

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Camila Andrade Ferreira

**“Prô, eu não consigo... não tomei meu remédio hoje...”:
Um estudo sobre o diagnóstico e a medicalização de crianças
com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.**

Porto alegre
2009

Camila Andrade Ferreira

**“Prô, eu não consigo... não tomei meu remédio hoje...”:
Um estudo sobre o diagnóstico e a medicalização de crianças
com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.**

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Educação Especial e Processos Inclusivos, do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:
Professora Luciane Viegas**

Porto Alegre
2009

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
2. BREVE HISTÓRICO SOBRE A ORIGEM DA INSTITUIÇÃO ESCOLA	6
3. O QUE É O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE?	11
3.1 COMPREENDENDO O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE PELO DISCURSO MÉDICO	11
3.2 COMPREENDENDO O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE COMO PRODUTO CULTURAL	14
4. E O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE?	17
4.1 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	20
4.2 CRÍTICAS AO DIAGNÓSTICO DE TDA/H	21
5. A EDUCAÇÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE	27
5.1 CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE NA ESCOLA	27
5.2 QUAIS OS ASPECTOS QUE SE DESTACAM?	28
6. ADAPTAÇÕES CURRICULARES	35
7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O OBJETO DE ESTUDO DA PESQUISA	38
REFERÊNCIAS	42

INTRODUÇÃO

Esse trabalho consiste em uma monografia, a qual foi apresentada como trabalho de conclusão do curso de Especialização em Educação Especial e Processos Inclusivos. A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2009.

O objeto de estudo foi o diagnóstico e a medicalização de crianças com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade (TDA/H). Objetivei, com essa pesquisa, pensar sobre as diferentes abordagens com relação ao TDA/H e seu diagnóstico, contemplando a caracterização e descrição do transtorno a partir da ciência médica, mas também problematizando a patologização e a medicalização infantil e refletindo sobre a fragilidade desses diagnósticos.

Considero importante fazer um resgate de minha formação acadêmica e experiências profissionais, a fim de contextualizar a relação que tenho com o objeto de estudo.

Durante o Curso de Pedagogia na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, não realizei nenhum estágio não-curricular, sendo que minha primeira experiência como docente foi no estágio curricular obrigatório, no penúltimo semestre do Curso. Desde então, a Educação Especial e, mais precisamente, os processos inclusivos, tem sido assuntos propulsores de reflexões, pois penso que a prática docente já é complexa por natureza, tornando-se ainda mais desafiadora quando passamos a defender o direito que todos têm de estar na Escola e em situações significativas de aprendizagem.

Após a conclusão do Curso de Pedagogia, que ocorreu em fevereiro de 2008, prestei concurso para o magistério da rede pública municipal de Cachoeirinha. Em agosto de 2008, fui nomeada professora das séries/anos iniciais do Ensino Fundamental daquele município. Assumi como docente em uma turma de 3ª série (ensino fundamental de 8 anos), na qual existiam três crianças com diagnóstico médico de Transtorno de Déficit de Atenção, sendo duas sem Hiperatividade e uma Hiperativa. Quando iniciei a docência, essas crianças já eram diagnosticadas, mas não estavam sendo medicalizadas. Aproximadamente um mês depois, retomaram ou iniciaram tratamento com medicação.

Atualmente, sou professora em outra escola da rede no mesmo município, tendo regência em uma turma de 4ª série (ensino fundamental de 8 anos). Nessa turma, há um aluno com o diagnóstico de TDA/H, fazendo uso de medicação.

Dessa forma, nas conversas com os pais, com as crianças e com os diversos profissionais da Escola, escutei falas com relação ao transtorno, à medicalização e às dificuldades desses alunos. Os diálogos, a prática pedagógica, a relação com essas crianças e as leituras que realizei, produziram em mim uma certa angústia, visto que muitas opiniões e informações eram contraditórias.

Embora seja contrária à patologização e à medicalização precoce de crianças, observei, no cotidiano de trabalho como professora, uma mudança no comportamento dos alunos quando iniciaram a medicação, mudança essa que aparentemente parece-me benéfica tanto para as relações afetivas quanto para a aprendizagem dessas crianças.

