre a “melhor escola” e o “melhor professor” para tais crianças, tomando, como fatores diferenciais, o conhecimento e a atitude dos educadores em relação ao TDAH. Para ela, é necessário que estes educadores já tenham passado por treinamentos e que estejam bem informados sobre a patologia. Devem receber assistência adequada, de um especialista ou profissional da saúde mental, para lidarem cada vez melhor com o TDAH. A escola deve ter posição de aceitação e favorecimento em relação à medicação. As turmas devem ser as menores possíveis e deve-se evitar a presença, nas salas, de outras crianças com outros tipos de dificuldade.

²¹ Freud (1974 [1914], p. 108), no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, refere-se aos filhos como uma projeção do narcisismo dos pais: “A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram”.

A melhor escola precisa estar “impregnada do saber sobre o TDAH, abrindo-se a consultorias e palestras dos psiquiatras e preenchendo as escalas ou questionários específicos”²² (LIMA, 2005, p. 107).

Os profissionais da educação devem colaborar, aceitando, sem críticas ou questionamentos, os treinamentos, as intervenções e os discursos dos especialistas do TDAH. Cabe também aos professores preencher escalas e questionários, fazer relatórios, ministrar a medicação e prestar informações aos médicos sobre seu efeito na criança. Os educadores devem encaminhar e ajudar as famílias dessas crianças a ter acesso aos serviços de saúde (BENCZIK & BROMBERG, 2003; DUPAUL & STONER, 2007; PFIFFNER, 2002). No entanto, aos professores não cabe diagnosticar; eles devem apenas descrever o comportamento e o rendimento do aluno, propondo um possível curso para a ação a ser tomada (BENCZIK & BROMBERG, 2003).

Para Benczik & Bromberg (2003), uma avaliação ou diagnóstico é considerada perda de tempo se não levar à modificação da situação. Por isso, em um trabalho multidisciplinar, com a participação de pais, da escola e de especialistas, parte-se para o planejamento de estratégias e intervenções para atender ao aluno com TDAH.

Segundo Legnani (2003), o entendimento da problemática do TDAH favorece a intervenção interdisciplinar por parte de profissionais das áreas médica, psicológica e educacional, enfatizando que o professor deve ser valorizado e legitimado no seu papel e na sua intervenção educativa. Apesar disso, sabe-se que essa proposta interdisciplinar é de difícil viabilidade por falta de questionamentos e diálogo entre os profissionais envolvidos. A presente pesquisa exemplifica essa dificuldade de interação.

Outra característica enfatizada acerca da melhor escola para as crianças com TDAH é a posição de favorecimento à medicação. No dizer de Pffifner (2002, p. 236): “algumas escolas acreditam que os medicamentos não são necessários nem benéficos. Tais escolas estão claramente alienadas na literatura científica e devem ser evitadas”.

Benczik (2000a) lembra que deve ser observada também a política escolar de ações disciplinares, ou seja, os esforços da escola em auxiliar a criança a não cometer erros e não apenas puni-la.

Pffifner (2002), de uma forma mais radical, aconselha os pais a manterem uma cópia por escrito dessa política disciplinar escolar e a intervirem em favor dos direitos de seus filhos

²² Benczik (2000b, p. 9) trabalhou na construção, validação e padronização no Brasil de uma “Escala para o TDAH – Versão para professores, destinada a avaliar os sintomas comportamentais do TDAH no contexto escolar, tendo o professor como fonte de informação”.

caso eles necessitem de correção por má conduta. O controle do comportamento deve basear-se em programas de reforçamento positivo e não em punição.

Conforme Benczik (2000a, p. 49), a melhor escola para a criança com TDAH é aquela “que valoriza o desenvolvimento global da criança, reconhece e respeita as diferenças individuais, valoriza e promove o desenvolvimento da criatividade e da espontaneidade”. Tal escola teria como preocupação desenvolver o potencial de cada um, reforçando os pontos fortes dessas crianças e auxiliando-as na superação dos pontos fracos, pois os alunos com TDAH “precisam de apoio e intervenção psicopedagógica mais intensos” (BENCZIK & BROMBERG, 2003, p. 204).

As características acima descritas fazem parte do ideal da “Escola Inclusiva”, movimento que ganha fôlego no Brasil a partir de 1990 e que vem tentando se afirmar na utopia de uma escola livre de exclusão e segregação. Essa é uma difícil conquista, uma vez que há algo estrutural nas relações humanas que as tornam propensas à segregação²³. Um exemplo disso é o fato de essa mesma escola demandante de “educação para todos”²⁴ também nomear as crianças diferentes em relação a um padrão ideal, patologizando-as e, de alguma forma, excluindo-as. Moysés & Collares (1992c) esclarecem esse processo que, segundo elas “[...] leva à estigmatização de crianças inicialmente sadias, que incorporam o rótulo, sentem-se doentes, agem como doentes. Tornam-se doentes. Compromete-se sua auto-estima, seu autoconceito e aí, sim reduzem-se suas chances de aprender (MOYSÉS & COLLARES, 1992c, p. 25).

Uma escola verdadeiramente inclusiva é um ideal almejado para todos, não só para os alunos com TDAH. É importante salientar, entretanto, que, de forma semelhante ao que ocorreu no passado com a obrigatoriedade do ensino, após os movimentos de “Educação para todos” e “Educação Inclusiva”, unidos aos incentivos e sanções governamentais para as famílias²⁵ manterem suas crianças estudando, as escolas brasileiras vêm enfrentando significativos desafios e grandes dificuldades.

²³ Segundo Lacan (1992b), há um componente estrutural inerente à segregação, pois a própria linguagem segrega o real.

²⁴ O movimento de “Educação para todos” é um compromisso assumido mundialmente para prover uma educação básica de qualidade a todas as crianças e a todos os jovens e adultos. O movimento se iniciou durante a Conferência Mundial de Educação para Todos, em Jomtien, Tailândia, em 1990. A intenção dos representantes da comunidade internacional é universalizar a educação básica e reduzir massivamente o analfabetismo até 2015 (<http://www.brasilia.unesco.org>).

²⁵ O Programa Nacional do Bolsa Escola foi criado em 2001 com a proposta de conceder benefício monetário mensal a milhares de famílias brasileiras em troca da manutenção de suas crianças nas escolas. Os Programas

Novamente, surgem iniciativas para a democratização escolar e, com elas, seus impasses, que podem ser transfigurados em mecanismos de exclusão sutis e cientificamente apoiados, como a patologização. Essa patologização foi muito enfatizada em outros tempos, mas se torna recorrente nos conflitos escolares atuais através dos diagnósticos de TDAH, dislexia, discalculia, entre outros.

É importante enfatizar que o modelo escolar sugerido para os portadores do TDAH atenderia também boa parte da clientela que atualmente chega às escolas. Essa clientela, a nova geração infantil, é fruto das significativas mudanças de valores da família e da sociedade atual, e, assim como os portadores do TDAH, teriam dificuldade em se enquadrar nesse sistema moderno de disciplina, ordem, lugar delimitado, limites, corpos controlados e obedientes – que Foucault (1997) descreveu referenciando a organização das escolas e fábricas após o moderno capitalismo industrial. Todo o manejo do contexto físico da escola em prol do atendimento às crianças com TDAH, faz recordar a referida descrição de Foucault (1997, p. 134) do “espaço escolar como uma máquina de ensinar”.

Segundo Benczik & Bromberg (2003), os alunos com TDAH, por terem dificuldades com organização e planejamento, precisam de uma estrutura externa bem definida, como uma sala de aula bem estruturada, que não seja um ambiente rígido e tradicional nem excessivamente estimulado e com um número reduzido de alunos.

Entretanto, Pfiffner (2002) e Goldstein & Goldstein (1996) recomendam, para os alunos com o TDAH, salas de aula fechadas (entre quatro paredes) e tradicionais, com carteiras separadas voltadas para frente, e em filas e com o mínimo de estímulos possível. Os alunos devem ficar sob o olhar do professor, sentados próximos desse e longe de janelas, portas ou colegas que possam distraí-los. Devem também ser monitorados constantemente pelo professor para se lembrarem das atividades e das regras escolares (BENCZIK & BROMBERG, 2003; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; PFIFFNER, 2002).

Ainda segundo os mesmos autores, as regras e as orientações escolares devem estar expostas na sala de aula, em cartaz, para que todos vejam. Torna-se importante uma rotina consistente e previsível no ambiente escolar. As atividades escolares devem se alternar entre as de alto e baixo interesse, sendo intercaladas também com atividades físicas, informatizadas e de relaxamento. E, por fim, o professor deve usar várias estratégias de monitoramento e

reforçamento para garantir o bom desempenho acadêmico desses alunos com TDAH (BENCZIK & BROMBERG, 2003; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; PFIFFNER, 2002).

De acordo com PfiFFner (2002), a escolha pela escola certa para a criança portadora do transtorno recai também na busca pelo melhor professor. Mas, quem é o melhor professor? Para a mesma autora, os fatores diferenciais são o conhecimento e a atitude desses profissionais da educação em relação ao TDAH.

Segundo Benczik (2000a, p. 49), os professores são considerados desinformados e desatualizados, “poucos professores têm conhecimento sobre o TDAH”. Em sua maioria, “eles têm uma percepção errada sobre a natureza, as causas, as manifestações dos sintomas e o que devem fazer”. Para alguns autores, se o conhecimento do professor sobre o TDAH fosse maior, maiores seriam as chances de sucesso acadêmico de seus portadores. Mas não basta somente que o professor seja bem informado, ele deve ter também uma atitude de complacência ou submissão em relação ao discurso médico (BENCZIK, 2000a; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; PFIFFNER, 2002).

Os educadores devem ser “treinados” e “monitorados” por especialistas no assunto, ter uma “fé cega” no TDAH, sem dúvidas ou questionamentos, e adotar uma gama de métodos comportamentais para o manejo e a educação de seus alunos. Observemos o que aconselha PfiFFner (2002) aos pais desses alunos:

Professores que utilizam uma abordagem permissiva de educação provavelmente não utilizarão modificações comportamentais, julgando erroneamente que esses métodos são demasiadamente mecânicos e não favorecem o desenvolvimento adequado e natural das crianças, bem como sua motivação e aprendizagem. [...] [Quando essa crença não se altera] pode ser benéfica uma transferência para um professor alternativo, de filosofia mais consistente com a utilização desses programas comportamentais (PFIFFNER, 2002, p. 241).

As literaturas sobre o TDAH voltadas para os pais são incisivas ao incentivá-los a selecionar os melhores professores para seus filhos:

Antes de tudo, está o professor de seu filho – particularmente a experiência do professor sobre o TDAH e a boa vontade para desempenhar esforços extras para entender seu filho para que ele possa ter um ano escolar feliz e repleto de sucessos. [...] Portanto, você não deve esperar até o início do ano letivo para verificar quem será o professor de seu filho no próximo ano escolar. Você não deve permitir também que nenhum computador ou burocrata da escola faça uma seleção aleatória. Você deve começar negociando com o diretor da escola para conseguir a seleção de professores do próximo ano escolar bem antes do início das aulas (PFIFFNER, 2002, p. 235-236).

Já se pensou no caos que se transformaria a escola, diante de tantos diagnósticos de TDAH, se todos os pais seguirem esses conselhos e reivindicarem a seleção de professores?

Além de selecionar, os pais são estimulados a “ensinar” os professores a lidar com os distúrbios de seus filhos, oferecendo-lhes recursos, apoio e muito diálogo. A comunicação entre escola e família deve ser assídua e cooperativa. Porém, caso haja antagonismos entre essas duas instituições, é aconselhável a busca de um especialista ou consultor para mediar a relação (BENCZIK & BROMBERG, 2003; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; PFIFFNER, 2002).

Pelas literaturas citadas, o professor parece ser um objeto nas mãos dos especialistas e dos pais. Existem casos em que as críticas aos professores são ferrenhas, como se eles tivessem que proceder segundo as demandas, muitas vezes caprichosas, dos pais e também segundo os saberes médico-científicos.

Conforme Benczik & Bromberg (2003, p. 206), cabe aos professores modificar vários aspectos no processo ensino-aprendizagem e no comportamento dos alunos com TDAH, “como o meio ambiente, a estrutura da aula, os métodos de ensino, os materiais utilizados, as tarefas solicitadas, as provas/avaliações, o *feedback*, o reforço, o nível de apoio, o tempo despendido, o tamanho e a quantidade das tarefas”.

O professor é apontado como “fator” ou o “ingrediente” crucial para o sucesso do aluno com TDAH na escola (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1996; PFIFFNER, 2002). A esse respeito vejamos também a opinião de Benczik (2000a):

O estilo de professor que parece mais se ajustar às necessidades do estudante com TDAH é aquele que se mostra: democrático, solícito, compreensivo, otimista, amigo e empático. Dá respostas consistentes e rápidas para o comportamento inadequado da criança, não manifestando raiva ou insultando o aluno. Bem organizado e administra bem o tempo. Flexível e maneja os vários tipos de tarefas. Objetivo e descobre meios de auxiliar o aluno a atingir a suas metas (BENCZIK, 2000a, p. 83-84).

Esse estilo de professor corresponde a um modelo ideal não somente para a educação dos alunos com TDAH, mas também para a educação de qualquer criança. Aliás, essa é uma das performances de “bom professor” que povoa o imaginário das pessoas e se encontra no centro das exigências pedagógicas (PEREIRA, 2003).

Os especialistas em TDAH afirmam, em unanimidade, que a relação professor-aluno é primordial para a transposição dos impasses escolares da criança. Porém, eles parecem fazer referência a essa relação somente no que se relaciona ao manejo técnico da situação e à reprodução do discurso médico sobre o TDAH.

Esses especialistas não parecem tratar da relação professor-aluno como vivência inédita e singular, marcada principalmente pela construção. Como esclarece Marcelo Pereira (2003, p. 19-20): “o ato docente, seja ele bom ou não, é, a nosso ver, essencialmente relacional [...] As relações são sempre indelévels, geradoras de afeto, ambivalências, incertezas e manifestações pulsionais”.

Um exemplo da desvalorização das vivências relacionais dos educadores e, paralelamente, da valorização da reprodução técnica, é o que expõe Barkley (2007) no prefácio do livro “TDAH nas Escolas”, que aborda estratégias para a melhora do desempenho acadêmico dos portadores de TDAH:

O que considero especial nas extensas técnicas articuladas aqui é que elas estão fundamentadas na ciência, em vez de modernismos didáticos, crenças populares ou mero “bom senso clínico” de educadores experientes, mas sem o apoio dos testes empíricos que adicionam veracidade a tanta sabedoria. Vemos aqui os avanços científicos – não da arte – em termos do manejo educacional do TDAH (BARKLEY, 2007, p. VII-VIII).

Nesse momento, emerge mais uma questão que me instigou ao longo da presente pesquisa: será que os educadores não têm muito mais a ensinar do que a aprender em relação às crianças que apresentam ou vivenciam algum impasse no contexto escolar?

Outro ponto a salientar, refere-se à preocupação dos especialistas para que a informação e a assistência ao transtorno seja a reprodução fidedigna do saber e das soluções médicas. Esse fato parece desconsiderar o que alega Moscovici (1978) sobre o caráter criador de apropriação de um saber e sua prática. Essa apropriação não pode ser cópia fiel, pois existe um poder criador na atividade representativa.

A psicanálise diz algo semelhante ao referir-se à repetição, pois essa também possui um caráter de elaboração com possibilidade para o produtivo ou inédito surgir (FREUD, 1969 [1914]; LACAN, 1992a; MEDEIROS, 2001).

Não há aqui nenhuma intenção de desconsiderar as técnicas expostas pelos diversos autores, já que elas têm a sua importância em qualquer processo educativo. Porém, o que mais interessa à presente pesquisa é o TDAH como fenômeno que se constrói no contexto escolar, em uma “repetição” ou “apropriação”, que, espontaneamente, traz algo novo ou criativo, acontecendo no inédito da relação professor-aluno.

3.4 O TDAH na escola: construção educacional?

O professor, como já dito, é apontado, em unanimidade, como “peça” fundamental para a abordagem do TDAH na escola. É peça de um arranjo mecânico, no qual o funcionamento é ditado pelos especialistas no transtorno.

Sob a herança dos tempos modernos, segundo os pressupostos da racionalidade técnica e dos princípios declarados como científicos, defende-se um modelo de professor que trará o sucesso para as crianças com TDAH. Essa “preciosidade” deve ser “garimpada” pelos pais, pois a maioria dos professores não se encaixa nesse padrão. Entretanto, não se encaixa porque existe toda uma exigência para que esses professores sejam “lapidados” a partir do modelo idealizado. Todos os professores devem abastecer-se do instrumental científico oferecido pelos especialistas.

Como Marcelo Pereira (2003, p. 18) esclarece, esses “modelos de formação e prática docente universalizam e metodologizam o que a radicalidade da experiência singulariza”. Em detrimento de uma lógica universal, o autor acredita no caráter de contingência do fenômeno educacional, uma vez que o ato docente é essencialmente relacional.

Para Pereira (2003), na educação, a concepção instrumental e técnica da prática docente enfatiza os aspectos didático-metodológicos e subvaloriza os aspectos relacionais. Isso dá credibilidade à “reprodução” e minimiza o espaço para a construção.

De acordo com Franklin Silva (2004, p. 12), numa sociedade de produção, o êxito encontra-se relacionado ao produto e à técnica de (re)produzi-lo eficientemente. A escola e o professor devem produzir indivíduos que atendam às demandas de uma sociedade de mercado. Nesse modo de pensar, educar e formar não se diferenciam de fabricar objetos, o que ocasiona uma busca incessante de técnicas por meio das quais a educação possa garantir seu sucesso, já que “o aprimoramento da tecnologia de fabricação reflete-se na melhoria do produto”.

Sobre o cumprimento desse procedimento didático-metodológico, Silva (2004) afirma:

Seria preciso que o professor fosse técnico e o aluno uma coisa. Os fins e os meios de atingi-lo teriam de ser igualmente reificados (*sic*). Esta é, felizmente, uma tarefa absolutamente impossível de ser cumprida. Tanto nos sucessos quanto nos fracassos da educação, as causas e razões não podem ser atribuídas, como no caso da fabricação, à matéria-prima, aos recursos tecnológicos e às formas de empregá-los. Porque se trata de uma relação humana em que os meios e os objetivos devem ser experimentados na tensão das diferenças e na busca comum de uma síntese difícil e sempre incompleta entre as singularidades individuais, vividas na especificidade de

situações históricas e sociais muito pouco previsíveis e controláveis (SILVA, 2004, p. 12).

A partir do depoimento acima, podemos dizer que a educação se constrói num campo relacional. Esse campo é marcado por um vazio, e é somente por isso, que ele está aberto à construção.

Mendonça Filho (2001, p. 94) observa “a repetição de um modelo que faz da educação um eterno professar – seguir a regra de; obedecer às normas de”. O saber não é mais uma conquista e sim uma aquisição, não havendo espaço para a criação, somente para a adequação. Contudo, se recorremos à psicanálise, é porque ela aposta na educação como espaço de construção, sendo essa a sua maior contribuição à educação.

Se Catherine Millot (1992) deixa claro que não se pode fazer de Freud um pedagogo – apontando a incompatibilidade das funções do educador e do analista –, não podemos deixar de considerar que a psicanálise traz à luz aspectos desconsiderados por uma educação racionalista e metódica. Freud (1976[1925]) esclarece a relação entre psicanálise e educação, demarcando suas fronteiras e afirmando a primeira como contribuição, e não substituição da segunda.

O campo educacional é percebido como espaço de construção, mesmo na impossibilidade. A psicanálise direcionada à educação reafirma o espaço vazio ou “fresta” que se coloca entre as teorias, métodos, equipamentos instrumentais ou tecnológicos e os resultados educativos. É nesse espaço vazio que pode acontecer a relação professor-aluno; é onde a “fresta” pode trazer alguma luz ao desejo de construir.

Freud (1976[1925]; 1975[1937]), em dois momentos de sua obra, refere-se à educação como uma das três profissões impossíveis, às quais, de antemão, pode-se esperar resultados insatisfatórios, sendo as outras duas governar e analisar. Será que isso quer dizer que não adianta se fazer nada?

A psicanálise não é justificativa para o descomprometimento; pelo contrário, ela tem como princípio ético o responsabilizar-se, sendo, portanto, a “impossibilidade do educar” uma referência à possibilidade do criar.

Para Leandro de Lajonquière (2006, p. 24), a impossibilidade é que faz com que, nas três referidas profissões, “os resultados sempre deixem a desejar, porque sempre estão aquém ou além do pretendido. [...] deixar a desejar, que é, justamente, fazer desejar”.

A educação não deve recuar diante desse impossível, pois ele não está a serviço da paralisação, mas sim, da mobilização do desejo. A escola, para Freud (1970 [1910], p. 218),

deve ser vista como um espaço onde a vida impera. “A escola não pode adjudicar-se o caráter de vida: ela não deve pretender ser mais do que uma maneira de vida”.

A impossibilidade aponta para o aspecto relacional da educação; é nele que se situa o desencontro, ou seja, a fenda que marca a não-correspondência de um encaixe perfeito do desejo²⁶ do professor com o desejo do aluno. Mendonça Filho (2001, p. 103) esclarece: “Como a relação professor-aluno implica em enunciação de dois desejos – o de ensinar e o de saber – e como a ação desses dois sujeitos é mediada por seus desejos, onde o planejamento didático aguarda o previsível, ele colidirá com o imprevisível e o desencontro”.

Ao direcionarmos nosso olhar ao TDAH na escola, observamos que há um planejamento e toda uma previsibilidade, ambos prometidos pelo discurso médico. Isso marca um fenômeno descrito por Lajonquière (2006) como cientificismo pedagógico, que funciona como um empecilho no educar para o desejo.

Para Freud (1974 [1930-1929]; 1974 [1927]), em seu tempo, tal empecilho ficava a cargo da religião. Ele acreditava que a ciência viria na contramão da religião, e por vezes, “reenviaria o homem para sua fragilidade, para o caráter transitório de sua existência ou, se preferirmos, para sua orfandade”. Infelizmente, podemos constatar que essa aposta se perdeu (LAJONQUIÈRE, 2006, p. 22).

A cientificidade, tão enfatizada no discurso médico do TDAH, visa ultrapassar a impossibilidade, através da desconsideração do que Lacan (1998 [1960], p. 811) evidencia como a “fronteira sensível entre a verdade e o saber” imposta à ciência. O saber, no âmbito científico, não pode dar conta de expressar a totalidade de uma verdade. E assim sendo, na “construção de um saber que não esgota a verdade, estaríamos [...] animando um desejo de saber” (MATTOS; LAGE; ASSAD, 1999, p. 13).