Sendo assim, considerei que um estudo mais aprofundado sobre o tema, a partir de uma pesquisa que contemplasse as diferentes abordagens, poderia ser uma importante ferramenta de reflexão e problematização de minha prática, tendo sempre como objetivo a garantia da aprendizagem e a desmistificação das visões ingênuas sobre as problemáticas e desafios que a prática pedagógica apresenta aos docentes.

A principal questão para a pesquisa é: A grande incidência de diagnósticos de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade representa um transtorno neurológico dos sujeitos diagnosticados ou é resultado da propagação de uma “síndrome”, que pode ser vista como uma produção da Modernidade?

Com essa pesquisa, busquei apresentar informações quanto à caracterização dos sujeitos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Também foi minha intenção identificar e analisar as principais formas de diagnóstico, refletindo sobre suas contradições e controvérsias. Por fim, busquei analisar situações de sala de aula envolvendo a inclusão no ensino regular de uma criança com diagnóstico de TDA/H e em tratamento medicamentoso.

Para atingir esses objetivos, a metodologia consistiu inicialmente em pesquisa bibliográfica para obtenção de informações relativas ao TDA/H, tendo como referência tanto os Manuais Diagnósticos quanto os autores especialistas na área. A pesquisa bibliográfica também auxiliou na obtenção de textos de autores que apresentam críticas com relação ao TDA/H e a medicalização de crianças.

Para analisar situações de sala de aula, realizei um estudo de caso de uma criança com diagnóstico de TDA/H, que está incluída na turma de 4ª série do Ensino Fundamental da qual sou professora regente no corrente ano, em uma escola de ensino regular da rede pública municipal de Cachoeirinha. Os dados desse estudo foram coletados a partir de observações em sala de aula, que foram registradas em um diário de campo.

O diagnóstico e a medicalização de crianças com TDA/H é um tema que precisa ser analisado e problematizado, principalmente pelos docentes e profissionais dos Serviços da escola, uma vez que, quando esse diagnóstico é realizado de forma simplificada e superficial, está em risco a saúde física e mental dessa criança. Geralmente, o que os pais, professores e a equipe de profissionais da escola fazem é procurar por uma avaliação que encontre uma explicação no discurso médico para os comportamentos que incomodam.

Entretanto, enquanto profissionais também somos responsáveis pelo desenvolvimento físico e afetivo dessas crianças e, portanto, necessitamos questionar essa tentativa de suspender, através de medicação, os comportamentos desestabilizadores e “incontroláveis” que muitas crianças apresentam.

A escola, como instituição destinada ao atendimento e educação de crianças, está também permeada por esses discursos, que observam cada vez mais o corpo biológico individualmente, desconsiderando as subjetividades, os afetos e as relações entre os sujeitos. Dessa forma, é imprescindível que os pais, docentes e profissionais que atendem as crianças nas escolas reflitam sobre a transformação de características como desatenção, inquietude e agitação em sintomas de uma patologia, sem realizar um questionamento sobre as razões pelas quais a criança apresenta tais sintomas.

Na pesquisa, inicialmente apresentou-se um breve histórico sobre as origens da instituição escolar e suas principais transformações ao longo do tempo. Em seguida, foram informados dados sobre as características dos sujeitos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) e as principais formas de diagnóstico. Posteriormente, foi feita uma análise desses dados obtidos através de concepções orientadas pelo discurso médico, discutindo suas contradições e controvérsias.

Dessa forma, objetivou-se realizar uma reflexão crítica sobre o diagnóstico e a medicalização de crianças com TDA/H, a partir da problematização da popularização dessa categoria diagnóstica, pontuando e analisando aspectos que caracterizam a sociedade atual, os quais embasam a organização e o desenvolvimento das Ciências e o modo como os sujeitos compreendem os seres humanos considerando seus aspectos físicos, emotivos e cognitivos. Por fim, houve a descrição dos dados coletados durante as observações para o estudo de caso.

Essa análise crítica foi realizada com o embasamento teórico em autores como Gisela Untoiglich, Gerson Pinho, Jaime Tallis, Marisa Costa, Viviane Legnani, Sandra Francesca de Almeida e Alfredo Jerusalinsky.