Na busca desenfreada por uma resposta garantida à questão da medida certa para educar, recorre-se à ciência. Esta última tenta oferecer um saber universal e formalizado, que exclua a realidade paradoxal do desejo. Porém, nessas operações de aspectos metodológicos oferecidos à educação pela ciência, um resto sempre aparece, um resto que não se formaliza cientificamente e que, conseqüentemente, “é segregado e mantido de fora, como se nem sequer existisse” (MENDONÇA FILHO, 2001, p. 95).

²⁶ Lembremos que o desejo na psicanálise não se obtura com um objeto, é desejo de desejo e, portanto, sempre impossível de satisfazer, sendo o objeto desse desejo uma falta. No dizer de Lacan (1998 [1958], p. 698): “o desejo não é, portanto, nem o apetite de satisfação, nem a demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o próprio fenômeno de sua fenda (*Spaltung*)”.

Tal resto interessa à psicanálise, pois “[...] é na falha do saber que o desejo vai habitar”, mostrando haver algo irreduzivelmente singular, que não se subtrai a um modelo ideal (MATTOS, 1999, p. 7).

Freud (1994[1933-1932], p. 147) reconhece esse caráter singular da educação ao observar que, devido à particularidade constitucional do educando – poderíamos também apontar a do educador –, seria “quase impossível que o mesmo método educativo pudesse ser uniformemente bom para todas as crianças”.

Segundo Mattos (1999, p. 7), “A psicanálise, no encontro com outras disciplinas, pode contribuir para que algumas práticas, pautadas em modelos universais, possam dar lugar a um saber com desejo, tomando algumas dificuldades da criança, não como um déficit, mas como uma manifestação do sujeito”.

O que se coloca como evidente na prática de um educador é que esta não pode ser tratada somente pela via instrumental, através da aplicação de regras previstas pelo conhecimento científico. Por mais que um professor se encontre assegurado das mais excelentes técnicas e de um conjunto de competências, defronta com o fracasso, a incompletude e a incerteza de sua prática (PEREIRA, 2003). É nesse ponto que referenciamos a subjetividade²⁷ e a singularidade da relação professor-aluno por ela proporcionada.

O discurso médico direcionado ao TDAH aposta na universalização de toda a sintomática através da já comentada categorização e na resolução do problema por meio de um padrão técnico-científico incontestável, o que evidencia uma tentativa de fazer calar a subjetividade. Entretanto, como afirma Sauret (1998, p. 16), “o sujeito é o único de todos os objetos da ciência que continua a falar depois da passagem da ciência”. Dessa forma, seria possível que toda a subjetividade que perpassa os comportamentos, as dificuldades, os impasses da relação professor-aluno fosse resumida a um diagnóstico e a uma terapia?

Se os aspectos relacionais e suas possibilidades de construção na prática de um educador são tão pouco considerados pelo discurso médico, Freud (1995[1914]), contrariamente, enfatiza sua importância. Ele recorda sua própria vivência relacional com os professores:

²⁷ Pensar a subjetividade do ponto de vista psicanalítico implica uma significação que difere daquela anterior a Freud, pois essa baseia no estatuto de sujeito dividido em consciente e inconsciente. Segundo Garcia-Roza (1996), “se a subjetividade cartesiana (psicológica) é uma subjetividade unificada, identificada com a consciência e pertencente a um sujeito psicofísico, a subjetividade psicanalítica é fundamental e essencialmente uma subjetividade clivada, sujeita a duas sintaxes distintas e marcadas por uma excentricidade essencial. O inconsciente não é um acidente incômodo dessa subjetividade, mas o que a constitui fundamentalmente” (GARCIA-ROZA, 1996, p. 229).

[...] é difícil dizer se o que exerceu mais influência sobre nós e teve importância maior foi nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou pela personalidade de nossos mestres. É verdade, no mínimo, que esta segunda preocupação constituía uma corrente oculta e constante em todos nós e, para muitos, os caminhos das ciências passavam apenas através de nossos professores. Algumas detiveram-se a meio caminho dessa estrada e para uns poucos – porque não admitir outros tantos? – ela foi por causa disso definitivamente bloqueada (FREUD, 1995 [1914], p. 248).

De acordo com Miranda (2006), muitos pesquisadores apontam a relação professor-aluno como elemento fundamental na produção do mal-estar docente e do conseqüente fracasso escolar.

Freud (1974[1930-1929], p. 95) explica o mal-estar como condição inerente ao homem; segundo ele, “nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição. Já a infelicidade é muito menos difícil de experimentar”. Isso se deve, em parte, à condição humana de conflito entre as necessidades pulsionais e as exigências da cultura. Assim, em diferentes épocas, o homem lidará com o mal-estar; mesmo que suas manifestações e as formas de enfrentá-lo ou tratá-lo possam variar imensamente em cada época.

O mal-estar é inerente à cultura e à educação, e ao longo da história se pode observar seu constante perpassar pelo ato de educar. De acordo com Pereira (2003), o mal-estar diz daquilo que o desamparo causa, refere-se ao estupor de não se ter o nome para explicar a coisa; porém, o educador não deve recuar diante dele, pois é possível produzir algo novo, onde somente havia o sem sentido.

Não foram poucas as tentativas de interlocução entre psicanálise e educação; de Freud aos nossos contemporâneos, o interesse investigativo entre esses dois saberes continua excitante e a interrogação sobre o mal-estar salienta-se nesse diálogo. Para Lopes (2001, p. 7), “a psicanálise é um saber à disposição daqueles que se interrogam do mal-estar (...). Partilhar dessa interrogação interessa à educação”.

A psicanálise tem tecido conhecimentos para lidar com as várias manifestações do “mal-estar” na contemporaneidade. O TDAH, como outros diagnósticos apresentados à escola, marca uma problemática atual questionada pela psicanálise através da observação dos processos de nomeação e segregação, na qual o “analista-cidadão” (LAURENT, 1999) – aquele atento às questões de sua época e às discussões nos vários campos do saber – deve se comprometer.

Assim, questionamentos correspondentes à época atual apresentam-se frente ao fenômeno do TDAH na escola: será que diante do tal mal-estar, a educação tem se deixado levar por uma repetição do discurso médico que consiste em nomear, segregar e medicar?

Seria possível aos educadores construir novas formas de lidar ou tratar o mal-estar suscitado pelas crianças que se apresentam dispersas, hiperativas e impulsivas?

A pesquisa de Margarete Miranda (2006) descreve a “criança-problema” enfocando o mal-estar do professor. Esse estudo agrupa caracterizações feitas pelos professores para descrever a “criança-problema”: agitação e dificuldades de concentração; passividade e desinteresse (esses dois agrupamentos referem-se a comportamentos que dificultam a aprendizagem); agressividade e desrespeito; indisciplina e falta de limites (esses dois últimos agrupamentos referem-se aos problemas de comportamento).

Essas caracterizações da “criança-problema” correspondem exatamente às descrições dos comportamentos sintomáticos das crianças com TDAH, o que nos leva a crer que esse diagnóstico é o protótipo atual de “criança-problema”.

Ainda de acordo com Miranda (2006, p. 101), podemos identificar “as ‘crianças-problema’ nomeadas pelos professores como aquelas que trazem em seu comportamento, as marcas do mal-estar na cultura contemporânea: crianças agressivas, sem-limites, nervosas, indisciplinadas, briguentas, choronas, que não seguem as normas [...]”. Essas crianças são consideradas “anormais”; mas que comportamentos esperar delas, se estão inseridas numa cultura tão hostil?

Outros pesquisadores como Alicia Fernández (2001), pedem que não sejamos desatentos em relação aos parâmetros de atenção e de atividade exigidos pela sociedade atual. Não haveria um paradoxo em tratar e medicar as conseqüências do que se exige das crianças em seu processo de aprendizagem e adaptação à nossa atual sociedade? A esse respeito, Fernández (2001, p. 203) refere-se a uma “sociedade hipercinética e desatenta que medica o que produz”. A autora também observa um sistema educativo que situa no organismo do aluno seus impasses:

Ninguém diria que um desnutrido não alimenta porque tem um problema no aparelho digestivo, ainda não-detectado por radiografias, ou porque padece de uma disritmia digestiva ou de desatenção estomacal (DDE). Todavia, muitas vezes o “especialista” diz que um fracasso escolar pode ter como causa a distração, a “disritmia” ou a hipercinesia (ADD ou ADHD), situando no organismo do aluno as “disritmias”, “hipercinesias” e “desatenções” do sistema educativo” (FERNANDÈZ, 2001, p. 25).

A realidade atual sustenta concepções organicistas dos impasses nas escolas e nas famílias. De acordo com Tallis (2006), desde meados dos anos 1980, as visitas ao neurologista tornaram-se rotineiras. Na tendência a patologizar as dificuldades das crianças, os educadores e pais têm recorrido a abordagens mais urgentes e descomprometidas como as

neurológicas, e menos às abordagens psicológicas. Para o autor, “a medicação desresponsabiliza”, e isso justifica a escolha dos educadores e dos pais pelas concepções biológicas do mal-estar manifesto pelas crianças: “é mais fácil pensar que uma pílula pode solucionar um problema que pensar que se trata de um processo” (TALLIS, 2006, p. 36, tradução nossa²⁸).

Acredita-se que o professor tem muito a construir diante dos impasses ou do mal-estar que se apresenta no ato de educar, antes de concluir que a única coisa a fazer é encaminhar seus alunos à saúde mental. Freud (1995[1913], p. 191) lembra-nos sobre “o preço, em perda de eficiência e capacidade de prazer, que tem que ser pago pela normalidade no qual o educador insiste”.

Quando o professor se fixa à repetição de um discurso ideal de normalidade e a uma saída mágica pela medicação, o campo de construção, propiciado pela relação que estabelece com o aluno, desaparece; e, com esse, o próprio lugar do professor como construtor.

Moysés & Collares (1992b, p. 26), referenciando ao fenômeno de patologização escolar, enfatizam a importância de os profissionais da educação – particularmente o professor – retomarem o espaço escolar expropriado por outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, a da saúde. Segundo as autoras, o espaço propriamente pedagógico se reduziu, uma vez que as soluções vêm de outros saberes, desconsiderando-se que “um problema pedagógico por excelência e como tal só pode ser resolvido dentro da escola, por profissionais da educação”.

É possível e desejável a interlocução de saberes com a educação. Porém, os professores, que deveriam ser os responsáveis pelos processos educacionais, tornam-se apenas mediadores, fazendo triagens e encaminhamentos dos alunos para os especialistas de saúde (MOYSÉS & COLLARES, 1992b).

[...] a saúde, assim como várias outras áreas do conhecimento, pode auxiliar a educação a enfrentar seus desafios, não por fornecer soluções, mas por se constituir em interlocutor com objetivos afins. Nessa perspectiva, um ponto é essencial: a resolução do problema do fracasso escolar só ocorrerá por intermédio do professor, profissional competente e responsável pela questão (MOYSÉS & COLLARES, 1992b, p. 27).

Legnani (2003) também trata da intervenção interdisciplinar entre profissionais das áreas médica, psicológica e educacional no entendimento da problemática do TDAH,

²⁸ Texto original em Espanhol.

ênfatizando que o professor deve ser valorizado e legitimado no seu papel e na sua intervenção educativa.

Nesse sentido, a presente pesquisa aposta na possibilidade de construção de conhecimento no contexto escolar, no enfrentamento do não-saber e do mal-estar por ele causado. Para tanto, ênfatiza-se a experiência do educador no que se refere ao TDAH. Essa tarefa, como mostra Mérite de Souza (2004), pode revelar percalços pelo fato dos sujeitos pertencentes à população escolar ocuparem um lugar de desqualificação ante a prática educacional, ou seja, o lugar de não-saber, onde se observa a dificuldade dos professores de se perceberem como produtores de conhecimento.

Ainda segundo Souza (2004), para uma transformação do trabalho educacional, é necessário reconhecer que a trama do saber envolve limites e potencialidades, sendo que a falta ou limite não significa recusa, impotência ou estancamento. Essas são condições inerentes às práticas humanas e podem funcionar como aliadas da ação, da potência e da transformação.

Refletindo acerca do que foi dito anteriormente, podemos pensar: o que leva o professor a se perceber como sujeito construtor e apossar-se de seu lugar – por direito e dever – na educação e na relação com seu aluno?

No dizer de Mendonça Filho (2001, p. 103), “resta ao professor fazer valer, no seu próprio desejo de ensinar, uma verdade anterior, algo que já existia nele antes que se enveredasse por seu ofício: o desejo de saber”. Esse desejo de saber tem, em sua causa, o enfrentamento do não-saber, ou seja, do vazio que perpassa a relação professor-aluno e propicia o espaço para a construção do inédito.

A aposta na construção, por parte dos professores, de uma resposta educacional frente à sintomática do TDAH, propicia, no presente trabalho, o ponto de encontro do olhar psicanalítico com a vertente teórico-metodológica escolhida. Assim é válida, tanto para a psicanálise como para a teoria de Representação Social, a afirmação de Moscovici (1978) de que os sujeitos não são máquinas de reprodução e desejam dar sentido ao que os rodeia.

A ação desses sujeitos tem a marca da subjetividade, que não permite uma reprodução mecânica. Tal subjetividade, componente essencial para a psicanálise, é também referência marcante para teoria de Representação Social, como evidenciam Moreira & Oliveira (1998, p. xi), “[...] o termo *representação social* vem sendo bastante útil ao processo de compreensão de diferentes objetos, especialmente naquelas áreas de conhecimento onde a subjetividade é inegavelmente partícipe das ações cotidianas”.

A presente pesquisa investiga o sentido ou a representação que os educadores constroem para o TDAH e a conseqüente implicação dessa construção sobre sua prática pedagógica.

Existem várias abordagens, tanto na literatura médica²⁹ como na de oposição a essa³⁰, que buscam explicar a sintomática do TDAH. Observa-se que essa sintomática existe, mostra-se evidente em nosso tempo e não se pode negar que ela compromete, visivelmente, a dinâmica escolar, familiar e social.

O presente trabalho, entretanto, não está atrelado a nenhuma interpretação específica em relação ao TDAH. Acredita-se na existência de várias formas de evidenciar esse fenômeno, uma vez que a entidade nosológica ainda se encontra incerta, apesar dos seus sintomas serem claramente percebidos. Enfatiza-se, aqui, um TDAH – ou os sintomas assim descritos – que só pode ser entendido num contexto de produção na relação professor-aluno e na singularidade das vivências dos educadores que representam e constroem soluções para tal problemática. Dessa forma, não se pretende afirmar ou construir uma teoria que explique o TDAH. Aposta-se na produção de um saber que possa ir além da repetição de um discurso hegemônico, acontecendo no inédito da relação professor-aluno.

²⁹ Existem várias escolas de pensamento referentes à melhor forma de entender o **déficit** de atenção e hiperatividade. Citamos alguns exemplos, dentre vários: Paul Wender propõe uma concepção de **déficit** no sistema de recompensas do cérebro; Barkley argumenta em favor de **déficit** nas “funções executivas” cerebrais; Larry Silver descreve a síndrome como um sistema de filtragem **defeituoso** de partes do cérebro (HALLOWELL & RATEY, 1999).

³⁰ Recentemente têm surgido novas formas de conceber a sintomatologia do TDAH, não como decorrente de déficit neurológico. Cita-se como exemplo algumas interpretações psicanalíticas dessa sintomatologia: Gustavo Stiglitz (2006) pensa a sintomática em termos de laço e não-laço com o Outro (a desatenção em não-laço com a palavra do Outro) e em termos de excesso pulsional (a hiperatividade e a impulsividade com indícios de um corpo mal regulado pelo simbólico). Viviane Legnani (2003; 2006) concebe tal sintomatologia como conseqüência de uma inscrição pouco efetiva da “função paterna”. Essa problemática seria pensada a partir de noção de esfumamento do limite simbólico, apontando uma inconsistência no cumprimento da função citada. Assim, compreende-se essa sintomatologia como uma expressão de um funcionamento inconsciente que resulta de uma forma de subjetivação.

4 A METODOLOGIA DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

4.1 Representação Social e TDAH

Diante da observação, apresentada no capítulo anterior, de que o TDAH ganha considerável espaço no cenário escolar atual, como um diagnóstico privilegiado para justificar e nomear variados problemas escolares, esta pesquisa interroga sobre a apropriação dessa entidade do campo médico pela escola.

Nesse mesmo percurso, questiona-se a implicação do educador, que é o sujeito chamado a se comprometer com o processo de apropriação. Tal processo, não sendo isento de intenções e conseqüências, pode configurar-se como repetição do discurso médico ou como uma possibilidade de construção de uma resposta educacional, dependendo da implicação do educador diante do TDAH.

Na busca de respostas para os questionamentos anteriores, recorreu-se à teoria das Representações Sociais, considerando que para conhecer a implicação do educador nessa problemática, faz-se necessário investigar suas construções representativas na apropriação do TDAH.

O estudo de Representações Sociais, desde sua inauguração, associa-se a um interesse básico pelas relações entre ciência e sociedade. Esse interesse parece atualizar constantemente tal teoria, que, com quase cinquenta anos, vem se renovando através de progressos teóricos e metodológicos e de diversas correntes de pesquisadores. A referida associação evidencia tanto a apropriação social espontânea da ciência como a difusão intencional dos conhecimentos científicos que envolve alguma ênfase teórico-conceitual (SÁ, 1996).

O TDAH é um conhecimento do campo científico que chega à escola tanto por vias mais espontâneas quanto por vias mais impositivas. Por via mais espontânea, ocorre quando os professores, já angustiados, buscam por uma solução e encontram um nome que interpreta o comportamento desviante manifesto por seu aluno; este nome é TDAH, fenômeno globalizado que já atingiu a comunicação cotidiana. Já por via mais impositiva, ocorre através de um diagnóstico médico direcionado ao educador, que, sem os devidos esclarecimentos, passa a reger a relação professor-aluno. Essa apropriação é ainda mais impositiva quando, sob o nome de capacitação ou treinamento, ela possibilita a difusão intencional do discurso

médico sobre o TDAH, desconsiderando completamente outras possíveis interpretações para esse fenômeno.

Moscovici (1978), referindo-se à divulgação da ciência, esclarece o que acontece quando a comunicação deixa de ser recíproca e a informação passa a ser transmitida por livros, jornais ou especialistas³¹:

Cada um sente-se então na presença de um empreendimento organizado que quer fazer saber, pede uma resposta e exige que se tome partido. A difusão de uma ciência tem valor de informação, mas aquele que possui a ciência também possui o poder. Ele é competente, domina, é um especialista, não apenas um emissor; o outro deixa de ser somente um receptor, agora é um leigo, um profano. A aceitação de um conhecimento implica, então, a dependência em relação ao grupo que nele se identifica e se protege sob seu nome (MOSCOVICI, 1978, p. 101).

A partir da escolha do objeto pesquisado neste trabalho – a implicação do educador diante do TDAH –, o qual se esclarece pelo fenômeno de apropriação ou de representação da dessa categoria nosológica no contexto escolar, é que se optou por recorrer aos métodos de pesquisa das Representações Sociais.

Moscovici (1978) cunhou o conceito de Representação Social em seu estudo sobre “A Representação Social da Psicanálise”, publicado na França, em 1961. Nesse trabalho, o autor buscou compreender a maneira como conceitos específicos de um grupo adquirem novas significações em outros contextos. Ele pretendia mostrar, através desse estudo, como um conhecimento científico entra no laboratório da sociedade, ou seja, como uma ciência se socializa, havendo um processo de trocas e reconstruções, e não uma simples degradação do saber como muitos poderiam pensar (Moscovici, 1978).

Conceituar a Representação Social não é tarefa fácil como evidenciam teóricos da área (DOISE, 1986; GOMES, 2004) e o próprio Moscovici (1978, p. 41), conforme seu depoimento: “[...] se a realidade das representações sociais é fácil de apreender, não o é o conceito”. E, em meio a várias razões para isso, ele considera uma como principal, o fato dessa realidade das representações sociais ter uma “posição ‘mista’ na encruzilhada de uma série de conceitos sociológicos e de uma série de conceitos psicológicos”.

Doise (1986) evidencia uma outra consequência da situação de cruzamento da noção de Representação Social que dificulta sua conceituação: trata-se de sua grande polissemia, ou seja, ela designa muitos fenômenos e processos.

³¹ No presente contexto essa citação torna-se mais compreensível se referirmos aos profissionais com o termo “especialistas” e não com o termo “professores” como citado na obra de Moscovici.

Essa complexidade em relação à noção de Representação Social, que gera dificuldades na conceituação do termo, mas que também lhe garante abrangência e flexibilidade, pode estar situada no seu caráter interacionista que articula diferentes sistemas explicativos.

Moscovici, através dessa teoria, busca solucionar as antíteses psicologia x sociologia, indivíduo x sociedade e sujeito x objeto, através da construção de sínteses. Sua teoria de Representação Social volta-se para as relações desses elementos e não para suas polaridades. “Ao fazer isso ela recupera um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio” (GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, 2000, p. 19).

Pode-se dizer, assim, que a Representação Social é “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26). Trata-se de um conhecimento elaborado socialmente, que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre uma realidade, constituindo-a. Tal conhecimento tem grande relevância na formação de condutas dos sujeitos envolvidos. Mas quais seriam então os mecanismos ou processos para a elaboração desse conhecimento socialmente compartilhado?

A elaboração de uma Representação Social possui um “caráter criador”, sua apropriação não é reprodução fiel, é um ato de criatividade. Podemos dizer que se trata do ato de apossar de um saber estranho, dando-lhe configurações familiares. Para isso, existem dois processos fundamentais: a objetivação e a amarração ou ancoragem (MOSCOVICI, 1978).

A objetivação consiste de um processo de materialização do objeto a ser representado, retirando-o do mundo abstrato e conceitual e transplantando-o para o nível da observação e do domínio do concreto.

“Naturalizar” e “classificar” são duas operações essenciais da objetivação. Naturalizar é o processo de transformar um símbolo ou uma idéia em algo concreto. Classificar é o processo que permite denominar o que se tornou observável e concreto, definindo-o. Assim, “uma torna o símbolo real, a outra dá à realidade um ar simbólico” (MOSCOVICI, 1978, p. 113).

A amarração ou ancoragem é o processo de conversão do objeto representado em instrumento que o grupo envolvido pode dispor. É um mecanismo de incorporação de um saber não familiar às categorias já existentes e conhecidas, transformando-o em utilidade para todos. A ancoragem interpreta o objeto estranho a partir de categorias familiares e transforma-o “em quadro de referência e em rede de significação” (MOSCOVICI, 1978, p. 173-174).

Embora a teoria das Representações Sociais tenha nascido durante a era moderna, ela tem raízes no “solo intelectual de toda tradição ocidental” (FARR, 2000, p. 31).

Essa teoria tem suas origens na sociologia, existindo uma relação de continuidade entre os estudos de Durkheim sobre “representações coletivas” e o estudo mais moderno de Moscovici (FARR, 2000, p. 31).