Como hipótese inicial, acreditou-se que o TDA/H é uma categoria diagnóstica inventada pela Ciência Moderna, que tende a analisar os sujeitos apenas pela via orgânica e física, desconsiderando outros aspectos como a subjetividade e o contexto histórico e social nos quais os indivíduos estão inseridos. Isso fica mais perceptível quando lembramos que, há alguns anos, essas crianças estavam na escola e, no entanto, não eram vistas como portadoras de transtornos.

2. BREVE HISTÓRICO SOBRE A ORIGEM DA INSTITUIÇÃO ESCOLA

Considero que realizar uma análise crítica do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade pressupõe a compreensão de que a formação dessa categoria diagnóstica está diretamente relacionada com o período histórico no qual essa criação estava envolvida. Assim como uma categoria diagnóstica é uma invenção social, a escola também pode ser vista como produto (e produtora) da sociedade na qual está inserida.

As concepções que os professores e profissionais da educação possuem acerca do papel da escola, do estereótipo de aluno ideal e dos direitos e deveres dos alunos irão embasar suas práticas cotidianas e suas reflexões sobre essa prática. Com isso, afirmo que a concepção que os professores possuem de que os alunos devem ter um determinado tipo de comportamento (interessado, cumpridor de tarefas, atento) está relacionada com o período histórico em que a escola em sua estrutura física e com o modo de funcionamento atuais foi arquitetada: a Modernidade.

Nesse sentido, o desejo de que os alunos prestem atenção e realizem as atividades é permeado pela concepção de que a aprendizagem ocorre por meio da transmissão de conhecimento. O próprio termo “prestar atenção” pressupõe que exista apenas uma única forma de atenção, aquela focalizada em algo/alguém. Nesse contexto, o aluno é cumpridor de tarefas, nas quais aplica o conhecimento transmitido pelo professor, demonstrando que se apropriou (ou não) dos ensinamentos.

Com essa reflexão, meu objetivo não é o de criticar essas concepções ou de questionar se estão ou não coerentes. Pretendo, sim, suscitar reflexões que permitam perceber o quanto o julgamento que temos de que um aluno é desatento ou de que é agitado em excesso pode ser baseado em critérios subjetivos. Os critérios que utilizamos para caracterizar um aluno como desatento ou hiperativo são arbitrários, no sentido de que refletem o contexto de formação da escola moderna e os próprios valores dos profissionais.

Conforme Enguita (2004, *apud* RIBEIRO, 2006), as escolas serão conservadoras e reprodutoras quando a sociedade na qual estão inseridas é estável e estática; progressistas e transformadoras quando a sociedade for mutável e dinâmica. Ou seja, o autor ressalta que as relações econômicas, políticas e culturais existentes em uma sociedade produzem diferentes formas de organização da vida, do trabalho, da educação e da escola. Sendo assim, a sociedade pode ser propulsora (ou não) de transformações nas práticas da escola.

Durante o período feudal, mais precisamente entre os séculos X e XV, a escola não era considerada importante. Isso porque a transmissão cultural ocorria por meio da convivência entre os sujeitos, através da oralidade. Geralmente os aprendizados estavam relacionados ao mundo do trabalho (atividade artesanal) e os sujeitos aprendiam com sua própria família.

No século X, inicia a ascensão da atividade comercial. Sendo assim, as escolas de primeiras letras e as de ábaco existiam com mais frequência nas cidades comerciais, tendo como público as famílias mercantis. Mesmo na sociedade feudal, para alguns grupos como médicos, tabeliões e clérigos (membros do clero, padres), a escolarização era imprescindível. O ingresso na escola e mesmo nas faculdades de artes acontecia a partir dos 10 anos (ÀRIES, 1986, *apud* RIBEIRO, 2006). Na mesma sala de aula era comum encontrar estudantes de idades bastante variadas. Não era comum meninas estudarem.

Como ressalta Áries (1986, *apud* RIBEIRO, 2006), antes do século XVI a infância ainda não tinha sido descoberta, ou seja, crianças eram vistas como adultos em miniatura e não como sujeitos vivendo uma fase diferenciada na vida, com necessidades e especificidades no seu desenvolvimento. Consequentemente, não se pensava em espaços diferenciados para convivência entre as crianças e para a educação das mesmas.

No início do período feudal, não se encontrava a classe ou turma como sistemática de organização escolar. A relação era sempre individualizada, do aluno com o seu tutor. Dessa forma, o tempo de duração da educação do sujeito não estava previamente definido. “Cada um, de acordo com as suas condições, de acordo com os seus interesses, de acordo com a sua capacidade de manter um professor, ficaria estudando.” (RIBEIRO, 2006, p. 58-59) O tutor também tinha a liberdade de decidir se o aluno estava em condições de passar para a próxima etapa. Inclusive a seleção de conteúdos ficava a critério do professor e do aluno, do que eles imaginassem que fosse importante.

Com a crise da escolarização feudal, entre os séculos XVI e XVII, esse modo medieval de escolarização foi sendo transformado e substituído pelo que o autor Ribeiro (2006) denominou de modo de escolarização moderno. A sociedade moderna situa-se entre os séculos XV e XVIII. Sua formação ocorre com a Revolução Industrial e esse período está relacionado com a instauração do capitalismo. Ocorreu, então, o desenvolvimento urbano e a formação das classes sociais. Se até o século XVI a escolarização era restrita aos grupos profissionais, no período moderno ela envolveu novas categorias sociais.

Na modernidade é possível observar a constituição do espaço escolar com prédio, salas de aula, refeitório. Houve a intenção de organizar todo o conhecimento. Método, autoridade e disciplina orientam o currículo, escrito pela primeira vez por Pedro Ramus (1515-1572) em 1576. (RIBEIRO, 2006)

A partir de então, a organização do tempo no ambiente escolar passa a ser valorizada. Inicia-se a separação dos estudantes por idade, organização das atividades por horas, divisão dos conteúdos por séries. Cada professor atendia um grupo de 20 ou 30 alunos. “Espaço, tempo e o livro, aliados ao método, à disciplina e à autoridade sintetizaram e centralizaram os campos do novo modo de promover a socialização e a regulação social.” (RIBEIRO, 2006)

Cambi (1999) afirma que no século XVI iniciam-se mudanças nas técnicas educativas e escolares, pois nasce uma sociedade disciplinar, que exerce vigilância sobre os indivíduos e tenta reprimi-los e controlá-los. Nesse contexto, a escola moderna é instrutiva, controlada em suas ações e racionalizada nos processos.

O modelo de escola era caracterizado pela dualidade: havia escolas elementares de caridade (que serviram como modelo para a formação da escola primária única) e as escolas elementares latinas. As primeiras atendiam aos pobres, enquanto as segundas formavam a elite intelectual.

Nessa época de constituição do sistema capitalista, de desenvolvimento das manufaturas (em substituição à produção artesanal), de transformações no meio agrícola, iniciou-se o processo de êxodo rural, fazendo com que muitas pessoas chegassem às cidades. Como consequência de todas as transformações (RIBEIRO, 2006, p. 63),

A desordem familiar passou a ser uma marca neste contexto urbano. E desordem em sentido amplo, desordem econômica, desordem moral, desordem em todos os níveis, que produzia o abandono de filhos, ou a guerra, a luta pela posse de terra ou contra aqueles que exploravam. Todos com a ronda da morte por perto.

Já na escolarização Contemporânea, a partir do século XVIII, iniciaram as lutas pela instauração da escola única, em oposição ao dualismo. A escolarização passou a ser um direito e não um ato beneficente. Houve, então, a criação da escola elementar única, estatal, laica, gratuita e universal.

De acordo com Varela e Alvarez-Uria (1992), há algumas condições sociais que permitiram o aparecimento da chamada escola nacional: a definição de um estatuto da infância; o surgimento de um espaço específico destinado à educação das crianças; o aparecimento de especialistas da infância, com tecnologias específicas e códigos teóricos; a destruição de outros modos de educação e a institucionalização da escola, ou seja, a imposição da obrigatoriedade escolar.

Historicamente, como ressaltam Varela e Alvarez-Uria (1992), a infância rica foi certamente governada, porém sua submissão à autoridade pedagógica e aos regulamentos constituiria um passo para assumir, mais tarde, funções de governo. Em contrapartida, a infância pobre não recebeu tantas atenções, sendo hospitais, hospícios e outros espaços de correção os primeiros locais destinados a modelá-la.