Moscovici considera o contexto moderno mais adequado para se estudar as Representações Sociais, sendo o estudo das “representações coletivas” mais apropriado num contexto de sociedades menos complexas, como as que eram estudadas por Durkheim. As representações coletivas são duradouras, tradicionais, amplamente distribuídas, ligadas à cultura e transmitidas lentamente por gerações, portanto, poucas representações são verdadeiramente coletivas nos dias de hoje. As sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e por suas rápidas mudanças, e são onde as representações sociais espalham-se imediatamente por toda a população; além disso, possuem curto período de vida, assemelham-se aos “modismos”. (FARR, 2000; GOMES, 2004).

Conforme Farr (2000, p. 31), se Durkheim, como a maioria dos teóricos anteriores à Segunda Guerra Mundial, baseia sua teoria na antítese entre o individual e o coletivo, Moscovici soluciona essa antítese através de uma síntese, situando, assim, a teoria de Representação Social nas fronteiras entre a sociologia e a psicologia, e construindo “uma forma sociológica de psicologia social”.

O conceito de Representação Social tem origem na sociologia e na antropologia, através de Durkheim e Lévi-Bruhl, mas também pode ser reconhecido na teoria das representações infantis de Piaget e na teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky (MOSCOVICI, 2000).

A teoria das Representações Sociais, situando-se na interface de vários saberes, é, ao mesmo tempo, tanto “uma teoria específica da psicologia social como um empreendimento interdisciplinar” (GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, 2000, p. 17), tornando-se um instrumento valioso na construção do conhecimento – a presente pesquisa é prova disso.

A complexidade, a abrangência e a ausência de consenso ao redor do conceito de Representação Social são geralmente causas de críticas (GOMES, 2004). Às críticas Moscovici, responde:

[...] alguns lamentaram a complexidade e elasticidade da teoria das Representações Sociais, [...] para que uma teoria possa perdurar é necessário que ela seja suficientemente elástica e complexa. Estas qualidades lhe permitem modificar-se em função da diversidade dos problemas que ela deve resolver e dos fenômenos novos que ela deve descrever ou explicar (MOSCOVICI, 2000, p. 12-13)

Esses atributos da referida teoria reafirmam a prévia escolha metodológica feita para esta dissertação; essa teoria, unida ao fenômeno do TDAH no contexto escolar, levaria aos objetivos da pesquisa.

Segundo Farr (2000, p. 45), Moscovici, ao inaugurar sua teoria, “estava interessado em observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento, como a psicanálise, se espalha dentro de uma população humana”. Como já demonstrado, a presente pesquisa tem por interesse observar as implicações escolares trazidas pela “categoria nosológica TDAH, que tem se destacado pela rapidez com que vem saltando dos ambientes médicos para outros recantos da vida cultural e social”. (LIMA, 2005, p. 14).

O TDAH pode ser considerado hoje um fato midiático ou divulgado socialmente e, portanto, passível de estudo, pois “somente vale a pena estudar uma Representação Social se ela estiver relativamente espalhada dentro da cultura em que o estudo é feito” (FARR, 2000, p. 46).

A pesquisa de Themis Costa (2006) comprova essa difusão do TDAH em nossa sociedade, uma vez que os dados coletados para seu estudo são oriundos da análise de textos veiculados em jornais, revistas, livros, programas de rádio e televisão.

Segundo Jodelet (2000), a teoria de Representações Sociais “é pertinente para tratar os objetos que surgem de numerosos campos”, como os campos da educação e das relações de saúde. A autora afirma que, em meio à complexidade e à exigência de inter-relação do mundo atual, a noção de representação, atravessando diversas disciplinas, “aparece como uma intervenção indiscutível para oferecer uma visão global do que é o homem e seu mundo de objetos” (JODELET, 2000, p. 8-9, tradução nossa³²).

Estudos sobre as representações da doença e da saúde (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002; HERZLICH, 2005; SEVALHO, 1993) e de fenômenos do campo da educação (COSTA & ALMEIDA, 1998; MADEIRA, 1998; SOUZA, 2000) têm sido objetos de reflexão na utilização do referencial teórico-metodológico da teoria das Representações Sociais. Estando esta pesquisa de mestrado em consonância com esses estudos, buscou-se, aqui, compreender uma categoria nosológica que se faz presente no contexto escolar, propiciando a construção de fenômenos como a patologização e a medicalização.

Enquanto Herzlich (2005) afirma que uma doença ultrapassa a medicina moderna e que sua representação é interpretação ou questão de sentido e não somente um esforço mais

³² Texto original em Espanhol.

ou menos coerente de formulação do saber médico, Souza (2000)³³ assegura que investigar as representações dos professores é ponto de partida para o desenvolvimento de programas de formação que minimizem a exclusão escolar. Assim, questões direcionadas aos campos da saúde e da educação se presentificam no trabalho que aqui se apresenta, no qual aposta-se na teoria das Representações Sociais como uma via de resposta ou resolução para o problema da pesquisa.

Uma outra justificativa para a escolha metodológica diz respeito à consequência que a representação do educador gera em sua prática pedagógica. Moscovici (1978) nos ensina que uma representação social é uma preparação para a ação, não somente porque guia um comportamento, mas, particularmente, por remodelar e reconstituir os elementos do contexto em que esse comportamento tem lugar.

Segundo Gomes (2004, p. 131-132), as representações são fenômenos sociais entendidos num contexto de produção, a partir das funções simbólicas e ideológicas as quais servem. O autor esclarece também que um “conhecimento classificado como verdadeiro pode ser visto diferentemente por categorias profissionais distintas”, pois cada conhecimento deve ser analisado dentro de contextos sociais específicos.

Com base no que já foi dito anteriormente, temos que o conhecimento ou a representação que o educador tem do TDAH pode intervir em sua conduta pedagógica, seja como repetição do discurso médico, através do qual se nomeia, segrega e medica, ou como resposta educacional diante das dificuldades do educar nos dias de hoje.

A metodologia baseada na Representação Social é alvo de constantes críticas e reformulações. No dizer de Herzlich (2005, p. 65), essas críticas se situariam na “generalidade do nível de análise”. Wagner (2000, p. 149) dirá de uma versatilidade que “dá origem a várias interpretações e usos que nem sempre são compatíveis uns com os outros.” Enquanto isso, Moscovici (2000, p. 14-15) afirma que mesmo que essas questões metodológicas suscitem resistências ou discordâncias, a teoria das Representações Sociais “permanecerá criativa por tão longo tempo, o quanto ela souber aproveitar as oportunidades que cada método disponível possa oferecer”.

Ainda segundo Wagner (2000), as críticas apontadas acima se devem a uma abertura particular na referida teoria, que torna possível apropriá-la ou usá-la combinada e incorporada por outros referenciais. Isso pode resultar num problema sério ou em precondição de desenvolvimento futuro para essa teoria.

³³ Texto original em Espanhol.

O campo das Representações Sociais, por referenciar especificamente o conhecimento prático construído na vida cotidiana, repousa firmemente sobre a pesquisa empírica (SÁ, 1996).

Essa pesquisa empírica “tem se caracterizado por uma utilização bastante criativa e diversificada de métodos e pelo desenvolvimento contínuo de novas técnicas”, devido à “complexidade e diversidade das manifestações do fenômeno estudado”, sendo a conceituação e a construção teórica adotadas pelo pesquisador os aparatos que nortearão a pesquisa de Representação Social (SÁ, 1996, p. 99-100).

Moscovici (2000, p. 14) se opõe a mais uma dicotomia quando se refere à metodologia; para ele não existem métodos “bons” ou “maus”, qualificados como científicos ou não-científicos. O autor afirma ser contrário “a tendências de fetichizar um método específico”, fazendo desse “uma garantia de via régia para chegar ao conhecimento. [...]A tarefa do pesquisador é discernir qual dos métodos pode ser mantido com plena responsabilidade”.

Abric³⁴(1994d, citado por SÁ, 1996), porém, aconselha que, diante dessa escolha de responsabilidade, sejam levadas em conta as condições empíricas, como, por exemplo, a natureza do objeto estudado, o tipo de população, os constrangimentos da situação e, também, de forma especial, o sistema teórico subentendido que justifica a pesquisa.

Segue-se com a descrição das condições empíricas e das escolhas teórico-metodológicas, onde se apresentam os princípios que nortearam a escolha dos sujeitos participantes, os instrumentos de coleta e de registro de dados e os parâmetros que foram utilizados para analisar e interpretar a produção das idéias sobre o problema.

4.2 Procedimentos da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de campo para se investigar as representações sociais dos educadores sobre o TDAH, visando, a partir delas, observar as implicações desses profissionais diante de tal diagnóstico médico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, que teve como sujeitos os professores da rede municipal de Divinópolis e que utilizou três recursos de coleta de dados comuns à pesquisa em Representações Sociais.

³⁴ ABRIC, J.-C. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: J.-C.ABRIC (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994d, 59-82.

É partindo do questionamento sobre a implicação do educador diante do TDAH, que se pergunta sobre as Representações Sociais que um grupo de professores possui sobre o referido transtorno. Assim, nesse recorte investigativo, buscou-se, através das descrições dos educadores, que ora se evidenciam em números e ora em palavras, chegar aos objetivos da pesquisa.

A descrição possui significativa importância no desenvolvimento da pesquisa qualitativa. Tal descrição será cada vez melhor quanto mais se facilitar o reconhecimento do objeto pesquisado, dando a ele um número de atributos (MARTINS, 2004).

Ao buscar as Representações Sociais de um grupo de professores, pensa-se no grupo como espaço de veiculação de crenças, valores, saberes; portanto, como contexto de produção e criatividade.

Moscovici (1978), ao pensar o adjetivo “social” para o substantivo “representação”, remete ao significado de grupo como contexto de produção, que produz com propósito, ou seja, com uma função. Para o autor, a definição da origem (“quem produz”) de uma representação – o que quer dizer caracterizada de social por engendrar-se no coletivo da dimensão grupal – não bastaria para qualificar uma representação como “social”. Para ele, saber “porque” (a função) um grupo produz uma representação seria mais instrutivo para dizer do adjetivo social.

Para Moscovici (1978, p. 77), a função de uma representação qualifica-a como social. Parece ser particularmente essa característica a que estabelece a unificação de uma representação específica por um grupo, contribuindo “para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais” do referido grupo.

Um grupo de professores unifica representações sobre um objeto ou fenômeno; assim como também num processo interativo, essa conglobação representativa leva à unificação como grupo.

É para esse “grupo natural ou real” – isto é, um grupo já existente na vida cotidiana, que anteriormente à pesquisa já se interessava pelo assunto nela em pauta (FLICK, 2004) – que se direcionam algumas questões como as que se seguem abaixo:

- Como e por que os educadores vêm se apropriando do TDAH?
- Quais as relações desses educadores com o diagnóstico ou com os sintomas do transtorno?
- Qual o nível de conhecimento dos educadores em relação às crianças que são diagnosticadas com TDAH?
- Pode-se aprender com os educadores sobre tais crianças e seus sintomas?

- Seria possível aos educadores sugerirem formas de lidar com as crianças que se apresentam dispersas, hiperativas e impulsivas?

Essas questões nortearam todos os contatos, subsidiados por diferentes técnicas metodológicas, com o referido grupo.

A escola foi o contexto empírico utilizado na presente pesquisa, pois, como já dito, é nesse contexto escolar que se problematiza a manifestação e/ou a incidência do TDAH nos últimos tempos, sendo este um dos objetivos propostos na pesquisa. Assim sendo, procurou-se enfatizar a relação entre micro e macrosocial, na qual, “[...] busca-se estabelecer a mediação entre o momento singular expresso no cotidiano escolar e o movimento social” (ANDRÉ, 2004, p. 42).

Escolheu-se a escola como foco de estudo com o objetivo de abordá-la não somente em suas dinâmicas internas, mas, particularmente, como parte de um todo social, que, de alguma forma, determina-a e com o qual ela mantém relações (ANDRÉ, 2004).

Esta pesquisa de mestrado aponta para a abrangência da pesquisa educacional. Como mostra Gatti (2002), na prática, a pesquisa educacional envolve desde problemas de desenvolvimento bioneurológico relacionados às possibilidades de aprendizagem até questões de ordem social mais amplas, uma vez que a educação processa-se num sistema de relações sociais. Neste trabalho, tem-se um olhar no primeiro problema e outro, mais enfático, no segundo.

Gatti (2002, p. 14) questiona sobre o que especificaria a pesquisa educacional diante da abrangência acima comentada. A autora tem como resposta: “que o ato de educar seja o ponto de partida e o ponto de chegada da pesquisa” em educação. Isso é o que se vislumbra na presente pesquisa, quando se investiga a representação e a implicação do educador diante do TDAH, gerando conseqüências ao seu ato de educar.

A pesquisa foi realizada em Divinópolis-MG, devido à facilidade de acesso aos participantes, dado que resido nessa cidade e trabalho na função de psicóloga da Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC), onde esses sujeitos possuem vínculos empregatícios.

No planejamento da investigação, solicitou-se uma autorização para a realização da pesquisa junto à SEMEC. Esta, através da pessoa da Secretária Municipal de Educação, colocou-se à disposição em relação ao que pudesse facilitar o contato com os professores e o desenvolvimento da pesquisa.

Assim, através do Centro de Referência dos Profissionais da Educação (CRPE), órgão pertencente à referida Secretaria de Educação, pôde-se obter as datas dos eventos agendados

com os professores, sujeitos participantes da pesquisa, e a permissão para uma pequena participação nestes eventos.

A minha participação nos eventos de capacitação de educadores tinha a função de esclarecer e sensibilizar esses profissionais para a colaboração na pesquisa. Por vezes, nesses momentos, os professores manifestavam certa resistência em participar da pesquisa, justificada pela falta de conhecimento do TDAH. Diante disso, era esclarecido e afirmado que eles possuíam alguma representação sobre o transtorno, mesmo não conhecendo os conceitos médicos a fundo. Isso contribuía para uma maior participação, mesmo com alguns poucos professores mantendo a resistência.

Parece que a minha afirmação diante desses educadores, de que eles eram capazes de dizer algo sobre o que há muito tempo vinham ouvindo os médicos dizerem, era um convite para que eles repensassem o TDAH na escola. Moscovici (1978, p. 64) ensina-nos que determinados objetos de conhecimento nos parecem distantes e estranhos porque se formaram e evoluíram sem relação conosco e que “representá-los conduz a repensá-los, a reexperimentá-los, a refazê-los à nossa maneira, em nosso contexto [...]”.

No primeiro semestre de 2008, o ensino municipal de Divinópolis contava com 984 Educadores I³⁵, incluindo os que estavam em desvio de função, e com 35 escolas, incluindo seis escolas rurais, uma escola exclusiva de educação infantil e uma escola especial. Devido à delimitação da pesquisa, não foram incluídas a escola de educação infantil e a escola especial. As outras 33 escolas que participaram da pesquisa atendem, em sua maioria, a educação infantil, a fase introdutória e o 1º, 2º, 3º e 4º anos do ensino fundamental (1º ciclo).

4.3 Sujeitos participantes da pesquisa

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram os professores que lecionam nas quatro turmas iniciais do ensino fundamental nas escolas municipais de Divinópolis-MG.

A restrição às quatro turmas iniciais do ensino fundamental se deve à constatação de maior incidência e/ou manifestação do TDAH na faixa etária infantil que corresponde a tais turmas. Essa etapa escolar refere-se à faixa etária recorrente em pesquisas sobre o assunto. Além disso, a literatura sobre TDAH atenta-nos para o fato de que esse transtorno aparece no

³⁵ Professores dos anos iniciais (1º ciclo) do ensino fundamental.

contexto escolar diante das exigências de concentração e de adiamento da gratificação impostas exatamente nesses anos iniciais de escolarização.

A pesquisa contou com a participação de 90 professores vinculados a 33 escolas municipais. Tendo em vista que o ensino municipal possuía 984 Educadores I no momento da pesquisa, conclui-se que a participação total foi de, aproximadamente, 10% desses educadores.

Já que o foco da pesquisa foi a produção de representações do grupo como uma unidade interacional, não houve a preocupação de caracterizar os sujeitos particularmente. Quanto à caracterização do grupo, não existiram critérios discriminatórios relevantes para pesquisa, como nível socioeconômico ou nível cultural dos professores. A maioria dos professores leciona em escolas situadas em locais diferentes de onde eles residem, não sendo possível traçar um perfil de professores específico para cada escola.

A maior parte dos professores possui nível superior de escolaridade ou graduação em andamento. Eles também participam das capacitações oferecidas pelo município a todas as escolas.

Um ponto diferencial entre os sujeitos do contexto pesquisado, aliás bastante comum nessa categoria profissional porém considerado irrelevante, é a grande participação de mulheres e a pequena incidência de homens.

Os grupos desta pesquisa foram constituídos voluntariamente, a partir de um convite a colaborar com a pesquisa e dos critérios para pertencer aos grupos.

Na primeira etapa da pesquisa, os critérios resumiam-se a ser professor da rede municipal e lecionar em turmas iniciais do ensino fundamental. Já na segunda e na terceira etapas, os professores, para participar, também teriam que estar vivenciando a experiência de trabalhar com crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH.

Esse critério de exigência de experiência corresponde ao que Jodelet³⁶ (1986, p. 173-174, citado por SÁ, 1996, p. 102) nos aconselha, referindo-se ao seu estudo de Representações Sociais da loucura. Para a autora, é preciso “[...] evitar trabalhar sobre o discurso social flutuante, sem assento nem correspondência com a prática, e apresentando além disso o risco de ser falacioso”. Em seu trabalho, ela buscou situações onde havia contato ou proximidade com os doentes mentais, constituindo uma certa experiência na qual os discursos pudessem estar relacionados.

³⁶ JODELET, D. Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. In: W.DOISE & A. PALMONARI (Eds.). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1986, 171-192.

Para concluir, pode-se dizer que a união desses sujeitos em um grupo de pesquisa se deu a partir do interesse pelo tema e do desejo de colaborar.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

É habitual as pesquisas qualitativas serem multimetodológicas, isto é, utilizarem diversos procedimentos e instrumentos de coleta de dados (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZAJDER, 1999).

Essa característica de variedade de procedimentos se estende também às pesquisas em Representações Sociais; é o que nos mostra Celso Pereira Sá (1996), através de vários teóricos, em seu estudo sobre o núcleo central. Assim, a teoria das Representações Sociais é marcada por avanços significativos – tanto no aspecto qualitativo quanto no quantitativo – de procedimentos mais detalhados e aprofundados que visam permitir o acesso à estrutura interna das representações.

No estudo das Representações Sociais, torna-se importante a utilização de métodos que visem fazer emergir os elementos constitutivos da representação bem como proporcionem também o conhecimento da organização desses elementos (SÁ, 1996).

Nesta pesquisa, evitou-se a vinculação especificadamente a qualquer corrente teórico-metodológica da teoria das Representações Sociais. Os métodos foram escolhidos com a intenção de melhor responder à problemática da pesquisa.

Os dados foram coletados através de três técnicas metodológicas: 1) evocação livre; 2) entrevistas semi-estruturadas; 3) grupo focal. A utilização desses métodos teve como propósito a gradativa confirmação dos elementos da representação e sua conseqüente organização, o que deu sentido ao processo.

Moscovici (1978, p. 32) assegura que “o emprego simultâneo de técnicas diversas requer uma unificação subjacente”. Num procedimento de triangulação, buscam-se diferentes maneiras de investigar as representações que os educadores possuem sobre o TDAH, como estas se aproximam ou se distanciam do discurso médico e a maneira como vão se transformando em implicações ou soluções educativas.

A triangulação é um procedimento para maximizar a credibilidade dos dados coletados, comumente usada em pesquisas qualitativas. Ela é caracterizada pela investigação diversificada do mesmo foco pesquisado. A triangulação de métodos refere-se à comparação

de dados coletados por métodos variados qualitativos e quantitativos (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZAJDER, 1999).

Como será evidenciado a partir da descrição de cada método usado, este trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa que se serve de números e palavras, ou seja, de recursos quantitativos e qualitativos, para atingir seus objetivos e descrever sua problemática.

4.4.1 Evocação livre

A evocação livre, também chamada de associação livre, é um método associativo bastante usado para o levantamento dos elementos constitutivos do conteúdo de uma representação.

Trata-se de um método que opera sobre propriedades quantitativas, através do qual se evidencia a saliência e a conexidade dos diversos elementos de uma representação (SÁ, 1996).

A saliência diz respeito à frequência de emissão dos conceitos referentes à representação de um objeto ou fenômeno. A conexidade demonstra quais os conceitos significativos numa representação se conectam com um maior número de outros conceitos. Assim, através da evidência de diferenças quantitativas na saliência e na conexidade, os conceitos são analisados como centrais ou periféricos em relação ao objeto da representação.

O referido método consiste em solicitar aos sujeitos participantes que, a partir de um termo indutor apresentado pelo pesquisador, expressem palavras que lhes venham espontaneamente à lembrança (SÁ, 1996).

O termo indutor utilizado nesta pesquisa foi “hiperatividade”. Esse termo foi escolhido por se referir à noção mais popular ou de maior divulgação social sobre o transtorno pesquisado.

Nesta primeira etapa, foi elaborado um formulário³⁷. Esse, primeiramente, questionava se o professor trabalhava com crianças diagnosticadas com TDAH e, se sim, com quantas ele trabalhava, para, em seguida, passar ao teste de evocação livre.

³⁷ Encontra-se em anexo: APÊNDICE A.

O teste perguntava sobre quais as palavras ou expressões o termo “hiperatividade” suscitava no pensamento dos educadores, pedindo-lhes para escreverem cinco delas e, em seguida, classificá-las por ordem de importância.

Abric³⁸ (1994d, p. 66, citado por SÁ, 1996, p. 116) enfatiza que o caráter espontâneo e a dimensão projetiva desse recurso metodológico permite o acesso aos elementos constitutivos do objeto estudado com mais facilidade e rapidez que numa entrevista. Segundo o autor, a evocação livre “permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas”.

Moscovici (1978, p. 240) afirma que “existe uma correspondência entre as palavras mais frequentes da linguagem e os temas essenciais do modelo figurativo; e, portanto, entre a Representação Social e a linguagem temática”. Ele evidencia, então, como a linguagem contribui para a elaboração de uma representação.

Assim, buscou-se, objetivamente na linguagem dos professores, os conceitos relacionados ao termo hiperatividade que expressam sua representação sobre o transtorno.

Para se chegar à Representação Social de um objeto de estudo, através das produções em evocação livre, é preciso o cruzamento de duas informações: a frequência de aparecimento de um conceito e sua ordem na produção.

Entretanto, passou a ser contestável a suposição de que os conceitos mais importantes viriam espontaneamente primeiro na associação do sujeito. Essa contestação referente à ordem imediata da evocação ocasionou reformulações metodológicas que permitissem uma reflexão *a posteriori*, instituindo uma atividade de hierarquização racionalizada dos conceitos associados ao objeto pesquisado (SÁ, 1996).