No espaço de domesticação em que se tornou a escola, Varela e Alvarez-Uria (1992) ressaltam que o professor viu-se obrigado, para governar, a romper laços de companheirismo, amizade e solidariedade, passando a defender valores como competitividade, rivalidade nas notas, separação entre bons e maus alunos. Sendo assim, estaria descartada a possibilidade de uma resistência coletiva.

Do mesmo modo, esses autores afirmam que a invenção da carteira ou classe escolar teve como intuito realizar a separação física e simbólica entre os alunos, sendo um instrumento que garantiu a vitória sobre a indisciplina. Com as classes, houve o isolamento, a imobilidade e a rigidez, que permitiram a instauração de técnicas de multiplicação da submissão do aluno.

Esses autores conduzem à reflexão de que a escola e seus mecanismos e estruturas foi uma invenção da burguesia, com o objetivo de civilizar os filhos dos trabalhadores. Sendo assim, caracteriza-se como uma forma de violência, não apenas simbólica, estando camuflada por um suposto direito: o direito de todos os indivíduos à educação.

Se levarmos em conta a forma como a instituição escola está organizada atualmente, em sua estrutura física, delimitação dos tempos para a aprendizagem, separação dos conteúdos e metodologia, é possível pensar que muitas crianças talvez não se adaptem a esse espaço e suas regras e dinâmicas.

Enquanto entendermos o ensino como transmissão de conhecimento e a aprendizagem como apenas apreensão dos conteúdos por parte do aluno, continuaremos a pensar que não há nada a ser inventado nesse processo. Conseqüentemente, espera-se que os alunos tenham uma postura atenta, quase estática, para que possam receber e armazenar as informações.

Como ressalta Kastrup (2005), esse modelo de educação depara-se com dificuldades para ser implementado. Uma das dificuldades mais marcantes diz respeito à atenção dos alunos: as crianças se dispersam o tempo todo e a concentração se esgota muito rapidamente.

Essa autora lembra-nos de que em nossa sociedade experimentamos uma relação com as informações veiculadas pela mídia que também ocorre com velocidade acelerada. Na internet ou nos telejornais, as informações são transmitidas como uma avalanche, sendo que há um excesso de informações em uma velocidade acelerada que convoca uma mudança constante no foco da atenção.

Nesse contexto, Kastrup (2005) realiza uma distinção entre distração e dispersão da atenção. Na distração, a atenção vagueia, foge do foco da tarefa para a qual é solicitada e vai na direção de um campo mais amplo. Por isso, o distraído é alguém extremamente concentrado, e não desatento, mas cuja atenção está focada em outro lugar. Essa distração terá um papel importante no processo de invenção do conhecimento, enquanto a dispersão é estéril.

Considero interessante pensar que muitas vezes estamos presos à ideia de que a criança que não presta atenção não aprende. Kastrup (2004) afirma que há outro problema, que diz respeito ao fato da própria atenção estar sujeita a um processo de aprendizagem.

Dessa forma, não podemos esquecer que aprendemos a ser aluno ao longo do processo de escolarização e, junto com essa aprendizagem, aprendemos a ter atenção e a usar essa capacidade de estar atendo e manter o foco em algo que é solicitado.

3. O QUE É O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE?

3.1 COMPREENDENDO O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE PELO DISCURSO MÉDICO

Há grandes controvérsias quanto à questão do diagnóstico e da medicalização de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade (TDA/H). É possível identificar, ainda que de forma simplista, duas perspectivas para compreensão desse transtorno.

A primeira perspectiva encontra argumentos no discurso médico e científico, concebendo os sujeitos diagnosticados como portadores de disfunção neurológica. A outra perspectiva procura problematizar esse discurso, analisando aspectos da organização atual da sociedade que contribuem para o surgimento de comportamentos descritos como característicos de crianças com TDA/H.