O teste de evocação livre elaborado para a realização desta pesquisa procurou considerar os aspectos expostos acima para uma melhor efetivação da coleta dos dados. Porém, o que a análise dos resultados irá mostrar no capítulo 5, é que, alguns detalhes ausentes nesta elaboração, poderiam ter contribuído para melhor focar e sintetizar os dados coletados.

As primeiras aplicações dos formulários de evocação livre aconteceram nos cursos de capacitação de professores (Educador I) oferecidos pelo CRPE. Nesses cursos, que aconteceram em quatro momentos diferentes e que foram oferecidos às 33 escolas participantes, conseguiu-se a participação de 45 professores, ou seja, 45 formulários foram

³⁸ ABRIC, J.-C. *Méthodologie de recueil des représentations sociales*. In: J.-C.ABRIC (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994d, 59-82.

preenchidos. Para completar o número de 90 professores, visitou-se as escolas, particularmente as que não compareceram durante os referidos cursos. Oito escolas foram visitadas a fim de se obter a participação de mais 45 professores. Dessas oito escolas, uma era central e as outras situadas em bairros diferentes, alguns mais centrais, outros bem periféricos.

Buscou-se entregar os formulários nas mãos dos próprios professores depois de esclarecimentos; isso acontecia na porta da sala de aula ou no horário do lanche. Entretanto, em duas escolas, os esclarecimentos foram passados às supervisoras e elas distribuíram e recolheram os formulários.

Num primeiro momento, os formulários foram distribuídos e, em seguida, recolhidos. Devido à queixa dos professores em relação à falta de tempo para o preenchimento, passou-se a recolher os formulários no dia seguinte. Mas, a mesma queixa continuou sendo feita e percebeu-se que essa era a justificativa de alguns educadores para entregar o formulário em branco ou para esquecer de preenchê-lo. Os professores, muitas vezes, antes de se queixarem, não observavam a simplicidade e a rapidez com que se poderia preencher o formulário, porém, depois que o respondiam, percebiam a facilidade da tarefa.

O método de evocação livre, sendo um recurso de levantamento, “enseja basicamente um balizamento global e uma delimitação articulada dos elementos da representação”. Por isso, “pode-se esperar que outras estratégias, que não uma estrita diferenciação quantitativa, se mostrem mais proveitosas” para conduzir a efetiva identificação da estrutura de uma representação (SÁ, 1996, p. 131).

Torna-se relevante que os métodos se voltem à detecção das propriedades qualitativas dos elementos constitutivos da representação, questionando a imprescindibilidade de um dado elemento para essa representação. Segundo Celso Sá (1996), esse questionamento pode acontecer através de várias estratégias, dependendo da criatividade do pesquisador. Nesta pesquisa, optou-se pelas entrevistas e pelo grupo focal.

Portanto, através do recurso de evocação livre utilizado nesta pesquisa, pôde-se chegar aos conceitos que se relacionam ao termo “hiperatividade” na representação do educador, sendo seus resultados de grande importância para o planejamento dos procedimentos seguintes. A partir dessa técnica de associação, foi possível detectar quais educadores tinham a experiência de trabalhar com crianças TDAH e, assim, selecioná-los para participarem dos procedimentos de entrevista e grupo focal.

4.4.2 Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista é um dos procedimentos mais usados em pesquisa qualitativa. Pode ser a principal técnica de coleta de dados ou ser parte integrante de uma pesquisa multimetodológica, como é o caso do presente trabalho.

Existem diferentes tipos de entrevistas qualitativas, sendo comumente distinguidas pelo grau de controle do entrevistador sobre o diálogo. As entrevistas semi-estruturadas, também chamadas focalizadas, caracterizam-se por um controle mediano por parte do entrevistador: ele está focado em perguntas específicas, mas permite ao entrevistado respostas mais espontâneas (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZAJDER, 1999).

Bourdieu (1997) chama a atenção para os efeitos que o pesquisador pode produzir, sem que se saiba, pela “intrusão”, que pode significar a relação de entrevista.

Atentando-se para os conselhos de Bourdieu (1997), prosseguiu-se para a segunda etapa. Essa etapa contou com os resultados preliminares da primeira.

Através de resultados preliminares, constatou-se, na primeira parte da pesquisa, que 39 professores contavam com pelo menos uma criança diagnosticada com TDAH em sua turma, ou seja, **43,33%** dos educadores que participaram da pesquisa trabalhavam com uma ou mais crianças diagnosticadas com TDAH. Portanto, um número significativo de professores poderia ser convidado a participar da entrevista.

Foram selecionados cinco educadores dos 39 referidos. Essa escolha contou com critérios não claramente estabelecidos e pouco relevantes, como: escolas diferentes e com localizações variadas; disponibilidade e desejo de participação percebido no professor na primeira etapa; comentários verbais ou escritos com algum diferencial, identificados no formulário, durante o primeiro procedimento e número elevado de alunos com TDAH em sua turma.

O contato com as cinco professoras selecionadas (todas do sexo feminino) se deu via telefone, na escola, no qual se esclarecia sobre a pesquisa e agendava-se a data, o horário e o local para a entrevista.

Em relação à data e ao horário, estes eram escolhidos pelas professoras segundo sua disponibilidade. Quanto ao local, sugeria-se a escola onde a professora trabalhava ou o meu consultório particular, por ser central e dispor de um ambiente adequado para as entrevistas,

sendo que, nesta última opção, os encargos com transporte ficavam por minha conta. Quatro das entrevistas foram feitas na escola e uma no meu consultório, por escolha da professora.

Procurando atender aos objetivos da pesquisa, buscou-se a entrevista semi-estruturada como recurso metodológico. Através dela, pôde-se investigar aspectos que exigem maior profundidade e que abordam a relação do educador com o diagnóstico médico TDAH e com as crianças assim diagnosticadas.

Utilizou-se um roteiro de entrevista³⁹ no qual focalizava-se – agora de uma outra forma metodológica – a investigação das representações dos educadores sobre o TDAH, como essas se aproximavam ou distanciavam do discurso médico e como elas se transformavam em implicações educativas.

Na relação de entrevista, busquei, como pesquisadora, “instaurar uma relação de escuta ativa e metódica, tão afastada da pura não-intervenção da entrevista não dirigida quanto do dirigismo do questionário” (BOURDIEU, 1997, p. 695).

Não somente no momento da escuta, como também em todo o processo relacional da entrevista, buscou-se uma postura próxima ao que Bourdieu aconselha:

Efetivamente, ela associa a disponibilidade total em relação à pessoa interrogada, a submissão à singularidade de sua história particular, que pode conduzir, por uma espécie de mimetismo mais ou menos controlado, a adotar sua linguagem e a entrar em seus pontos de vistas, em seus sentimentos, em seus pensamentos, com a construção metódica, forte, do conhecimento das condições objetivas, comuns a toda uma categoria (BOURDIEU, 1997, p. 695).

Ao final de cada entrevista, esclarecia-se a importância da terceira etapa do processo para a pesquisa e fazia-se, então, o convite para também participar dela. Ficava combinado com a professora que o contato para agendamento da próxima etapa aconteceria em momento oportuno. A maioria das professoras demonstrou interesse em participar.

A importância dada a essa terceira etapa estava relacionada à significância que a interação e a discussão do grupo teriam para a pesquisa.

Como evidencia Flick (2004, p. 124), os procedimentos metodológicos em grupo, em contraste com a situação de narração produzida numa entrevista, fazem referência a processos dinâmicos de construção ou atualização da realidade social. Através dessa ampliação na coleta de dados, pretendeu-se uma maior contextualização, “criando uma situação interativa mais próxima da vida cotidiana”.

³⁹ Encontra-se em anexo: APÊNDICE B.

Em se tratando de uma pesquisa em Representação Social, o grupo e sua conversação será nosso foco. Como esclarece Moscovici (2000, p. 9): as conversações “são fenômenos sociais que nos permitem identificar de maneira concreta as representações e de trabalhar sobre elas”. Passemos, então, ao grupo focal.

4.4.3 Grupo focal

O grupo focal é um recurso metodológico bastante usado em pesquisas no campo da psicologia social, enfaticamente, em pesquisas de Representação Social, viabilizando uma análise mais aprofundada das produções discursivas.

Essa técnica consiste na formação de um grupo com pessoas selecionadas e reunidas pelo pesquisador, no intuito de discutir um tema, que é o objeto de pesquisa. Leva-se em conta a experiência pessoal dos sujeitos participantes, entre os quais deve haver um “traço comum” que os qualifique para a discussão da questão que será o foco da pesquisa (GATTI, 2005).

O trabalho com grupo focal pode trazer bons esclarecimentos em relação a situações complexas, polêmicas, contraditórias [...]; ajuda a ir além das respostas simplistas ou simplificadas, além das racionalizações tipificantes e dos esquemas explicativos superficiais. O grupo tem uma sinergia própria, que faz emergir idéias diferentes das opiniões particulares. Há uma reelaboração de questões que é próprias do trabalho particular do grupo mediante as trocas, os reassuramentos mútuos, os consensos, os dissensos, e que trazem luz sobre aspectos não detectáveis ou não reveláveis em outras condições (GATTI, 2005, p. 14).

Tem-se como objetivo, através desse método, captar representações, sentimentos, valores, experiências, saberes, de um modo que não seria possível com outros métodos (GATTI, 2005).

Com base no exposto acima, justifica-se o uso desse método no presente trabalho, uma vez que o TDAH e sua representação no contexto escolar encontram-se num campo polêmico, de construções complexas e contraditórias.

A formação do grupo focal se deu por meio de um convite feito por contato telefônico. As cinco professoras entrevistadas foram convidadas, sendo que, no primeiro encontro compareceram três delas e, no segundo, uma, dessas três, compareceu. Aliás, essa professora

participou de todo o processo, do início ao fim da pesquisa empírica, não sendo possível deixar de perceber sua contribuição, realmente significativa. Ela manteve-se numa postura política, crítica e motivada não somente pela questão em foco, mas pelas questões educacionais como um todo.

Além das professoras entrevistadas, foram convidadas mais sete, num total de 12 professoras.

No primeiro encontro, compareceram sete professoras no meu consultório particular, na hora e data discutidas e, consensualmente, escolhidas por elas, devido à disponibilidade de tempo – algo sempre queixado pelos professores.

A escolha do local foi justificada por se tratar de um espaço central e livre de interferências externas. O transporte das professoras era financiado por mim e isso era comunicado a elas no momento do convite. Ao convidá-las, eu as orientava também sobre o tempo de cada encontro, aproximadamente uma hora, e sobre o número de encontros, no máximo três.

Os sujeitos participantes possuíam, como “traço comum”, a experiência de trabalhar com crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH.

O local das conversações foi organizado numa disposição em círculo, a fim de favorecer a interação entre os participantes.

Foi elaborado um roteiro⁴⁰ como forma de orientar e estimular a discussão, permitindo ao grupo, assim, flexibilidade e liberdade na conversação, sem perder de vista os objetivos da pesquisa.

Esse roteiro consistiu de questões que mediariam a discussão do grupo, sem enrijecê-la. Essas questões focavam os três pontos investigados ao longo de todo o processo da pesquisa empírica: 1) as representações dos educadores sobre o TDAH, enfatizando o conceito; 2) o diagnóstico e os sintomas do TDAH, enfatizando o discurso médico; 3) as soluções dos educadores, enfatizando a implicação e a construção do educador.

As conversações fluíram livremente e em torno do problema. Os participantes foram colocando suas idéias, seus sentimentos, suas experiências profissionais e pessoais, suas críticas e suas crenças. E, nesse entrelaçar de discursos, foram se formando concepções coletivamente engendradas. Os significados para as questões levantadas eram construídos através de consensos e de contradições de idéias.

⁴⁰ Encontra-se em anexo: APÊNDICE C.

Para Wolfgang Wagner (1998, p. 10), “a representação social como processo só pode ocorrer em grupos e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados, quanto divergentes sobre muitos assuntos”.

O grupo focal, por via da atualização de discursos e de conversas cotidianas, torna-se um método quase natural para o estudo da construção das Representações Sociais ou do conhecimento social. Nesse processo, o grupo transforma-se em um instrumento que reconstrói opiniões individuais (FLICK, 2004). Numa perspectiva de reconstrução mútua entre sujeito e grupo, remetemos ao conceito de “sujeito ativo”, aquele que constrói o mundo com materiais oferecidos pelo social (HERZLICH, 2005).

Nesse contexto de produção, o grupo se constituiu, assim como cada sujeito nele inserido, inclusive o pesquisador. Como coordenadora do grupo, através de encaminhamentos e de intervenções feitas para facilitar as trocas e focar a pesquisa, eu acabava por influir nas conversações e na produção dos significados do grupo. Também o grupo, através de seus discursos e motivações, influía em minhas colocações.

Na posição de coordenadora, eu procurava colaborar, esclarecendo pontos que se transformavam em estímulos para a discussão, esforçando-me sempre para manter a minha posição de “não saber”, que propiciava a autonomia do grupo na confecção de saberes.

O segundo encontro do grupo contou com a participação de cinco professoras, que estavam presentes também no primeiro encontro. Esse segundo momento iniciou-se com a apresentação dos critérios do DSM-IV para o diagnóstico do TDAH, que aconteceu devido a uma demanda do grupo, fruto das discussões e polêmicas ocorridas no encontro anterior. Assim, prosseguiram as discussões, sendo respondidas as questões levantadas até se chegar a um acúmulo de significados e idéias que se mostrou satisfatório frente aos propósitos da pesquisa.

A adesão dos participantes do grupo foi inteiramente voluntária, assim ocorrendo devido ao interesse das professoras pelo tema e do desejo de colaborar com a pesquisa. Porém, percebeu-se que esse grupo era composto de sujeitos atentos a muitas outras questões educacionais, o que o configurava como um todo participativo, crítico e não-alienado. Essa caracterização do grupo talvez seja a justificativa pelo interesse voluntário de participação e colaboração com a pesquisa.

O grupo focal foi utilizado como um recurso metodológico de fechamento do processo de pesquisa. Esse processo iniciou-se pelas propriedades quantitativas da representação, através da técnica de evocação livre e prosseguiu no intuito de investigar as propriedades

qualitativas de tal representação, através do aprofundamento no discurso dos sujeitos envolvidos.

Pretendendo investigar o “valor simbólico” e o “poder associativo” de conceitos e discursos, recorreu-se às entrevistas e, particularmente, ao grupo focal. São esses atributos qualitativos dos conceitos e discursos que permitem a esses últimos enlaçarem ao objeto da representação (MOLINER, 1994a, citado por SÁ, 1996)⁴¹.

Nesse sentido, o grupo focal serviu, para o presente estudo, como instrumento de amarração ou de afunilamento dos resultados que emergiram ao longo do processo da pesquisa.

Através do grupo focal, reproduziu-se um espaço de interação e discussão, que remetia ao espaço escolar. Mesmo o grupo não estando fisicamente neste espaço, ele encontrava-se imerso em suas questões e problemáticas, em seus discursos e jargões, em suas motivações conscientes e inconscientes. Toda essa produção convergiu em respostas ao problema da pesquisa.

Os dois encontros do grupo focal e todas as entrevistas foram gravados em MP3-player e transcritos. Não foram feitas anotações durante esses eventos, porém, logo após eles acontecerem, era ouvida a gravação e registravam-se algumas observações. De posse do material gravado e transcrito, prosseguiu-se com a análise e interpretação dos resultados da pesquisa.

4.5 Parâmetros para análise e interpretação dos resultados

A análise e a interpretação dos resultados da pesquisa foram realizadas por meio da Análise de Conteúdo. Esse procedimento de análise pode ser entendido como um conjunto de técnicas, com o objetivo de compreender o sentido das mensagens produzidas no contexto pesquisado.

Segundo Franco (2003), torna-se indispensável considerar a vinculação das mensagens emitidas – que pode ser tanto uma palavra quanto um discurso – às condições contextuais de seus produtores.

⁴¹ MOLINER, P. ISA. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: C.GUIMELLI (Ed.). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994a, 199-232.

O contexto da presente pesquisa é a escola e os produtores das mensagens são os educadores que, via processo de *objetivação* e *ancoragem*, atribuem sentido a elas. Esse sentido “se concretiza na prática social e se manifesta a partir das Representações Sociais, cognitivas, valorativas e emocionais” (FRANCO, 2003, p. 15). Com base nisso, analisar o conteúdo de uma mensagem envolve compreender o processo de representação social nela incluído.

Como já exposto, a presente pesquisa contou com a utilização de três procedimentos metodológicos – evocação livre, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal – com o propósito de, gradativamente, confirmar os elementos da representação e sua organização, dando sentido ao processo. Assim, buscou-se, de diferentes maneiras: investigar as representações que os educadores possuem sobre o TDAH, observar como essas se aproximam ou se distanciam do discurso médico e também se elas se transformam em implicações ou soluções educativas.

No primeiro procedimento adotado, evocação livre, a unidade de registro usada para a análise do conteúdo foi a “palavra”. Nos procedimentos seguintes, entrevista e grupo focal, escolheu-se o “tema” como unidade de análise para a interpretação das mensagens dialógicas dos educadores. Aliás, essa última unidade de registro é considerada indispensável em estudos de Representações Sociais (FRANCO, 2003).

A criação de categorias de análise é ponto crucial para a interpretação dos resultados. Após várias leituras flutuantes do material coletado, foi possível construir categorias que funcionaram como balizadores na perspectiva de responder aos objetivos da pesquisa.

Tais categorias se definiram no processo da pesquisa. *A priori*, tinha-se os objetivos e partiu-se deles, mas, na emergência do discurso dos sujeitos participantes e depois de muitas idas e vindas no material de análise à teoria, que foi possível a delimitação dessas categorias.

A análise dos dados coletados nos três momentos de investigação foi norteadas pelas seguintes categorias:

- 1) As representações dos educadores sobre o TDAH, enfatizando o **conceito**.
- 2) O diagnóstico e os sintomas do TDAH, enfatizando o **discurso médico**.
- 3) As soluções dos educadores, enfatizando a **implicação e a construção do educador**.

A análise dos dados foi toda realizada artesanalmente e, se por um lado, gerou um extenso trabalho, por outro possibilitou a participação nas minúcias de todo o processo. Seguem-se, então, a análise e a discussão dos dados coletados em cada procedimento.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Análise dos dados da evocação livre

A presente pesquisa, tendo como objetivo principal investigar as representações sociais dos educadores frente ao TDAH, buscou verificar como essa categoria profissional apreende o significado desse transtorno no contexto educacional. Neste primeiro momento, através da técnica de evocação livre, chegou-se ao resultado⁴² de 107 palavras ou expressões usadas pelos professores para descrever o objeto. Torna-se importante salientar que somente as palavras ou expressões idênticas ou quase idênticas foram agrupadas.

Segundo Franco (2003), uma limitação do uso da **palavra** como unidade de registro ocorre devido ao grande volume de dados, sendo que, com o advento dos programas de computador, essa dificuldade tende a ser atenuada. Apesar disso, no presente trabalho não se usou nenhum programa específico de computador.

Ao analisar os dados dos 90 formulários preenchidos pelos professores e buscando detectar a “**saliência**” dos elementos da Representação Social, observou-se que tais formulários deveriam ter sido elaborados de uma maneira diferente para melhor focar e sintetizar os dados coletados. A modificação mais importante se refere ao processo de hierarquização ou ordem de evocação; em vez de solicitar a classificação por ordem de importância de todas as palavras ou expressões citadas, como aconteceu, poderia ter solicitado aos professores que expressassem apenas duas dessas palavras que considerassem mais importantes.

Assim, no momento de análise, mesmo tabulando todas as ordens (da 1ª a 5ª) de importância das palavras citadas, foram consideradas apenas a primeira e a segunda dessas ordens, sendo o restante desconsiderado na apresentação de dados.

Outro ponto relevante na análise de dados diz respeito ao uso da hierarquização como segundo item de análise. Primeiro, considerou-se a frequência das emissões e somente depois

⁴² Encontra-se em anexo: APÊNDICE D.

de obter esse resultado, verificou-se o grau de importância de cada uma das emissões mais frequentes, através do processo de hierarquização⁴³.

Para detectar a **saliência** dos elementos da representação do TDAH pelos professores, primeiramente registrou-se a **frequência de emissões** das palavras citadas⁴⁴ por eles. Na análise dos dados, consideraram-se as evocações que tiveram no mínimo 10 emissões. Os conceitos mais relacionados pelos educadores ao termo “hiperatividade” encontram-se na TAB. 1.

Ainda trabalhando a **saliência**, analisou-se a **ordem da evocação** por classificação de importância, ou seja, a hierarquização racionalizada dos elementos da representação. Registraram-se as vezes em que as evocações mais frequentes foram consideradas em 1º e 2º grau de importância e, assim, chegou-se aos resultados apresentados (TAB. 1).

TABELA 1
Saliência dos elementos da representação do TDAH pelos professores

Palavras com mais de 10 evocações	Contagem das evocações	Percentual (%)	Contagem de hierarquização das evocações	Percentual (%)
“Desconcentração”	53	58,88	34	37,78
“Inquietação”	44	48,88	18	20,0
“Agitação”	38	42,22	19	21,11
“Desatenção”	31	34,44	15	16,67
“Agressividade”	26	28,88	6	6,67
“Dificuldade de aprendizagem”	21	23,33	7	7,78
“Desorganização”	15	16,66	5	5,56
“Sem limite”	13	14,44	6	6,67
“Falante”	13	14,44	3	3,33
“Atividade”	10	11,11	3	3,33

⁴³ Essa análise se faz coerente, uma vez que as percentagens de hierarquização das emissões, que não entraram no quadro de mais frequentes, não eram significativas – seus resultados não tinham percentagens maiores que 4,44%. Ver APÊNDICE D – RESULTADO DA EVOCAÇÃO LIVRE.

⁴⁴ Encontra-se em anexo: APÊNDICE D.

A TAB. 1 mostra que os educadores representam o TDAH como um conjunto de comportamentos desviantes comumente apresentados pelas crianças durante a prática profissional deles.

Os estudos em Representação Social evidenciam que as evocações mais freqüentes e de ordem de importância significativa, no discurso dos sujeitos, estão, provavelmente, relacionadas às principais representações de um objeto por um grupo (MOSCOVICI, 1978; SÁ, 1996).

A **conexidade** dos elementos de uma representação, ou seja, o grande número de laços ou conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação, é considerada o segundo indicador, além da **saliência**, que confirma os principais elementos de uma representação social. (SÁ, 1996).

Segundo Celso Pereira Sá (1996), o levantamento das conexões entre variados elementos de uma representação pode envolver diversos métodos, de acordo com a inventividade do pesquisador.

Nesta pesquisa, buscou-se observar a **conexidade** das evocações mais freqüentes com todas as palavras e expressões citadas pelos educadores. Dessa forma, pôde-se agrupar, aos conceitos mais emitidos, outros conceitos da representação (TAB. 2).

TABELA 2
Conexidade das evocações mais freqüentes

Palavras mais freqüentes	Palavras associadas
“Desconcentração”	“Distração”; “Desatenção”; “Viagem”; “Dificuldade de assistir filme, escutar histórias”; “Dificuldade de terminar atividades”.
“Inquietação”	“Dificuldade de manter-se em sala”; “Movimentação constante”; “Falta de comodidade”; “Agitação”; “Atividade”; “Aceleração”; “Energia”; “Eletricidade”; “Sem-sossego”.
“Agitação”	“Inquietação”; “Dificuldade de manter-se em sala”; “Movimentação constante”; “Falta de comodidade”; “Atividade”; “Aceleração”; “Energia”; “Eletricidade”; “Sem-sossego”; “Falante”.

Palavras mais freqüentes	Palavras associadas
“Desatenção”	“Desconcentração”; “Distração”; “Viagem”; “Dificuldade de assistir filme, escutar histórias”; “Dificuldade de terminar atividades”; “Desinteresse”; “Apatia”.
“Agressividade”	“Violência”; “Impulsividade”; “Sem Limites”; “Dificuldade de Socialização”; “Irritado”; “Nervoso”; “Impaciência”.
“Dificuldade de aprendizagem”	“Dificuldade de Memorização”; “Dificuldade de entendimento”; “Deturpação dos fatos acontecidos”; “Assimilação”; “Alfabetização”; “Inteligência”; “Deficiência mental”.
“Desorganização”	“Dificuldade com espaço delimitado”; “Desconexão lingüística”; “Desordem”.
“Sem limite”	“Dificuldade de cumprir regras”; “Atrapalha a sala, os outros”; “Indisciplina”; “Desobediência”; “Dificuldade com espaço delimitado”.
“Falante”	“Oralidade”.
“Atividade”	“Inquietação”; “Dificuldade de manter-se em sala”; “Movimentação constante”; “Falta de comodidade”; “Agitação”; “Falante”; “Aceleração”; “Energia”; “Eletricidade”; “Sem-sossego”; “Agilidade”; “Rapidez”; “Esperto”; “Dinâmico”.

A TAB. 2 mostra que a **conexidade** de quase todas as evocações mais freqüentes é significativa, o que evidencia a importância desses conceitos, apresentados como mais freqüentes na representação do TDAH pelos educadores.

Moscovici (1978, p. 244), referindo-se ao conceito principal de uma representação, esclarece que esse “é prolífico e sintetiza por si só toda uma classe de conceitos”. Portanto, se agruparmos os conceitos mais significativos dessa pesquisa em **saliência** e **conexidade** (TAB. 1 e 2) – “desconcentração”/“desatenção” e “inquietação”/“agitação” – veremos que, de

alguma forma, grande parte dos conceitos citados pelos educadores, liga-se a eles. Esses quatro conceitos, por sinonímia reduzidos a dois, sintetizam vários conceitos e discursos expostos nesta pesquisa.

A exemplo dessa sintetização, podemos observar que, conceitos como “falante” e “atividade”, que tiveram percentual menor em frequência, ordem de importância e conexão (nesse caso refere-se somente ao conceito “falante” – TAB. 1 e 2), estão diretamente relacionados ao agrupamento “inquietação”/“agitação”.

Segundo Moliner (1994a, citado por SÁ, 1996),⁴⁵ os conceitos que se mostram centrais no discurso de um grupo têm um laço privilegiado com o objeto da representação. Esse laço é simbólico e se relaciona às condições históricas e sociais que conduziram o nascimento da representação. Assim, tanto a saliência quanto a conexão estão relacionadas ao valor simbólico de um conceito, pois é este que leva à emissão frequente das palavras que o designam e ao seu forte poder associativo.

Os resultados mostram que na representação dos educadores, o termo “hiperatividade” é associado mais aos comportamentos escolares desviantes do que à presença de uma doença. A exemplo disso, pode-se observar (TAB. 1 e 2) uma grande incidência de conceitos que remetem a comportamentos escolares desviantes e uma baixa incidência de conceitos que indicam patologia (TAB. 3). Dessa forma, o valor simbólico dos conceitos mais evidenciados pelos educadores, ao representar o TDAH, refere-se a sua vivência profissional. Essa vivência prática dos educadores influencia a apropriação do TDAH e manifesta-se em sua representação no contexto escolar. Moscovici (1978, p. 174) esclarece que, “no decurso dessa domesticação, o objeto é associado às formas conhecidas e reconsiderado através delas”.

A atitude dos educadores de descrever o TDAH através dos comportamentos problemáticos de sua experiência com o aluno, diz respeito aos mecanismos de **objetivação** e **ancoragem** estudados por Moscovici (1978).

Segundo Moscovici (1978), pelo processo de **objetivação** e suas operações de “naturalizar” e “classificar”, torna-se possível que novas denominações sejam associadas às entidades existentes, redefinindo-as. O autor percebe, em seu estudo, que sujeitos antes descritos como “teimosos” ou “brigões”, depois da psicanálise são chamados de “agressivos” ou “recalcados”.

⁴⁵ MOLINER, P. ISA. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: C.GUIMELLI (Ed.). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994a, 199-232.

Os professores, através do mecanismo de **objetivação**, situam o TDAH no domínio do conhecido, concretizando-o nos comportamentos problemáticos dos alunos. Aqueles alunos desatentos, impulsivos, agressivos, inquietos, agitados, hoje são classificados numa categoria e denominados TDAHs.

Para Moscovici (1978, p. 241), “denominar é denominar alguma coisa, em suma, objetivá-la. [...]. Ao denominar-se, impõem-se limites, fixam-se propriedades, participa-se de algum modo na estruturação do objeto ou do fenômeno”.

Essa tarefa classificatória manifesta-se como processo sutil, porém tem conseqüências profundas. O que é considerado simples mudança de designação, é, na realidade, uma transformação das relações com o objeto representado (MOSCOVICI, 1978).

Assim, quando o professor classifica como TDAH a “desconcentração”, a “inquietação” ou a “agitação” do seu aluno, ele estabelece uma relação diferente com esses comportamentos, que interfere diretamente na busca de soluções para o problema, ou seja, na sua implicação com o problema. Aqui, já nos encontramos no campo da **ancoragem**, pois o TDAH transforma-se em quadro de referência e em rede de significação para a utilidade do professor. Ele passa a inserir-se na hierarquização de valores e nas operações realizadas pelos professores, tornando-se um instrumento à disposição desses últimos.

De acordo com Moscovici (1978, p. 174), existe uma justificação inserida na **objetivação** e na **ancoragem**, pois “aborda-se a ciência porque se julga que os seus conceitos refletem o **meio objetivo** ou porque **podem servir**”.

O esclarecimento de Moscovici remete à seguinte questão: porque o TDAH vem sendo apropriado no contexto escolar?

A apropriação do TDAH, no referido contexto, pode servir à nomeação, **objetivando** os mal-estares provocados por aqueles que se apresentam como diferenciais num contexto de padronização, onde o não-saber é rechaçado e externalizado por trazer incômodo. É preciso de um nome para aquilo que se mostra aquém (em atenção) e/ou além (em atividade) do esperado.

Esse enfrentamento do não-saber que perpassa constantemente o ato de educar, sem buscar imediato alívio em um saber alheio – no caso do TDAH, o saber médico –, é proposto por vários autores que sustentaram teoricamente essa pesquisa, como Freud (1976 [1925]; 1975 [1937]), Lajonquière (2006), Marcelo Pereira (2003), Mérite de Souza (2003), entre outros.

Ainda tendo em mente os esclarecimentos de Moscovici (1978, p. 174), observa-se que uma ciência é apropriada, também, “porque [seus conceitos] podem servir”; além da

objetivação, o processo de **ancoragem** aparece. Assim, a apropriação do TDAH pelos educadores pode servir também ao descomprometimento, pois se utiliza de um quadro de referência que expropria o professor de seu poder de intervenção no problema. Tal problemática passa a situar-se no organismo do aluno, o que obtura questionamentos situados no cerne da relação professor-aluno e no processo ensino-aprendizagem, como: “o que tanto lhe inquieta? Onde está sua atenção? Falta atenção ou deseja atenção?”

Isso é o que nos ensinam os autores que evidenciam e também protestam contra a patologização e a medicalização dos problemas escolares, como, Moysés & Collares (1992b, c), Patto (1991), Santiago (2005), entre outros citados nesta pesquisa.

Não se trata de negar a existência e a influência de comprometimentos orgânicos ou psicológicos apresentados pelas crianças, mas de entender que as relações escolares têm papel fundamental no que se refere à vivência nesse contexto.

Retomando a análise dos dados da evocação livre, pôde-se buscar, nas palavras citadas pelos professores para designar o termo “hiperatividade”, as categorias que contribuíram para o alcance dos objetivos da pesquisa; muitas dessas palavras poderiam ser situadas como conceituação do termo, como referência ao discurso médico ou, ainda, como soluções propostas pelos professores (TAB. 3).

TABELA 3
Categorias de análise e elementos da representação do TDAH pelos professores

Categorias de análise	Palavras citadas	Frequência da emissões (%)
Conceitos que representam o TDAH pelos professores	“Desconcentração”	58,88
	“Inquietação”	48,88
	“Agitação”	42,22
	“Desatenção”	34,44
	“Agressividade”	28,88
	“Dificuldade de aprendizagem”	23,33
	“Desorganização”	16,66
	“Sem limite”	14,44
	“Falante”	14,44
	“Atividade”	11,11

Categorias de análise	Palavras citadas	Frequência da emissões (%)
Discurso médico	“Distúrbio”	3,33
	“Transtorno”	2,22
	“Déficit de atenção”	2,22
	“Deficiência mental”	2,22
	“Necessidade de acompanhamento médico”	1,11
	“Ritalina®”	1,11
Soluções propostas pelos professores	“Amor”	3,33
	“Paciência”	3,33
	“Dedicação”	2,22
	“Aceitação”	1,11
	“Diálogo”	1,11
	“Inclusão”	1,11
	“Acompanhamento diferenciado”	1,11
	“Atividades diversificadas”	1,11
	“Busca de soluções”	1,11
“Desafios”	1,11	

A TAB. 3 mostra que a primeira categoria – representada pelos conceitos com emissões mais freqüentes, que, como já exposto (TAB. 2), estão ligados por conexão a outros tantos conceitos – apresenta percentagens mais elevadas, demonstrando que a conceituação é o ponto mais relevante neste momento da pesquisa. Mas também, observamos, com menor incidência, conceitos da representação do TDAH, apresentados pelos professores, que remetem ao discurso médico e às propostas de soluções educativas referentes às outras duas categorias.

Sendo a evocação livre um método de levantamento, que propicia, basicamente, um balizamento global e a delimitação dos elementos da representação (SÁ, 1996), era de se esperar que a análise de seus dados referenciasse mais a conceituação do objeto trabalhado do que as outras categorias referidas. Esse fato motivou a busca de outros recursos metodológicos – a entrevista e o grupo focal – que avançassem além da estrita diferenciação quantitativa, possibilitando maior esclarecimento a essas outras categorias apresentadas

(TAB. 3). Porém, algumas observações sobre essas categorias revelam-se significativas e serão apresentadas neste momento da análise.

Observou-se, através da categoria que remete ao discurso médico (TAB. 3), que os conceitos que indicam patologia tiveram baixa incidência na representação dos educadores. Numa leitura pautada na literatura médica sobre o assunto, poderíamos interpretar esses dados como manifestação da desinformação dos educadores sobre o TDAH.

Porém, conforme o ensinamento de Moscovici (1978, p. 21-22), não podemos interpretar tais dados apenas como o resultado da desinformação por parte dos professores, o que apontaria para uma impressão de degradação, simplificação ou falta de conhecimento sobre o assunto por parte desses professores. Isso geraria a convicção de que a maioria dos professores “não está apta a receber e utilizar corretamente esse saber”.

Como já exposto neste capítulo, os mecanismos de Representação Social, remetem à idéia de que “cada um aprende à sua maneira a manipular os conhecimentos científicos fora de seu âmbito próprio” (MOSCOVICI, 1978, p. 22). Os educadores servem-se desses conhecimentos para interpretar o que se apresenta como problema ou obstáculo à sua prática pedagógica, o que nos leva a crer que:

[...] as representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior (MOSCOVICI, 1978, p. 50).

Portanto, o conhecimento recebido pelo discurso médico é submetido a uma transformação para converter-se num conhecimento que os educadores utilizam em sua prática cotidiana.

Outra observação relevante diz respeito à categoria das propostas de soluções feitas pelos professores (TAB. 3). Esta apresenta conceitos que manifestam a pregnância do modelo do “bom professor”, conforme descrito por Lopes (2001) e Pereira (2003). O “amor”, a “paciência”, a “dedicação”, a “aceitação” são exemplos de como esse modelo povoa o imaginário dos professores e é enfatizado como solução para a sua prática. No texto “Da sagrada missão pedagógica”, Eliane Lopes (2001) esclarece:

A marca religiosa, que se traduz na exigência de uma certa posição diante do ato de educar, é indisfarçável. Pode-se agora reafirmar que há uma concepção do que venha a ser professor/a, suas qualidades e seus defeitos, que foi cunhada no campo do religioso e daí desliza para a esfera do leigo e público – e fica. Resto, pregnância (LOPES, 2001, p. 52).

Com o propósito de alcançar maiores esclarecimentos para a segunda e terceira categorias expostas (TAB. 3) e de responder aos objetivos dessa pesquisa, prosseguiu-se com a análise dos dados das entrevistas e do grupo focal.

5.2 Análise dos dados das entrevistas

As entrevistas possibilitaram a confirmação dos dados levantados na evocação livre e a observação de detalhes que muito contribuiram para o avanço investigativo desta pesquisa.

Todas as entrevistas abordaram, em seus discursos, os conceitos principais da representação do TDAH pelos professores evidenciados na evocação livre. Novamente, os educadores, na conceituação do TDAH, enfatizaram os comportamentos escolares desviantes e não a patologia.

Porém, com base no aprofundamento que a entrevista propiciou para o entendimento do processo diagnóstico e terapêutico do TDAH na escola, foi possível perceber nitidamente o fenômeno de patologização e medicalização dos impasses escolares.

Algumas das professoras entrevistadas relatam a demanda da escola aos pais para que estes busquem uma avaliação médica para seus filhos. Uma professora descreve o processo:

Normalmente o que acontece é que, quando a gente tem dificuldades com o aluno, primeiro vai à supervisora, comenta com ela, conversa muito. Chama a mãe, expõe a necessidade e pede para levar o filho ao especialista. Aí a gente faz o encaminhamento. A mãe leva ao especialista, chega lá ela conversa com ele e mostra os relatórios. Normalmente os relatórios são devolvidos dizendo que a criança foi examinada e que notou o TDAH dela, seus exames de eletro deram normais e que a criança foi medicada com tal medicação.

Essa descrição remete ao incômodo que originou o problema da presente pesquisa, ou seja, a observação de um processo mobilizado pela escola ao detectar as dificuldades do aluno em responder ao seu ideal adaptativo. Tal processo consiste em uma imediata busca para situar o déficit do lado do aluno.

O primeiro contato das professoras com a entidade TDAH, aconteceu: via formação, através de estudos durante o planejamento escolar ou, na maioria das vezes, ao recorrer à literatura médica para se informar sobre o assunto pelo fato de ter recebido um aluno com esse diagnóstico. Em qualquer uma dessas formas, pode-se observar como essa entidade tem propiciado ao discurso médico penetrar no espaço escolar.

É possível também perceber que esse discurso sustenta sua hegemonia histórica sobre a educação – já tão discutida nesta pesquisa – através de preconceitos, sendo a própria cientificidade um preconceito sustentado historicamente.

Um exemplo desses preconceitos se mostra no paradoxo manifestado pelas professoras entrevistadas ao referirem ao diagnóstico. Elas, em sua maioria, aceitam o diagnóstico “porque durante a aula vêem um diferencial no aluno”, mas, em contrapartida, admitem não conhecer o processo diagnóstico feito pelo médico, ou seja, dão crédito àquilo que não conhecem. As professoras reconhecem sua dúvida e imaginam o procedimento que faz o médico ter certeza do diagnóstico de seu aluno:

Eu acredito que a criança vai ao médico e ele deve ter meios de observar esses comportamentos da criança, deve ter objetos e meios... A fala do professor e dos pais deve facilitar o trabalho do médico. [...] para mim, ele faria uma bateria de exames, inclusive esses mais minuciosos e estudaria o gráfico do cérebro, alguma coisa assim...

É uma observação das atitudes da criança, o médico faz essa observação. Agora como ele mede se realmente a criança tem o déficit, aí eu não sei...

Até mesmo quando o questionamento ao diagnóstico é explícito, o poder médico de diagnosticar o “diferencial” manifesto no contexto escolar é resguardado:

Eles [médicos] não têm um depoimento da escola adequado para fazer um diagnóstico. Eles fazem o diagnóstico em cima das informações que os pais levam ao consultório. Então, eu acho que muitos desses diagnósticos são errados, eu me arrisco a falar disto... Mas, aqueles que são diagnosticados a gente vai com mais cuidado, porque os que vêm com o diagnóstico do médico... nós não podemos diagnosticar. Nós vamos trabalhar de acordo com o que nos chega. Então se o médico acha realmente que ele precisa de medicamento e que assim ele vai ficar mais calmo, ótimo pra nós. Mas eu tenho certa aversão. Hoje, são muitos conflitos na família, sociais, relacionais, uma falta de tempo pra atender as crianças, de ouvi-las, desenvolvem transtornos que muitas vezes são colocados como hiperatividade e que não é. Eu não sei te dizer como isso é diagnosticado num consultório...

O entendimento da problemática do transtorno favorece a intervenção interdisciplinar, na qual o professor deve ter seu lugar reconhecido. Porém, essa proposta interdisciplinar é de difícil viabilidade por falta de questionamentos e de diálogo entre os profissionais envolvidos.

Isso foi claramente percebido nas entrevistas com as professoras, pois todas, de forma unânime, revelaram que o trabalho interdisciplinar, quando existe, é insuficiente. O contato entre profissionais é via relatório, raramente por telefone, e, muitas vezes, tendo a “mãe da criança como um elo entre educadores e especialistas”.

Geralmente, os professores enviam relatórios aos médicos, por solicitação destes mesmos, através dos pais. Já os professores, recebem dos médicos somente um “receituário com o nome do diagnóstico e da medicação”.

Uma professora, referindo-se a outros especialistas, no trabalho interdisciplinar, observa que, “quando é com o psicólogo é ainda pior, porque é mais demorado para conseguir e elas [psicólogas] não dão retorno nenhum”. Entretanto, uma outra professora comenta um ponto positivo no trabalho conjunto com uma psicóloga: “ela [psicóloga] fazia o acompanhamento dele e me dava umas dicas para lidar com ele. Isso foi muito válido”.

As professoras solicitam maior interação entre os profissionais:

Devia ter uma interação muito maior, porque, às vezes, os alunos estão naquela dificuldade, precisando muito de atenção, manda para o médico e ele dá só o medicamento, as nossas barreiras e nossas necessidades não são sanadas.

Essa colocação da professora evidencia questões: a necessidade é do aluno ou dos educadores? A falta de interação entre os profissionais envolvidos aumenta o desamparo do professor em um momento em que educar não se mostra fácil para ninguém?

As professoras expõem dificuldades do educar nos dias de hoje:

Eu acho que muitos diagnósticos têm a ver somente com questões familiares e sociais. Acho que a gente vive em uma sociedade em que está tudo errado. Os valores estão muito errados, não se sabe mais delimitar o que pode e o que não pode...

Eu tenho muita pena, porque vemos os descasos da família, é muito triste. Hoje em dia, pensa que é só colocar filho no mundo, mas o educar não é só da escola.

Diante do desamparo, pode-se apegar ao que aparece como solução. Assim, a medicação parece ter caminho aberto à educação, pois, sem dúvida alguma, ela surte algum efeito.

Freud (1974 [1930-1929]), em seu texto “O mal-estar na civilização”, já vislumbrava a utilização de substâncias químicas intervindo nos processos mentais, contra o mal-estar ou sofrimento inerente ao homem:

[...] os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. Em última análise, todo sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como conseqüências de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado. O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação (FREUD, 1974 [1930-1929], p. 96).

A maioria das professoras entrevistadas é a favor da medicação para os seus alunos diagnosticados com TDAH (duas professoras ministram o medicamento para a criança na escola), considerando-a uma solução. Porém, alguns questionamentos sobre a medicação às vezes surgem ao longo da entrevista:

Eu aceito a medicação, a gente nota esse aluno, porque na verdade ele incomoda e a gente sente incomodada. Ele incomoda porque ele fica muito inquieto e tira muito a atenção dos outros. Então, quando ele toma remédios dá aquela tranquilidade. E quando ele tranquiliza, consegue aprender melhor.

Têm crianças que são medicadas e elas melhoram. Elas ficam mais tranquilas e como estão tranquilas é mais fácil aprender alguma coisa.

Acho que, às vezes, tem que concordar com algumas coisas, porque a gente ir contra a maré, eu acho difícil. Acho que para meu aluno TDAH o medicamento fez efeito, então significa que eu estou concordando, ele não ficou dopado, concentra e consegue fazer com mais tranquilidade. [...] acho que em alguns casos é necessário, mas a maioria dos casos é medicamento e tem aquela função psicotrópica. Então, a mãe do meu TDAH tem uma preocupação dele ficar dependente o resto da vida do medicamento. Mas eu acho que ao longo dos anos se o TDAH souber conviver com algumas coisas com organização, poderá conviver normalmente, sem medicação. Então, às vezes, eu questiono.

Uma das professoras entrevistadas possui uma posição bastante questionadora em relação à medicação. Ela expõe vários exemplos de sua vivência profissional e coloca as dificuldades do educar nos dias de hoje, que facilmente podem ser confundidas com as do TDAH. Essa professora observa as dificuldades dos pais e suas tentativas de suprir a educação com medicação e comenta também a posição de alguns professores que buscam, na medicação, a solução.

Eu vejo assim: aquele menino muito inquieto, que o pai não está dando conta dele, leva para o médico e o médico dá um 'sossega-leão' e ele fica mais 'pastelzinho'. Às vezes, pode ter uma atenção maior, mas já tive também, menino que tomava e dormia a aula inteira. Então, quer dizer, ele continua não progredindo. Por não existirem exames que confirmem, acho que tem outras terapias que podem ajudar.

Eu já ouvi colegas meus falarem: - dá um remédio para ele, para dar sossego, porque eu não consigo dar aula para os outros, não posso dar atenção para ele, eu tenho que dar aula para os outros!

Eu tenho visto muitas vezes que o remédio atrapalha mais do que ajuda. Eu não acredito em tratamento que não resolva o que provoca aquele comportamento. Eu acho que, primeiro, tem que ser buscado o que provoca aquele comportamento.

Mesmo que a literatura sobre o TDAH enfatize a importância de esclarecimentos sobre a vida escolar da criança antes de se fechar um diagnóstico, nenhuma professora entrevistada disse participar desse processo. Marçal & Silva (2006) apontam ser fundamental, em um procedimento diagnóstico, saber como o professor compreende os problemas do aluno.

As professoras entrevistadas tinham muito a ensinar sobre seus alunos. Ao serem questionadas sobre o que sabiam do seu aluno diagnosticado com TDAH, trouxeram informações sobre o comportamento deles, a personalidade, a família, as relações, os sofrimentos, a aprendizagem, as carências afetivas e sociais. É grande a variedade de comportamentos, situações e sintomas referentes às crianças e que foram revelados pelas professoras. Seguem alguns deles:

Lento na aprendizagem
 Tem muitos conflitos familiares
 Não tem atenção em casa, vem sujo para a escola
 Não produz nada, tem sérios problemas de visão, bate a cabeça
 Falta carinho, são extremamente carentes: querem ficar perto, são dóceis, são mais carinhosos.
 Falta do pai
 Conversa sozinho e quando ansioso baba
 Mania de perseguição
 Tem epilepsia
 O que mais atrapalha é a agressividade dele
 Fazia acompanhamento na APAE
 A família mostra-se desorganizada
 A mãe é superprotetora
 Precisava de limite, faltava a ele limites
 É o bebê do pai
 Ele se isola do grupo
 Completamente desorganizado, espacial e corporal
 Não ingere trigo e leite, quando tomava mingau, daí duas horas ele tava “subindo pelas paredes”
 Problema dele era relacional
 Precisa limite e presença familiar
 Tem pais imaturos e ausentes

E, diante de tantas descrições para um mesmo diagnóstico, surge uma questão: seria possível acreditar num diagnóstico que acomete tantas crianças e que busca categorizar um conjunto tão variável de sintomas, comportamentos e etiologias?

A professora que possui em sua turma três crianças com esse mesmo diagnóstico responde: “vários tipos, três tipos, cada um de um jeito, mas todos com o mesmo diagnóstico”.

Assim, o TDAH se revela como um diagnóstico à disposição de todos os alunos que “não acompanham”. Esse diagnóstico apresenta tamanha maleabilidade, pois muitos podem

fazer uso dele, da maneira que lhe convier, ou seja, contempla problemas tanto de comportamento quanto de aprendizagem.

A intensa disseminação do TDAH pode se justificar pelo que foi acima exposto, pois, como afirma Moscovici (1978), uma ciência é apropriada porque pode servir, sendo que os professores já solicitam meios de diagnosticar esse transtorno, e a literatura sobre o assunto se volta para eles com técnicas e estratégias para detectar os alunos TDAHs.

As professoras, em algum momento da entrevista, revelaram ter certa noção da fragilidade desse diagnóstico. Isso se evidenciava, particularmente, quando elas relatavam detalhes da vida de seu aluno diagnosticado com TDAH ou de outras crianças com as quais tiveram experiências.

Um aluno eu acho que sim, o outro não. Esse outro eu acho que é mais falta de carinho mesmo, quando o pai não dá atenção, ele piora.

[...] tenho outro aluno que a mãe fala que o médico disse que ele é hiperativo. Mas, o menino é mais organizado, mais tranquilo...

Eu acho que as pessoas confundem muito hiperatividade com menino custoso, agitado. Às vezes, aqueles meninos que não têm limites, as pessoas falam que eles são hiperativos. Generalizando muito, né?

Na maioria das vezes a gente aceita. Mas, tem um caso esse ano que questiono o que o médico colocou. Eu questiono, mas, não tenho um conhecimento profundo.

Mesmo com alguns questionamentos, as professoras parecem se submeter ao diagnóstico, pois, segundo elas, “o comportamento é bem diferente, é diferenciado”. E se esse “diferente” e “estranho” receber um nome, torna-se mais familiar e previsível, e assim é mais fácil lidar com o aluno.

Gustavo Stiglitz (2006) busca distinguir o mal real e a construção social do TDAH, pois está claro que existe algum mal-estar que se denuncia através dessas crianças. Mas isso não quer dizer que tais crianças devam ser enquadradas em uma categoria médica, nomeadas e medicadas. Nesse sentido, uma das professoras comenta: “Eu acho que realmente existe alguma coisa, agora te falar exatamente o que é...”.

Um fato marcante nas entrevistas é a ênfase ao “problema de atenção”, não no que diz respeito ao “déficit de atenção”, mas a uma atenção desproporcional do outro. Ora, o que é relatado é uma falta de atenção do outro a essas crianças: “Nós chamamos os pais aqui na escola para pedir atenção ao filho”. Outras vezes é a atenção do outro que excede. Nesse caso, a “mãe superprotetora” foi apontada pelas professoras entrevistadas como exemplo.

Essa “desatenção” em relação a tais crianças, apontada por Jorge Cruz (2001) e Alicia Fernández (2001, p. 204), é a desatenção da sociedade atual, do sistema educativo, da família, dos especialistas, dos professores: crianças desatentas ou crianças desatendidas?

Em contrapartida à desatenção, Bernard Nominé (1997) comenta sobre o excesso de atenção:

[...] caracteriza o sujeito que se mantém na posição do objeto dos cuidados do Outro. Pode ocupar qualquer lugar, contanto que o Outro se fixe nele. Certamente, estes sujeitos colocam problemas no colégio porque precisam que alguém sempre cuide deles. São estas crianças que os norte-americanos chamam de hipercinéticos. [...] eles não ficam num lugar fixo, não encontram seu lugar, porque se mantém na posição do objeto do Outro (NOMINÉ, 1997, p. 26).

Por “**desatenção**” ou por “**excesso de atenção**” o que se manifesta são crianças que pedem atenção ou chamam a atenção do professor, dos colegas e da escola como um todo: “Ele precisa muito mais da atenção da gente”.

Através das entrevistas, as professoras apresentaram também propostas de soluções para a problemática do TDAH. Então, por um lado, fica clara a proximidade da escola com o discurso médico, evidenciando, através do TDAH, o fenômeno da patologização dos problemas escolares. Por outro lado, percebeu-se que as soluções propostas pelos educadores vão além das intervenções médicas e da repetição: nomear, segregar e medicar.

Uma das professoras sugere o medicamento: “Se o caminho é o remédio, é o neurologista, o tratamento tem que ser esse”. Porém, ela prossegue: “eu acho que esse é um dos caminhos, porque junto com esse vem a interação do psicólogo, a família ajuda, e o máximo de compreensão, amor, carinho partindo de nós professores”.

As outras professoras entrevistadas sugerem propostas mais educacionais. Algumas revelam novamente o modelo afetivo e caridoso do “bom professor” (LOPES, 2001) expressos nos sentimentos: “amor”, “paciência”, “pena”.

Muitas delas sugerem a interação entre os profissionais envolvidos com a criança ou a interlocução de saberes, possibilitando um melhor conhecimento do caso. Essa interação se estende, com especial ênfase, à família.

As professoras também propõem medidas pedagógicas como: “atividades diferenciadas”, “firmeza e combinados na delimitação de limites”, “atendimento mais individualizado”, “posturas diferenciadas” e “projetos de arte”.

Uma professora preza pela informação: “[...] a gente peca muito pela falta de informação”. Como se os professores fossem os únicos a “pecar”, não se esclarece para eles as diversas “desinformações” próprias ao TDAH.

Ainda nas entrevistas, as professoras apontaram aquilo que é da ordem de uma construção no contexto educacional e no inédito da relação em cada caso, não estando pronto ou determinado *a priori*, e não sendo possível generalizar:

Solução definitiva não existe, não existe receita para isso. Pode ter vários alunos com TDAH e todos serem diferentes. Então, é preciso ir buscando alternativas pedagógicas para ele ir avançando no processo.

Cada caso é um caso. A gente deve conhecer muito o caso para poder sugerir alguma coisa. Eu acho que não existe uma regra geral.

No momento do processo investigativo até aqui apresentado, foi possível observar, com maior profundidade, como, através da entidade TDAH, o discurso médico prossegue historicamente com seu poder sobre a educação. Assim, a categoria de análise, que remete ao discurso médico, ganhou espontaneamente espaço neste momento da pesquisa. Porém, continuando a análise dos dados, veremos, no processo grupal, o surgimento de discursos e de propostas que reforçam a possibilidade de construção no espaço educacional.

5.3 Análise dos dados do grupo focal

A realização do grupo focal nesta pesquisa teve como objetivo fundamental a amarração e o afunilamento dos dados levantados ao longo do processo investigativo. Além de se perceber o cumprimento desse objetivo, marcado pela manifestação das propriedades qualitativas da Representação Social nos discursos dos educadores, pôde-se, também, visualizar o grupo como cenário de intensa produção.

Primeiramente, podemos observar o “valor simbólico” e o “poder associativo” da representação dos educadores, através de conceitos que se mostram imprescindíveis ao longo da pesquisa.

Tais conceitos podem ser agrupados, por sinonímia, em “desconcentração”/“desatenção” e “inquietação”/“agitação”. O primeiro agrupamento remete

às dificuldades de aprendizagem e o segundo aos desvios de comportamento, que sintetizam os problemas apresentados na relação professor-aluno e enfatizados no contexto escolar atual.

Na discussão do grupo, mostrou-se evidente a repercussão da ampliação diagnóstica trazida pelo conceito apresentado em 1994, pelo DSM IV: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Esse conceito quis mostrar que o déficit de atenção também tem o seu espaço de reconhecimento, e não somente a hiperatividade. Essa modificação conceitual tem sua origem na terceira edição do DSM (DSM-III), em 1980, onde a entidade recebeu o nome de “distúrbio de déficit de atenção (DDA)”. Vejamos o comentário de uma professora em relação a isso:

A gente falava mais da hiperatividade, achava que era aquele menino mais hiperativo que sofria desse transtorno. Agora, a gente tem a visão que não somente aquele menino hiper agitado, mas também aquele quieto e meio parado tem esse transtorno.

É através dessa mudança na conceituação que o referido transtorno enlaça-se à dificuldade de aprendizagem, “pois permitiu-se a inclusão [neste diagnóstico] de crianças sem nenhuma hiperatividade, aparentemente ‘tranqüilas’, mas com dificuldades em manter o foco de vigilância em tarefas escolares” (LIMA, 2005, p. 56), conforme esclarece a professora:

Antes acreditava que a criança hiperativa não tinha dificuldade de aprendizagem. Achava até que ela tinha uma aprendizagem mais eficaz que as outras crianças por ser mais esperta. Mas tive o esclarecimento que a criança hiperativa apresenta dificuldade de aprendizagem.

A partir desse comentário, as professoras teceram discussões sobre o TDAH e a aprendizagem. Elas chegaram à conclusão que as dificuldades de aprendizagem dessas crianças referem-se especialmente às dificuldades no processamento lingüístico⁴⁶ e à particularidade do tempo para aprender. Em meio a suposições e questionamentos, essas discussões construíram conhecimentos no grupo, sustentados não pela repetição de uma teoria científica, mas pela observação minuciosa e questionadora dessas professoras em relação aos seus alunos em sua prática pedagógica. Seguem algumas das colocações feitas pelas professoras durante as discussões:

⁴⁶ O TDAH visto como déficit no processamento lingüístico tem sido estudado por Marilene Cortez, em sua pesquisa intitulada “A atenção e a anáfora em crianças com TDAH”, realizada pela Faculdade de Letras da UFMG (em fase de pré-publicação). Marilene Cortez apresentou seu projeto de pesquisa para o doutorado, no seminário do Laboratório de Psicologia e Educação (LAPEP), realizado na FAE/UFMG, em outubro de 2008.

Ele tem uma dificuldade enorme em português, não compreende as palavras, falta interpretação.

Tem dificuldade de organizar a aprendizagem, de coordenar, tem uma fala desenvolvida e não consegue registrar, a dificuldade maior é sempre no português.

Eu penso que a questão da linguagem é a mais prejudicada, a oral e a escrita.

Maior dificuldade encontrada é que o tempo deles (TDAHs) é diferente, e o nosso tempo na escola com a turma não é esse.

O tempo dele é maior, mais o sistema não aceita isso.

Aprendi que o tempo dele é diferente do meu, um tempo diferente do esperado.

O grupo focal reafirmou os conceitos principais da representação do TDAH pelos professores; novamente foram enfatizados os comportamentos escolares desviantes, e não a patologia. Aliás, nesse momento da pesquisa, apareceu uma nítida contradição entre os professores: o TDAH não é uma doença versus o TDAH é uma doença. Para tanto, Moscovici (1978, p. 210) esclarece: “O aparecimento de uma ciência ou de uma corrente filosófica produz sempre uma série de tomadas de posições contraditórias e de desequilíbrios na mobilização afetiva que são específicos de seu embate com o grupo social”.

O TDAH não é concebido na representação dos educadores sem os conceitos “desconcentração/desatenção” e “inquietação/agitação”. E conectadas a esses conceitos, foram citadas, pelo grupo de professores, várias conceituações para o TDAH, muitas dessas já apresentadas nos momentos anteriores da pesquisa: “dificuldade de aprendizagem”, “sem limite”, “desorganização”, “agressividade”, “dificuldade de linguagem”, “falta de autonomia”, “tempo diferente”, “pode ser organizado”, “muito quieto”.

A interação e as trocas do grupo propiciaram, nesse momento da pesquisa, a formulação de muitos questionamentos. Uma professora parecia amparar a outra na possibilidade de falar o que pensa, rompendo resistências em relação a um saber pertencente aos especialistas. Mesmo havendo várias situações de dissenso, a discussão se ampliava e se abria à construção de novos conhecimentos. Sem dúvida, no grupo aconteceu um fortalecimento dessa categoria profissional, no que diz respeito à possibilidade de construir conhecimentos.

Um questionamento do grupo, também apresentado nas entrevistas, foi com relação à simultaneidade da propagação do TDAH e do contexto atual das famílias e da sociedade referente à educação das crianças.

Têm muitas questões a serem consideradas antes de tacar o remédio no menino e taxá-lo de TDAH. Porque é todo um contexto familiar e social. O menino não tem limites e atenção. A maioria das crianças que a gente recebe hoje não tem limites, elas ficam largadas. Isto é TDAH ou uma questão de educação?

Cypel (2001, p. 13), ao referir-se historicamente ao TDAH, também questiona a educação: “É possível que a educação familiar e os regimes escolares mais severos e rígidos, anteriores a este século, de alguma forma tenham limitado o aparecimento desses comportamentos ou, então, os mantivessem mais contidos”.

O “problema da atenção do outro” é novamente abordado pelas professoras, ora se fala de desatenção familiar ora de excesso de atenção ou superproteção materna.

Outro questionamento às famílias refere-se a como algumas delas resistem a se comprometer com a avaliação e com o tratamento da criança, e como outras tiram proveito do diagnóstico e desse tratamento para exatamente se descomprometer com a educação dessa criança.

Tem família que fica resistente a colocar a criança nesse lugar, aí por conta própria corta o medicamento. Mas, para outras famílias tudo se justifica pelo TDAH.

A família já colocou na cabeça dele, que ele tem TDAH. Então, isto significa: ele ser o primeiro da fila sempre, sentar na frente, enfiar a mão na mochila do outro para tomar a merenda e toda falta de limite. Tentei conversar com mãe, a primeira coisa que ela falou foi que ele tem TDAH e toma remédio. Disse a ela que queria conversar além disto, sobre o comportamento e os limites dele. Ela não voltou na escola, não quer ouvir, está bom desse jeito.

Patto (1991) e Tallis (2006) expõem, respectivamente, a “postura fatalista” e “a desresponsabilização” que a biologização e a medicalização trazem para a educação familiar e para a escolar.

As discussões do grupo de professoras apontam para a fragilidade do diagnóstico de TDAH. A maioria delas não conhece o procedimento diagnóstico, mas parece sempre haver um crédito pré-concebido ao poder do médico de ter instrumentos fidedignos para detectar o problema da criança. Segundo Jean Clavreul (1985, p. 40-41), “a crença na medicina ultrapassa de longe a crença em qualquer religião que seja”.

Apesar desse aparente crédito dado aos médicos, o grupo, por condução de algumas professoras, começou a discutir melhor o assunto:

Eu posso estar enganada, mas acho que na hora de diagnosticar o neurologista não tem noção do que é na escola, do relacionamento da professora com o aluno, como ele é dentro da sala.

E, continuando, as professoras relataram: a falta de comunicação com os médicos (“os relatórios não são suficientes, é preciso discutir o caso”); que as informações que os pais levam para os médicos nem sempre são o que realmente acontece; que os laudos dos médicos, quando chegam à escola, “parece que são para não serem entendidos”.

Os médicos e os psicólogos não dão laudos para a escola, foi reivindicado, mas quando dão, são muito complexos, a gente não entende, a escola não entende, ninguém entende. Nós pedimos laudos mais claros para poder ajudar as crianças.

As professoras declararam que o TDAH é um assunto “velado”, que não se discute, às vezes se informa por meio de palestras de médicos e de psicólogos:

Você recebe o menino com diagnóstico de TDAH, toma Rivotril®, Ritalina® ou Tofranil®, mas é uma coisa velada, a gente só vai falar sobre isto quando tem que mandar relatório. É muito fechado, a gente não discute na escola sobre isto, nunca discuti sobre TDAH.

A condição do professor, infelizmente, é essa, já vem discutido, é isto e pronto, quem somos nós para discutir um laudo do médico?

De acordo com Moscovici (1978, p. 246), “a Representação Social de uma ciência desenha-se entre a busca de um sentido e a de uma informação satisfatória”.

O que se percebe tanto na literatura médica sobre o TDAH quanto na discussão das professoras, é que o único fato levado em conta é a desinformação do professor sobre o assunto. Na tentativa de sanar tal desinformação, os especialistas fazem palestras para os educadores. Porém, não é colocada em discussão a questão sobre o referido transtorno na escola, o que permitiria aos educadores dar sentido e participar do problema.

Na busca de esclarecer isso que é apontado pelos professores dessa discussão, recorremos, novamente, a Moscovici (1978):

A transformação de um conhecimento indireto num conhecimento direto constitui o único meio de nos apropriarmos do universo exterior. Exterior num duplo sentido: o que não nos pertence – mas se subentende que pertença ao especialista – e o que está fora de nós, fora dos limites do nosso campo de ação (MOSCOVICI, 1978, p. 53).

Ainda sobre a fragilidade do diagnóstico de TDAH, os professores comentam que os sintomas nomeados hoje de TDAH, podem ser conseqüências: das defasagens no

desenvolvimento e no processo de aprendizagem da criança; da falta de referência e de comprometimento familiar, sendo que as crianças não brincam mais e são educadas pela televisão; de dificuldades relacionais e emocionais da criança; ou da resposta a uma sociedade onde temos que ser hiper-ativos e atentarmos a tudo.

Um fato interessante a salientar é como as professoras denunciam os critérios subjetivos da definição diagnóstica do TDAH. Elas contam que existem comportamentos e sintomas identificados nelas e em seus filhos que coincidem com os sintomas dos alunos TDAHs. Entretanto, em relação a elas e aos seus filhos, tais comportamentos são julgados como situacionais ou próprios à personalidade; em contrapartida, os mesmos comportamentos e sintomas são julgados em alguns alunos como critérios para o diagnóstico de TDAH. Foi neste ponto da discussão que surgiu a polêmica: o TDAH é ou não uma doença? Vejamos alguns relatos:

Minha filha era assim, distraía fácil, mas eu também era, aí levei ela à psicóloga e não deu em nada. Eu divago muito, eu vivia no mundo da lua. Tomei bomba três vezes na escola. Eu só queria saber de brincar.

Meu filho foi taxado de hiperativo, mas ele não é; levei para avaliação, mas eu sabia que era um momento de regressão e ele precisava de uma psicóloga.

Neste momento outra professora intervém:

Mas isto aconteceu assim com seu filho porque você se posicionou, mas com meu aluno aconteceu o mesmo e ele está com o diagnóstico e tomando medicamento.

Foi neste ponto da discussão que surgiu a polêmica: o TDAH é ou não uma doença? Observemos essa polêmica:

O TDAH não é deficiente mental, eu vejo doença como uma questão fisiológica muito séria. O TDAH é saudável. Com ou sem medicação ele é saudável, pode ter no máximo comportamento agressivo.

Eu acho que é doença, é um distúrbio, e todo distúrbio que o organismo tem é doença.

Através dessa polêmica, passaram à questão da medicação, pois, conclui-se que a medicação é para quem está doente. Depois de muito discutirem, as professoras chegaram à conclusão de que o diagnóstico do TDAH é rápido e passível de pouca investigação, o que gera a prescrição de medicação:

A gente vê vários alunos se encaixando no diagnóstico. Eu acho que existe muito diagnóstico e pouca investigação. O menino passa por uma avaliação neurológica e o médico já dá o diagnóstico, é muito rápido.

Uma outra professora pensa que:

o diagnóstico é rápido e deveria envolver outros profissionais, porque, muitas vezes, fica só no neurologista, mesmo que ele indique atividade física, psicólogo, psicopedagogo, a família não leva, fica só na medicação e acabou.

Aparece nova polêmica no grupo: a resistência familiar ao psicólogo e a outros profissionais e terapias, além do neurologista e da medicação, é “cultural” ou “financeira”?

Umam pensa que “o que barra levar ao psicólogo é a dificuldade familiar, isto é cultural”; já outra diz: “Eu penso que seja a dificuldade financeira da família”.

Mesmo considerando a precária condição financeira de algumas famílias, não se pode deixar de salientar que a tendência a patologizar as dificuldades das crianças tem levado pais e educadores a recorrerem às abordagens mais urgentes e descomprometidas como as neurológicas, e menos às abordagens psicológicas (TALLIS, 2006).

Quando a professora diz de uma “resistência cultural”, podemos recordar que a biologização e medicalização das dificuldades escolares povoa o imaginário das pessoas. É o que nos mostra Patto (1991) ao referenciar o famoso “Jeca Tatu”, personagem de Monteiro Lobato, que, para curar-se de uma preguiça patológica, virando um fazendeiro bem sucedido, precisou da intervenção do médico e dos remédios de laboratório.

Segundo as professoras, existe uma dependência psíquica por parte das crianças e de seus familiares em relação à medicação:

Ele chega à escola e fala: - sabe por que estou assim hoje? Porque minha mãe não me deu remédio. Eu olho para ele e falo: - você não precisa de remédio. Ele diz: - preciso sim, você não está vendo como estou hoje, correndo de lá pra cá?

A mãe me fala: - olha para você ver, nem a Ritalina está segurando ele.

As professoras percebem, em alguns alunos, resultados positivos no uso da medicação; para outros, não vêem diferença. Porém, elas evidenciam a medicação como saída “mais fácil”, “cômoda” ou viável para o problema, conforme podemos observar abaixo:

É uma bola de neve, e hoje se definiu TDAH, hiperatividade, e aí não é mais fácil medicar? A família não dá conta leva para a escola, a escola vai pelos meios oficiais

e técnicos e manda para o especialista, e o menino volta com um diagnóstico, aí parou, ele fica assim. A gente não dá conta de fazer mais do que fazemos, o papel da escola é de assistencialista ou de formadora?

Eu acho que a medicação, para nós que temos tantos outros problemas, é até cômoda.

As professoras manifestaram um sentimento de desamparo frente aos inúmeros problemas escolares. Elas relataram: como as crianças com seus diagnósticos chegam e tornam-se delas, e não da escola (“meu TDAH”); a ausência ou insuficiência de interação entre educadores e especialistas; a difícil colaboração da família, da escola e do sistema educacional.

Esse desamparo do professor pode culminar em um apego à solução mais rápida que aparecer e, assim, o diagnosticar e o medicar podem ganhar espaço na escola. Legnani (2003) aponta a patologização das dificuldades dos alunos como fenômeno defensivo utilizado pelos educadores, sendo que o diagnóstico de TDAH, atualmente, coloca-se como a descrição médica mais utilizada para dar vazão a tal mecanismo de patologização no contexto escolar.

Uma professora expressou o alívio de sua “culpa” diante do diagnóstico dos seus alunos:

Eu fui vendo que eles não caminhavam com o restante da turma e eu só me culpando, pois não tinha nada para me provar que não era uma falha minha, e sim deles. Se tivesse o diagnóstico desde o início eu não tinha me culpado tanto, sofrido tanto e os feito sofrer. Eu tentei de todo jeito e eles não aprendiam, como sofri... hoje eu sofro com o sistema, com a supervisora pedagógica, porque ela quer que eles aprendam de todo jeito, e se eu não tiver um laudo para mostrar para ela, quem está falhando sou eu, quem não está dando conta sou eu.

O jogo de culpa revelado no discurso da professora acima é também evidenciado por Moysés e Collares (1992c, p. 24). Segundo as autoras, acusa-se, com o mesmo discurso culpabilizante, ora a criança ora a família, ou ora o professor. Essa culpabilização não traz solução: “Imobilizante, constitui um empecilho ao avanço das discussões, da busca de propostas possíveis, imediatas e em longo prazo, de transformações da instituição escolar e do fazer pedagógico”.

Outras professoras descreveram as demandas do sistema educacional:

O sistema faz com que faça diferença ter um diagnóstico, são números, estatística faz diferença para o sistema. O TDAH é aluno de inclusão, não se pode ter mais que três na sala, então, o diagnóstico faz diferença para a escola. O assunto TDAH não

aparece para ser discutido no dia escolar, ele aparece quando você faz o PDI⁴⁷ do menino para ele entrar no programa do Estado.

O sistema vai pressionando no ter que aprender a ler e a escrever, e a questão corporal, psicológica vai sendo deixada para trás.

Mesmo eu sendo contra essa metodologia, o sistema pede para gente ser tradicional, porque quer que essas crianças leiam e o resultado é mais rápido mesmo.

Neste terceiro momento da pesquisa, no grupo focal, percebeu-se uma maior implicação dos educadores com a construção de respostas educativas para a solução do problema. Isso provavelmente devido ao processo de conversação em grupo já apontado por Moscovici (1978, p. 53): “Graças a esses falatórios, não só as informações são transmitidas e os hábitos do grupo confirmados, mas cada um adquire uma competência enciclopédica acerca do que é objeto da discussão”.

No processo grupal, as propostas de soluções para a problemática do TDAH, apostaram na construção no espaço educacional, enfatizando em “*primeiro lugar a relação*” professor-aluno, evidenciando a particularidade dessa relação, que é o fato de ser marcada pela subjetividade do professor e do aluno, o que faz dela única. Assim, cada professora, relatando sua relação com os alunos, apontou um componente diferencial:

Eu acho que o primeiro momento é você construir a relação com ele, é o mais importante, e aí você consegue a proximidade da família. É preciso ser autoridade para ele.

Uma das primeiras coisas é você tentar criar uma relação com a criança, aí depois pode partir para outras coisas.

Com um olhar diferenciado para esse aluno, mas o tratando igual aos outros. Isso tem feito a diferença. Eu respeito a diferença, mas ele também é cobrado.

Esse espaço relacional, que concede ao professor certo encantamento por parte de seu aluno, é chamado, pela psicanálise, de transferência. De acordo com Lacan (1992a, p. 176), “na transferência, o sujeito fabrica, constrói alguma coisa”. Os discursos das professoras revelaram a possibilidade da construção educacional que se abre na relação com o aluno.

O processo grupal, através das conversações, evidenciou o papel das Representações Sociais nas condutas de um grupo. As propostas sugeridas pelos professores objetivam novas

⁴⁷ Plano de Desenvolvimento Individual.

condutas, não apenas diante do TDAH, mas que vão além, caracterizando uma implicação com a educação como um todo:

A questão pedagógica é importante, aquela postura tradicional não dá certo com nenhum aluno mais. A gente precisa discutir mais essa questão, aceitar mudanças, estabelecer limites, definir posturas, a educação peca por não ter um eixo. E temos, também, que diversificar, não devemos ficar na mesma linha com as crianças de hoje.

As professoras sugeriram projetos escolares que incluíssem o lúdico, o corpo e a arte, e não somente o “ler e escrever” tão demandado pelo sistema educacional para beneficiar seus dados estatísticos.

O “amor” e a “paciência” aos alunos, sentimentos enfatizados pelas professoras nos outros momentos da pesquisa, reaparecem também neste momento.

Algumas professoras solicitaram mais informação e outras mais discussões. Essas discussões solicitadas mostram-se também ausentes em outros contextos relacionados ao TDAH, nos quais evita-se o dissenso e força-se um consenso.

A partir dos depoimentos a seguir, observa-se que o grupo percebeu que, como educador, implicar-se com o TDAH envolve implicar-se com a educação e romper com as comodidades e com os preconceitos, abrindo-se a novas condutas:

A gente foca os problemas, nós estamos falando do TDAH, mas o problema da escola hoje não é o TDAH, ele é só o código da vez, tem-se que eleger alguma coisa e o TDAH foi eleito no momento, mas a questão da educação é muito mais complexa.

De repente é mais cômodo um diagnóstico, porque já vem com o rótulo; nos outros casos temos que buscar qual o problema. O TDAH já vem rotulado. Os outros problemas temos que investigar: não é TDAH, então o que é?

A postura tem que mudar, o sistema tem que ter outra visão de educação. Quem sabe futuramente, com as reformulações e formações que estamos tendo, os problemas escolares não sejam resolvidos com medicamentos, porque hoje ficamos buscando socorro para as coisas que acontecem. Está na hora de pensarmos, o momento é de inovar.

Esse grupo, como já exposto, constituiu-se, aleatoriamente, por educadores atentos a muitas questões educacionais; isso favoreceu muito as trocas ocorridas nas conversações, que, aliás, trouxeram um diferencial para a presente pesquisa. Uma das professoras, de alguma forma, comungou dessa observação:

Esse grupo é um grupo pequeno e fechado, eu percebi que todas nós temos um olhar diferente, mas infelizmente isto não acontece com todos. Afinal é muito mais fácil mesmo dar a Ritalina para o aluno, é um “sossega-leão”, e aí dar a sua aula, ir embora e acabou: “o problema não é meu, estou aqui com ele quatro horas e não quero saber”. Eu percebo que muitas professoras não têm o tipo de preocupação que temos, de um maior compromisso com as crianças. O que discutimos aqui não é de todo mundo.

Portanto, a análise dos dados coletados no grupo focal, permitiu, além da confirmação dos elementos imprescindíveis da representação do TDAH pelos educadores, enfatizar a categoria de análise relacionada às soluções por eles propostas. Pois, além de todas as possíveis explicações para o TDAH apresentadas pelas professoras, que não se reduziam ao biológico, elas propuseram o espaço relacional com o aluno como principal lugar de intervenção diante da problemática do transtorno. Sugeriram também posturas pedagógicas diversificadas e projetos que incluam o lúdico, o corpo e a arte. Tais propostas dizem da importância de superar a exigência de padronização do sistema educacional, atentando para a singularidade do tempo, da forma e da relação na aprendizagem.

As trocas e a singularidade reveladas por esse grupo, possibilitaram a constatação de que pode haver uma implicação do educador que, para além da repetição do discurso médico, construa repostas educacionais.

5.4 Discussão dos resultados

O processo de análise dos dados coletados nos três momentos da pesquisa, já propiciou as discussões dos resultados neles contidos. Porém, neste momento, pretende-se destacar os pontos de convergências entre os dados coletados e também as conclusões, visando responder aos objetivos da pesquisa.

No processo de análise, observamos que, através do recurso de evocação livre, enfatizamos a **conceituação** ou os conceitos principais da representação do TDAH pelos educadores. Ao prosseguirmos, percebemos, com maior clareza, nas entrevistas, a relação do professor com o **discurso médico**, e finalizamos observando a mobilização grupal dos professores para uma possível **construção educacional** diante do TDAH.

Podemos concluir que o processo de pesquisa foi mobilizando, gradativamente, nos educadores, uma maior conscientização de sua implicação com a questão. Esse fato, permitiu a construção de conhecimentos no grupo que não eram simples reproduções de um saber

alheio, mas, como explica Moscovici (1978), tinham um “caráter criador” que motivava discursos e condutas.

O TDAH não pode ser concebido na representação dos educadores sem os conceitos “desconcentração/desatenção” e “inquietação/agitação”. A imprescindibilidade desses elementos em tal representação se mostra confirmada. O conjunto dessa representação ou o seu “laço simbólico” perde sua significação sem esses conceitos ou elementos.

Esses conceitos, agrupados por sinonímia, conectam-se a vários outros conceitos que também descrevem comportamentos problemáticos para a escola.

Podemos associar os conceitos “desconcentração/desatenção” às dificuldades de aprendizagem e “inquietação/agitação” aos desvios de comportamento. Tendo em vista que as dificuldades de aprendizagem e os desvios de comportamento sintetizam os problemas apresentados na relação professor-aluno e enfatizados no contexto escolar atual, pôde-se observar que o TDAH torna-se um diagnóstico bastante maleável para a nomeação dos problemas escolares.

A maleabilidade desse diagnóstico evidencia-se nos discursos das professoras e confirma-se pelo fato de ele servir às várias classes sociais, aos agitados e aos quietos, aos muito inteligentes e aos pouco dotados, aos passivos e aos ativos, aos hiperconcentrados e aos distraídos, aos indisciplinados e aos apáticos; o que justifica sua intensa propagação, pois um conhecimento para ser apropriado é preciso servir (MOSCOVICI, 1978).

As caracterizações da “criança problema” (MIRANDA, 2006) correspondem exatamente às descrições dos comportamentos sintomáticos das crianças com TDAH, o que leva a crer que esse diagnóstico é o protótipo atual de “criança problema”.

Pode-se concluir que, na representação dos educadores, o TDAH é visto menos como patologia, estando mais associado aos comportamentos escolares desviantes. Esse fato se explica pelos processos de “**objetivação**” e “**ancoragem**” da Representação Social, próprios à apropriação de um saber alheio.

A conclusão apresentada acima pode gerar condutas diferenciadas, condutas estas que dependerão da implicação do educador, que poderá estar de acordo com o discurso médico ou com a construção educacional.

A repetição do discurso médico pelo educador levaria à nomeação, com o diagnóstico de TDAH, de variados comportamentos escolares desviantes. Isso propiciaria o fortalecimento dos fenômenos de patologização e de medicalização dos problemas escolares.

Por outro lado, os educadores poderiam também implicar-se com a construção educacional, percebendo que, por serem problemas escolares, esses comportamentos desviantes e suas soluções envolvem propostas educacionais e não exteriores à escola.

Para isso acontecer, o professor precisa retomar o espaço escolar expropriado por outros saberes (MOYSÉS & COLLARES, 1992b) e se perceber como sujeito ativo, e não como um expectador do processo educacional.

É possível e desejável a interlocução de saberes com a educação. Porém, qualquer especialista somente pode colaborar com a educação, se ele reconhecer o lugar privilegiado dos profissionais que fazem parte desse contexto, ou seja, o lugar dos educadores.

Não se nega a existência de comprometimentos orgânicos e psicológicos vivenciados pelos alunos, porém, acredita-se que as relações escolares têm um papel importantíssimo sobre essas vivências. A educação se constrói num campo relacional, marcado por um vazio sempre aberto à criação. Esse vazio cabe ao educador, através de seu desejo, enfrentar.

Os educadores têm muito a construir diante dos impasses, “mal-estares” ou “desamparos” que se manifestam no ato de educar (em especial nos dias de hoje), antes de decidir por um encaminhamento à saúde mental, principalmente porque, muitas vezes, esse encaminhamento se reduz à consequência de um rótulo e de uma medicação para o aluno.

Observa-se que os educadores desvalorizam seus próprios saberes e experiências profissionais, para conceder um crédito pré-concebido (ou seja, baseado em preconceitos) aos especialistas, particularmente, ao discurso médico. Será por isso que os educadores demandam tanta informação?

Porém, como esclarece Moscovici (1978, p. 92): “a tomada de posição dos indivíduos não depende do seu grau de informação”. Então, o fenômeno TDAH, encontrando-se ainda na incerteza da confirmação nosológica, poderia, em vez de se fechar em informações de especialistas, abrir-se ao campo das discussões no contexto escolar.

Se, através das conversações, “as combinações intelectuais são naturalmente selecionadas, antes de se cristalizarem em símbolos ou em ferramentas sociais” (MOSCOVICI, 1978, p. 101), também é nelas que a psicanálise faz sua aposta de forma a intervir em situações cristalizadas, propiciando a construção do novo ou inédito (LACADÉE & MONNIER, 1999/2000).

A presente pesquisa mostrou, através da pesquisa de campo, a possibilidade de construções educacionais diante da problemática do TDAH nas escolas, ainda que se observe, nesse mesmo contexto, a incidência e a insistência do discurso médico em se afirmar através da disseminação do transtorno.

Conforme relatado pelas professoras, é cômodo acreditar em preconceitos ou “mitificações científicas” oferecidos pela área médica, psicológica ou qualquer outra área afim, incorporando-os passivamente à educação como uma verdade (MOYSÉS & COLLARES, 1992a).

Segundo Agnes Heller (1992, p. 48), “crer em preconceitos é cômodo porque nos protege de conflitos, porque confirma nossas ações anteriores”. Entretanto, implicar-se em construções educacionais consiste em ir além do comodismo e dos preconceitos, e enfrentar conflitos e desafios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição do presente trabalho à educação é a de salientar a importância de transformar em discussão e questionamento uma “mitificação científicizada” que vem sendo informada e incorporada como verdade no contexto escolar.

Para que essa transformação aconteça, é preciso acreditar em construções, no espaço escolar, para além da repetição, do comodismo e dos preconceitos, sendo isso uma consequência da implicação do educador.

Os dados evidenciaram que o TDAH é uma nomeação bastante usada na atualidade para referir-se aos comportamentos apresentados como diferenciados do padrão ideal normativo, que incomodam a escola e que são causadores do mal-estar docente.

Mesmo que variados problemas escolares possam ser nomeados com o diagnóstico de TDAH, podemos sintetizar esse fenômeno, através das construções representativas dos educadores, com os conceitos “desconcentração/desatenção” e “inquietação”/“agitação.” Esses conceitos remetem, respectivamente, às dificuldades de aprendizagem e aos desvios de comportamentos – problemas que marcam o cenário escolar atual.

Essa verificação apresentada acima pode explicar a grande incidência desse diagnóstico nos últimos tempos, levando-nos a crer que a criança TDAH é o protótipo atual da “criança problema”.

A fragilidade e a inconsistência desse diagnóstico são apontadas pelos professores quando estes evidenciam, através do julgamento que se faz dos sintomas apresentados pelas crianças, o quanto são subjetivos os critérios que definem o diagnóstico de TDAH.

Tal inconsistência diagnóstica aparece, também, através de uma polêmica levantada pelos professores sobre se o TDAH é mesmo uma patologia. São apresentadas várias formas de leitura dos sintomas, nas quais a família e a sociedade atual aparecem associadas à grande incidência desses sintomas.

A “atenção desproporcional” ou “descaso” da família e da sociedade atual à educação das crianças; a insuficiência da interdisciplinaridade ou a interlocução de saberes sobre o transtorno; e as inadequações do sistema educacional para acolher as crianças ditas diferentes, são apresentadas como causas do desamparo sentido pelos professores.

Esse desamparo se transforma – por preconceito, culpa, defesa ou comodidade – em via de acesso do discurso médico à educação, fortalecendo os processos de patologização e medicalização dos problemas escolares.

Existe, para os educadores, uma pré-concepção imaginária de uma “salvação” vinda dos especialistas ou de fora do contexto escolar, como é mostrado nos trabalhos de Moysés & Collares (1992 a, b).

Referindo-se ao encaminhamento ao psicólogo, Miranda (2006) evidencia que não passa despercebida a expectativa do professor de que esse profissional possa remover das crianças os aspectos insuportáveis apresentados na relação professor-aluno.

O psicólogo “conserta”, o médico “conserta” ou o remédio “**Concerta®**” o que acontece nessa relação educacional, sem reconhecer o lugar privilegiado do profissional pertencente a esse contexto?

Outro ponto de relevância desta pesquisa refere-se à ênfase dada ao lugar do professor como construtor de conhecimentos e de soluções educativas para lidar com a sintomática do TDAH e de outros problemas escolares.

Assim, nessa aposta na elaboração de conhecimentos e de condutas, a escolha metodológica pela Teoria das Representações Sociais mostrou-se fundamental. Pois, num percurso gradativo, utilizando três recursos metodológicos, pôde-se perceber um processo de conscientização e mobilização de possibilidades construtivas por parte dos professores, o que levou esse momento investigativo a tornar-se, também, uma intervenção prática.

Observou-se também que, apesar da submissão e da aproximação da educação ao discurso médico, existe a possibilidade de se construir uma resposta à problemática do TDAH, resposta que não se reduz simplesmente a nomear, segregar e medicar as crianças. Dessa forma, a relação professor-aluno foi referenciada pelos educadores como a principal intervenção.

“A tarefa e o compromisso de contribuir para resgatar a autonomia decisivo-executória do professor, para revalorizar a prática pedagógica como esforço coletivo e para transformar normas, valores e expectativas” são descritos por Zilda Del Prette & Almir Del Prette (2001, p. 153) como relativos à prática atual do psicólogo educacional. Enfatiza-se, também neste trabalho, a tentativa de cumprimento dessa tarefa e compromisso.

Essa pesquisa não tem pretensão de criar ou sustentar uma teoria que defina o TDAH, pelo contrário, visa mostrar a fragilidade das definições propostas e suas conseqüências para a escola e para suas crianças ditas diferentes. Até porque, estando pautada num percurso psicanalítico e percebendo o “sintoma” como o que há de mais particular em cada sujeito, não

proponho emoldurar sintomatologias. Afinal, o que a psicanálise acredita é que cada sujeito possa se haver com a singularidade de seu sintoma, mesmo que genericamente ele seja nomeado de “TDAH”, “hiperatividade”, “Déficit de atenção”.

Mais que propor informações sobre o TDAH aos educadores, essa pesquisa apresenta-se como um crédito à capacidade deles de criar conhecimentos e soluções.

Não se nega a possibilidade dessa entidade TDAH se afirmar um dia como patologia orgânica, merecedora de terapêutica medicamentosa; porém, não com a maleabilidade diagnóstica que possui atualmente, mas sim com critérios diagnósticos mais objetivos e confiáveis. Enquanto isso não é fato, o que nos resta são produções em espaço de discussões, dialogando com teorias acerca do tema, afinal, o TDAH, hoje, possui muito mais perguntas do que respostas.

Acredita-se que existam várias formas de evidenciar o fenômeno do TDAH, uma vez que a entidade nosológica ainda se encontra incerta, embora os sintomas sejam claramente percebidos. Nesse sentido, buscar uma discussão ou um “contra-senso” que aceite a polemização ou a problematização e que não force o consenso, seria a saída mais viável para a construção de uma resposta educacional ao TDAH.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. GEWANDSZAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV** – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ANDRÉ, Marli E. D. A. A pesquisa no cotidiano escolar. In: FAZENDA, Ivani (org). **Metodologia da pesquisa educacional**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- AYRES, Raquel. Com começo e sem fim. **Encontro**. Belo Horizonte, p. 84-87, fev. 2006.
- BARKLEY, Russel A. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH):** guia completo para os pais, professores e profissionais da saúde. Tradução Luiz Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARKLEY, Russel A. Prefácio. In: DUPAUL, George J.; STONER, Gary. **TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção**. Tradução Dayse Batista. São Paulo: M. Books do Brasil, 2007.
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica, um guia de orientação para profissionais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Manual da escala de Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: versão para professores**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b.
- BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; BROMBERG, Maria Cristina. Intervenções na escola. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BORDIEU, Pierre. Compreender. In: BORDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997. p.693-732.
- BRIOSO, Angeles; SARRIÁ, Encarnación. Distúrbios de comportamento. In: COLL, César; PALACIOS, Jesus; MARCHESI, Álvaro. **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Tradução Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 10.
- CAMPOS, Regina Helena de Freitas. História da psicologia e história da Educação – conexões. In: VEIGA, Cinthia; FONSECA, Thaís (Orgs.). **História e historiografia da educação no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 129-158.
- CAMPOS, Regina Helena de Freitas. Em busca de um modelo teórico para o estudo da história da psicologia no contexto sociocultural. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas

(Org.). História da Psicologia – pesquisa, formação, ensino. São Paulo: EDUC (Coletânea Anpepp 15).

CANGUILHEM, George. **O Normal e o Patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPRA, Fritjot. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução Álvaro Cabral. 20.ed. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARLINI, Elisaldo A. et al. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n.1, 2003.

CARROL, Lee; TOBER, Jan. **Crianças índigo**. Tradução Yma Vick. São Paulo: Butterfly, 2005.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. Tradução Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CORDIÉ, Anny. **Os atrasados não existem**: psicanálise de crianças com fracasso escolar. Tradução: Sônia Flach e Marta D'Agord. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CORREDATO, Tânia R.; BROGIO, Silvana. Hiperatividade ou falta de limites? **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v.1, n.1, p.73-79, jul/dez. 2003.

CORREIA FILHO, Alceu Gomes; PASTURA, Giuseppe. As medicações estimulantes. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

COSTA, Wilse A.; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. A construção social do conceito de bom professor. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

COSTA, Dóris Anita Freire. **Fracasso escolar**: diferença ou deficiência? 2. ed. Porto Alegre: Kuarup, 1993.

COSTA, Themis Cardoso. **Crianças indóceis em sala de aula**. 2006. 131f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2006.

CRUZ, Jorge Gonçalves da. ADD: Crianças e jovens com “Déficit atencional”: desatentos ou desatendidos? In: FERNÁNDEZ, Alicia. **Os idiomas do aprendente**: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação. Tradução Neusa Kern Hickel e Regina Orgler Sordi. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CURY, Augusto Jorge. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. 6. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade**: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DOISE, W & PALMONARI, A. (Orgs.) **L'étude des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986. Tradução Regina Helena Freitas de Campos.

DUPAUL, George J.; CONNOR, Daniel. Os estimulantes. In: BARKLEY, Russel A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para os pais, professores e profissionais da saúde**. Tradução Luiz Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUPAUL, George J.; STONER, Gary. **TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção**. Tradução Dayse Batista. São Paulo: M. Books do Brasil, 2007.

DEL PRETTE, Zilda A. P.; DEL PRETTE, Almir. Habilidades envolvidas na atuação do psicólogo escolar/educacional. In: WECHSLER, Solange M. (org). **Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2001.

FALCÃO, Daniela. **Hiperatividade confunde pai, professor e médico**. Folha de São Paulo, São Paulo, 15 fev. 2001. Equilíbrio, p. 10-13.

FARR, Robert M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FERNÁNDEZ, Alicia. **Os idiomas do aprendente: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação**. Tradução Neusa Kern Hickel e Regina Orgler Sordi. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANCO, Maria Laura P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano, 2003.

FREUD, Sigmund. **Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar** (1914). In: **ESB**, vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FREUD, Sigmund. **O interesse científico da psicanálise – (H) O interesse educacional da psicanálise** (1913). In: **ESB**, vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FREUD, Sigmund. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise** (1933 [1932]) conferência XXXIV. In: **ESB**, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

FREUD, Sigmund. **Prefácio à juventude desorientada, de Aichhorn** (1925). In: **ESB**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. **Análise terminável e interminável** (1937). In: **ESB**, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão** (1927). In: **ESB**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930 [1929]). In: **ESB**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. **Sobre o narcisismo: uma introdução** (1914). In: **ESB**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. **Contribuições para uma discussão acerca do suicídio** (1910). In: **ESB**, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

FREUD, Sigmund. **Recordar, repetir e elaborar – novas recomendações sobre a técnica de psicanálise II** (1914). In: **ESB**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 13. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GATTI, Bernadete Angelina. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. Brasília: Plano, 2002.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Tradução Maria Celeste Marcondes. 2.ed. Campinas: Papirus, 1996.

GOLFETO, José Hercules; BARBOSA, Genário Alves. Epidemiologia. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GOMES, Marcos Alexandre de Souza. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Revista Comum**, Rio de Janeiro: [s.n], v. 10, n. 23, p. 122-138, jul./dez. 2004.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves; PONTES, Maria Luiza. As representações sociais e a experiência da doença. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro: [s.n], v. 18, set/out. 2002.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. Introdução. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HALLOWELL, Edward M.; RATEY, John J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção da infância à vida adulta**. Tradução: André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. Tradução Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: [s.n.], v.15, supl.0. p.57-70. 2005.

JODELET, Denise; TAPIA, Alfredo Guerrero. **Develando la cultura**: estudios en representaciones sociales. México: Universidad Nacional Auntonoma, 2000.

KAPLAN, Harold J.; SADOCK, Benjamin J.; GREB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Trad. Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KLAPPENBACH, Hugo Alberto. Uma história da psicologia na América Latina. In: BROZEK, Josef; MASSINI, Marina. **Historiografia da psicologia moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

KNAPP, Paulo, et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LACADÉE, Philippe; MONNIER, Françoise. **De la norme de la conversation au détail de la conversation**: le pari de la conversation. Paris: Institute du Champ Freudien, Centre Interdisciplinaire sur L'Enfant (CIEN), 1999/2000. (Brochure).

LACAN, Jacques. **Hamlet por Lacan** (1958/1959). Campinas: Escrita, 1986.

LACAN, Jacques. A significação do falo (1958). **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, Jacques. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 8**: A transferência (1960-1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992a.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992b.

LAJONQUIÉRE, Leandro de. Apresentação. In: SANTIAGO, Ana Lydia. **A inibição intelectual na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAJONQUIÉRE, Leandro de. Educação, religião e cientificismo. **Revista Educação**: Especial Freud pensa a educação, Rio de Janeiro: Segmento, n.1, p. 16-25, 2006.

LAURENT, Eric. **O analista cidadão**. Curinga – EBP- MG: Belo Horizonte, nº 13, p. 12-19, set. 1999.

LEFÈVRE, Antônio B.(org). **Disfunção Cerebral Mínima**: estudo multidisciplinar. São Paulo: Sarvier, 1978.

LEGNANI, Viviane Neves. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um estudo psicanalítico.** 2003. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília.

LEGNANI, Viviane N. et al. Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de subjetivação das crianças com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (toda/h). **Colóquio do LEPSI IP/FE – USP**, São Paulo, ano 5, 2006.

LEITE, Wellington Borges. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Estudo de prevalência em estudantes da primeira a quarta série do ensino fundamental do município de Inhaúma/MG.** Monografia (Especialização) – Curso de pós-graduação em Neurociência e Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LOPES, Eliana Marta Teixeira (org). **A psicanálise escuta a educação.** 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LOPES, Eliana Marta Teixeira. Da sagrada missão pedagógica. In: LOPES, Eliana Marta Teixeira (org). **A psicanálise escuta a educação.** 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MADEIRA, Margot Campos. Um aprender do viver: educação e representação social. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia: AB, 1998.

MARTINS, Joel. A pesquisa qualitativa. In: FAZENDA, Ivani (org). **Metodologia da pesquisa educacional.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MARTINS, Silvia; TRAMONTINA, Silzá; ROHDE, Luiz Augusto. Integrando o processo diagnóstico. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

MARÇAL, Viviane Prado Buiatti; SILVA, Sílvia Maria Cintra. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas: [s.n.], v.10, n.1, jun. 2006.

MATTOS, Cristiana Pitella. Prefácio. **Revista Dispositivo**, Belo Horizonte: [s.n.], n.1, p.4-7, nov. 1999.

MATTOS, Cristiana Pitella; LAGE, Flávio de Oliveira; ASSAD, Samyra. O pai e a linguagem na clínica com crianças: dificuldade escolar e suas relações com a família – ausência do pai e déficit simbólico. **Revista Dispositivo**, Belo Horizonte: [s.n.], n.1, p.11-20, nov. 1999.

MEDEIROS, Roberto Henrique de. Meu paciente não pára de repetir...Isso é mau?: a preocupação da repetição. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília: [s.n.], ano 21, n.3, p.50-57, 2001.

MENDONÇA, Daisy. **A higiene mental do escolar: o ardil da ordem.** 2006. 97f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, 2006.

MENDONÇA FILHO, João Batista de. Ensinar: do mal-entendido ao inesperado da transmissão In: LOPES, Eliana Marta Teixeira (org). **A psicanálise escuta a educação.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MILLOT, Catherine. **Freud Antipedagogo.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.

MIRANDA, Margarete Parreira. **Sobre a “criança problema” e o mal-estar do professor.** 2006. 163f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MOOJEN, Sonia M.; DORNELES, Beatriz V.; COSTA, Adriana. Avaliação psicopedagógica no TDAH. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Apresentação. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia: AB, 1998.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais.** 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social e a psicanálise.** Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos CEDES: O sucesso escolar um desejo pedagógico,** Campinas: Papirus, n.28. p.31. 1992a.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. O renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho na escola. **Cadernos CEDES: O sucesso escolar um desejo pedagógico,** Campinas: Papirus, n.28. p.23-29. 1992b.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau do município de Campinas. **Revista Em Aberto,** Brasília:[s.n], ano 11, n.53, jan./mar. 1992c.

NELSON, Rita Hilarina Gomes. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: panorama visto de longe e um caso visto de perto.** 2002. 65f. Monografia (Curso de Especialização em Neurociência e Comportamento) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

NOMINÉ, Bernard. **O Sintoma e a Família: conferências belorizontinas.** Tradução Ana Lúcia Bezerra Santiago et al. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Tradução Centro

Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

PASTURA, Giuseppe Mário C. et al. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n.6, nov/dez. 2005.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

PEREIRA, Marcelo Ricardo. **O avesso do modelo**: bons professores e a psicanálise. Petrópolis: Vozes, 2003.

PESSOTTI, Isaias. Notas para uma história da psicologia brasileira. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem é o psicólogo brasileiro?** São Paulo: Edicon, 1990. Cap.1. p. 17-31.

PFIFFNER, Linda J. Rumo à Escola com o pé direito: administrando a educação de seu filho. In: BARKIEY, Russell A. **Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH)**: guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap.15, p. 235-248.

REGGIANI, Elizabette M. D. M. Lage. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**: do fracasso ao sucesso – é possível ser um vencedor? Monografia (Especialização) – Curso de pós-graduação em Neurociência e Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 22 (Supl II), p. 7-11, 2000.

ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROMAN, Tatiana; et al. Etiologia. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SÁ, Celso Pereira. **Núcleo central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, Celso Pereira. Prefácio. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

SANTIAGO, Ana Lydia. **A inibição intelectual na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SAURET, Marie – Jean. **O infantil e a Estrutura**. São Paulo: EBP/SP, 1998.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos Saúde Pública**. v.9 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1993.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas**: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. 12.ed. São Paulo: Gente, 2003.

SILVA, Fabiano B. Nascimento, ROHDE, Luis Augusto. As outras medicações. In: ROHDE, Luiz Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SILVA, Franklin L. Aprender a ensinar. In: PASCALE, Rosana; LARA, William. **Relações de ensinar**. São Paulo: Paulus, 2004.

STIGLITZ, Gustavo (org.). **DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran**: el mal real y la construcción social. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.

SOUZA, Clarilza Prado de. Develando la cultura escolar. In: JODELET, Denise; TAPIA, Alfredo Guerrero. **Develando la cultura**: estudios en representaciones sociales. México: Universidad Nacional Auntonoma, 2000.

SOUZA, Isabella; PINHEIRO, Maria Antonia Serra. Co-morbidades. In: ROHDE, Luís Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH – Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap.6, p. 84 – 105.

SOUZA, Luciana Karine de. REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 38, 2008, Uberlândia. *Resumos da Sessão Coordenada: A atualidade da pesquisa em TDAH*. Uberlândia: SBP Sociedade Brasileira de Psicologia, 2008. 1 CD-ROM.

SOUZA, Mériti de. Fios e furos: a trama da subjetividade e a educação. **Revista Bras. de Educação**, Rio de Janeiro, n.26, maio/ago. 2004.

TALLIS, Jaime. “La medicación desresponsabiliza”. In: STIGLITZ, Gustavo (org.). **DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran**: el mal real y la construcción social. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2006.

TÓFOLI, Daniela. País vive febre da ‘droga da obediência’. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 jan. 2006. Folha Cotidiano, p. C1.

VIEIRA, Rita de Cássia. O psicólogo e seu fazer na educação: **contando uma outra história**. 2008. 203f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

WAGNER, Wolfgang. Descrição, explicação e método nas pesquisas das Representações Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

WAGNER, Wolfgang. Sócio gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

APÊNDICE A – Formulário de Evocação Livre

FACULDADE DE EDUCAÇÃO DA UFMG
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO “HELENA ANTIPOFF”
BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

NOME: ESCOLA ONDE TRABALHA: CLASSE ESCOLAR COM A QUAL TRABALHA:
Responda: Você trabalha com crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade? Sim ____ Não ____ Trabalha com quantas crianças com esse diagnóstico? ____ Criança(s)

Teste de evocação Livre

A. Quais são as palavras ou expressões que o termo “**Hiperatividade**” lhe faz pensar?
Cite cinco.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Faça uma classificação, por ordem de importância, das palavras ou expressões citadas acima:

- 1^a _____
- 2^a _____
- 3^a _____
- 4^a _____
- 5^a _____

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista

- 1) O que é TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade)? (conceito)
- 2) Como esse diagnóstico (TDAH) lhe foi apresentado pela primeira vez?
- 3) Você sabe como é feito o diagnóstico?
- 4) Você sabe se existe algum exame neurológico específico que acuse ou detecte o TDAH?
- 5) O que você sabe sobre seu aluno diagnosticado com TDAH?
- 6) Você foi solicitada (ou alguma informação sua foi solicitada) pelo médico antes e/ou depois dele diagnosticar a criança? Isso aconteceu em algum outro caso de aluno TDAH?
- 7) Existe algum trabalho interdisciplinar voltado para seu aluno com TDAH?
- 8) Você aceita ou questiona o diagnóstico desse aluno? Você aceita ou questiona o TDAH? Você aceita ou questiona a medicação?
- 9) Como você lida com o aluno diagnosticado com TDAH? O que você sugere como resolução do problema?

APÊNDICE C – Roteiro: Grupo Focal

1. “Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade” (TDAH) ou “hiperatividade” é o termo mais conhecido?
2. Como vocês representam/definem o TDAH?
3. Como o TDAH chegou até vocês?
4. O que vocês sabem sobre esse diagnóstico e seus sintomas?
5. Qual sua implicação com esses sintomas e com as crianças assim diagnosticadas?
6. Em sua opinião, existem muitos ou poucos diagnósticos de TDAH? Vocês aceitam ou questionam esse diagnóstico?
7. O que você acha das medicações para os problemas escolares dessas crianças?
8. O que você sugere para as crianças desatentas, hiperativas ou impulsivas? Como lidar? Quais as suas soluções para esse problema?

APÊNDICE D – Resultados da Evocação Livre

Nº	Todas as palavras ou expressões que descreveram o objeto: Hiperatividade	Contagem das evocações.	Perc.(%)	Contagem de hierarquização das evocações	Perc.(%)
1	Desconcentração (sem/falta/pouca/dificuldade/inconstância/baixa concentração, não consegue concentrar, não concentra com facilidade, pouco tempo de concentração)	53	58,88	34 (20x1º+14x2º)	37,78
2	Distração (distraindo, dispersão, distrai por qualquer estímulo)	6	6,66	4 (1x1º+3x2º)	4,44
3	Desatenção (sem/falta/pouca/necessidade/desviada atenção)	31	34,44	15 (7x1º+8x2º)	16,67
4	Viagem	1	1,11	1(1x1º)	1,11
5	Dificuldade de assistir filme, escutar histórias	1	1,11	-	-
6	Inquietação (Inquietação acentuada/ física/ fora e dentro da sala, dificuldade de quietude, desinquieto, inquieto o tempo todo)	44	48,88	18 (14x1º+4x2º)	20
7	Dificuldade de manter-se em sala	1	1,11	1(1x2º)	1,11
8	Movimentação constante	1	1,11	-	-
9	Falta de comodidade	1	1,11	-	-
10	Agitação (agitação motora, muito agitado)	38	42,22	19 (9x1º+10x2º)	21,11
11	Falante (muito falante, fala muito/demais, comunica em excesso)	13	14,44	3 (3x1º)	3,33
12	Oralidade	1	1,11	-	-
13	Atividade (sempre/em excesso/acentuada/super atividade, ativo, ação, necessidade de estar sempre fazendo algo)	10	11,11	3 (3x1º)	3,33
14	Agilidade (agir, ágil)	3	3,33	-	-
15	Rapidez (pressa, rapidez de raciocínio, cumpre atividades com rapidez)	6	6,66	1 (1x2º)	1,11
16	Esperto (muito/super)	2	2,22	1(1x2º)	1,11
17	Aceleração (ritmo acelerado de atividade mental)	2	2,22	2 (2x2º)	2,22
18	Energia (excesso de, enérgico)	5	5,55	-	-
19	Eletricidade	1	1,11	-	-
20	Agressividade (às vezes agressivo, agressão)	26	28,88	6 (3x1º+3x2º)	6,67
21	Violência	1	1,11	1(1x1º)	1,11
22	Impulsividade (impulsivo)	7	7,77	1(1x2º)	1,11
23	Sem limites (falta de limites)	13	14,44	6 (3x1º+3x2º)	6,67
24	Dificuldade de cumprir regras (diferente de seguir regras/ combinados)	3	3,33	-	-
25	Atrapalha a sala, os outros	1	1,11	-	-
26	Indisciplina	3	3,33	-	-
27	Desobediência	1	1,11	-	-

Nº	Todas as palavras ou expressões que descreveram o objeto: Hiperatividade	Contagem das evocações	Perc.(%)	Contagem de hierarquização das evocações	Perc.(%)
28	Dificuldade de aprendizagem (dificuldade de assimilação/de aprender/de retenção/de reter informação, defasagem de aprendizagem)	21	23,33	7 (3x1º+4x2º)	7,78
29	Dificuldade de memorização	1	1,11	1(1x1º)	1,11
30	Dificuldade de entendimento	1	1,11	-	-
31	Deturpação dos fatos acontecidos	1	1,11	-	-
32	Dificuldade de terminar atividades (começa uma tarefa e não termina, sem prosseguimento nas tarefas, dificuldade fazer uma atividade por muito tempo, dificuldade de realizar atividades propostas)	5	5,55	-	-
33	Desinteresse (por alguns assuntos, falta de interesse)	8	8,88	4 (2x1º+2x2º)	4,44
34	Falta de compromisso	1	1,11	1(1x2º)	1,11
35	Desmotivação	1	1,11	-	-
36	Apatia (alheio aos acontecimentos, não ouve)	5	5,55	-	-
37	Desorganização (desorganização espacial/motora, estabonado, falta/não consegue ter organização, falta capricho)	15	16,66	5 (1x1º+4x2º)	5,56
38	Dificuldade com espaço delimitado	1	1,11	-	-
39	Desconexão lingüística	1	1,11	1(1x2º)	1,11
40	Desordem (oral/motora/às vezes)	3	3,33	-	-
41	Dificuldade de socialização (não se integra ao grupo, dificuldade de interação/de relacionar com os colegas/de relacionamento, relacionamento conflituoso com o grupo, difíceis de lidar)	8	8,88	3 (1x1º+2x2º)	3,33
42	Irritado (irrita-se com facilidade, irritabilidade)	6	6,66	2 (2x2º)	2,22
43	Mal-humorado	1	1,11	-	-
44	Nervoso	2	2,22	-	-
45	Sem sossego	1	1,11	-	-
46	Ansiedade (ansioso)	9	10	3 (1x1º+2x2º)	3,33
47	Angústia	1	1,11	-	-
48	Frustração (não lidam bem com frustrações)	2	2,22	1(1x2º)	1,11
49	Impaciência (impaciente)	5	5,55	-	-
50	Inteligência (muito inteligente)	7	7,77	4 (3x1º+1x2º)	4,44
51	Incompreendido	1	1,11	1(1x2º)	1,11
52	Muito inseguro	1	1,11	1(1x1º)	1,11
53	Baixa auto-estima	2	2,22	1(1x1º)	1,11
54	Carência afetiva	1	1,11	1(1x1º)	1,11
55	Emocional	1	1,11	-	-
56	Mudança de humor	1	1,11	-	-
57	Instável	1	1,11	-	-
58	Dinâmico	1	1,11	1(1x2º)	1,11

Nº	Todas as palavras ou expressões que descreveram o objeto: Hiperatividade	Contagem das evocações.	Perc.(%)	Contagem de hierarquização das evocações	Perc.(%)
59	Curioso	1	1,11	1(1x2º)	1,11
60	Participativo	1	1,11	1(1x1º)	1,11
61	Criatividade	1	1,11	-	-
62	Descontração	1	1,11	1(1x2º)	1,11
63	Quietude	1	1,11	-	-
64	Assimilação	1	1,11	-	-
65	Alfabetização	1	1,11	-	-
66	Adaptação	2	2,22	2(2x2º)	2,22
67	Socialização	1	1,11	1(1x1º)	1,11
68	Passividade	1	1,11	-	-
69	Individualizada no comportamento	1	1,11	-	-
70	Interpretada erroneamente	1	1,11	-	-
71	Cria tiques	1	1,11	1(1x2º)	1,11
72	Risco de acidentes	1	1,11	-	-
73	Diferente (diferença de cada pessoa)	2	2,22	1(1x1º)	1,11
74	Sexo masculino	1	1,11	-	-
75	Variação de comportamentos (vários tipos de comportamentos)	3	3,33	1(1x1º)	1,11
76	Dicotomia de interesse (interesse excessivo por algo ou desinteresse explícito por outra coisa, dificuldade ou facilidade para aprender, dificuldade ou facilidade para concluir atividades, vivo quando interessa, interesse imediato)	5	5,55	3 (3x1º)	3,33
77	Excesso	1	1,11	-	-
78	Falta	1	1,11	-	-
79	Problema	1	1,11	-	-
80	Fracasso	1	1,11	-	-
81	Dificuldade	1	1,11	-	-
82	Sufrimento (“não da minha parte”)	1	1,11	-	-
83	Família (estrutura familiar)	2	2,22	2(1x1º+1x2º)	2,22
84	Deficiência mental	2	2,22	-	-
85	Transtorno	2	2,22	1 (1x1º)	1,11
86	Déficit de atenção (desordem do...)	2	2,22	1 (1x1º)	1,11
87	Distúrbio (neurológico, cerebral possível de tratamento)	3	3,33	2 (2x1º)	2,22
88	Necessidade de acompanhamento médico	1	1,11	1(1x1º)	1,11
89	Ritalina	1	1,11	-	-
90	Questiona esse diagnóstico	1	1,11	-	-
91	Não conheço o termo hiperatividade	1	1,11	-	-
92	Porque isso acontece?	1	1,11	1(1x2º)	1,11
93	Como lidar com o problema	1	1,11	-	-
94	Ajuda para o aluno e o professor	1	1,11	-	-
95	Mais informação tanto para a escola como para a família	1	1,11	1 (1x1º)	1,11

Nº	Todas as palavras ou expressões que descreveram o objeto: Hiperatividade	Contagem das evocações	Perc.(%)	Contagem de hierarquização das evocações	Perc.(%)
96	Pesquisa	1	1,11	1 (1x1º)	1,11
97	Desafios	1	1,11	-	-
98	Busca de soluções	1	1,11	-	-
99	Diálogo	1	1,11	-	-
100	Ação direcionada	1	1,11	1(1x2º)	1,11
101	Atividades diversificadas	1	1,11	1(1x2º)	1,11
102	Acompanhamento diferenciado	1	1,11	1 (1x1º)	1,11
103	Dedicação	2	2,22	-	-
104	Paciência	3	3,33	3 (3x2º)	3,33
105	Amor	3	3,33	3 (3x1º)	3,33
106	Aceitação	1	1,11	1 (1x1º)	1,11
107	Inclusão	1	1,11	1 (1x1º)	1,11