Para o discurso médico, o sujeito diagnosticado é portador de uma disfunção neurológica, uma vez que o transtorno é resultado de características orgânicas/biológicas e, portanto, passível de controle através de tratamento medicamentoso. “Medicamentos estimulantes são o único tratamento atual que normaliza a falta de atenção, a impulsividade e o comportamento impaciente em crianças com TDAH.” (DU PAUL e CONNOR, 2002, p. 280, *apud* DIAS, 2005, p. 23)

A Associação Americana de Psicologia (APA) denominou de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, um transtorno que tem como base sintomatológica o déficit de atenção, a hiperatividade motora e a impulsividade. Nesse sentido, o TDA/H é um quadro sintomatológico de base neurológica. (ORJALES, 2007)

A APA publica um manual que reúne critérios os quais devem ser considerados pelos profissionais ao diagnosticar os diversos transtornos psicopatológicos humanos. A última edição desse manual diagnóstico estatístico (chamado de DSM-IV) inclui os transtornos de atenção no item dedicado aos “transtornos que têm início na infância, meninice ou adolescência”, dentro do bloco denominado Transtornos por Déficit de Atenção e Comportamento Perturbador e sob o título de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno por Déficit de Atenção Não-Especificado. (ORJALES, 2007)

A décima edição de outro manual, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), chamado Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), inclui o TDA/H nos transtornos hipercinéticos que compõem a categoria dos transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência. Essa categoria encontra-se no capítulo destinado aos transtornos mentais e comportamentais. A CID-10 define os transtornos hipercinéticos como:

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima.

Os autores Rohde e Benczik (1999), ressaltam que alguns pesquisadores como Professor Russel Barkley, da Universidade de Massachusetts, tem defendido que o TDAH se caracteriza por um déficit básico no comportamento inibitório. Sendo assim, determinadas áreas do cérebro, responsáveis por comandar uma espécie de “freio de inibição”, estariam com um prejuízo ou falha. Como consequência, acarretaria em maior hiperatividade, impulsividade ou dificuldade para manter a inibição aos estímulos do ambiente (condição para a capacidade de manter a atenção focalizada).

Esses autores também ressaltam que algumas pesquisas científicas têm indicado a presença de disfunção em uma área do cérebro conhecida como região orbital frontal em crianças e adolescentes com TDA/H. Essa região situa-se na parte da frente do cérebro, logo atrás da testa, sendo responsável pela inibição do comportamento, pela atenção sustentada, pelo autocontrole.

Haveria, então, alterações no funcionamento de substâncias encontradas nessa área, chamadas neurotransmissores, que tem a função de transportar informações entre os neurônios. Nos indivíduos com TDA/H, os neurotransmissores deficitários em quantidade ou funcionamento são a dopamina e a noradrenalina. Dessa forma, medicações como metilfenidato (Ritalina), bastante utilizados em pacientes com TDA/H, aumentam a quantidade de dopamina e noradrenalina no cérebro.

Dentre as possíveis causas para o funcionamento alterado das áreas cerebrais envolvidas no TDA/H, estudos recentes têm identificado como modelo mais aceito o de uma vulnerabilidade herdada ao transtorno, que pode manifestar-se ou não, dependendo da presença ou intensidade de desencadeadores ambientais como, por exemplo, problemas familiares, estilo de vida e comportamento dos familiares ou da comunidade na qual o sujeito está inserido.

A partir do discurso médico, o TDA/H tem o diagnóstico clínico, realizado por uma equipe multiprofissional e envolve avaliação neuropsicológica, avaliação psicopedagógica e avaliação cognitiva.

3.2 COMPREENDENDO O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE COMO PRODUTO CULTURAL

Uma análise mais reflexiva e crítica com relação ao TDA/H pressupõe problematizar esse discurso médico, abordando uma outra forma de conceber esse transtorno. É possível entendê-lo como resultado do modo pelo qual, em nossa sociedade, estamos estabelecendo as relações com os outros e com o tempo, pensando que essa categorização é também produto da Ciência atual.

Confirmam essa perspectiva as idéias da autora Costa (2006), quando ressalta que as sociedades modernas tem sido pródigas na invenção de narrativas que descrevam como as coisas são e funcionam e, entre elas, as identidades. Essa mesma autora afirma que, seguindo uma linha foucaultiana de análise, consideraremos as sociedades neoliberais contemporâneas como orientadas para ações de governo, ou seja, de controle das condutas de si e dos outros. Nesse sentido, a tentativa de enquadrar as crianças em uma categoria diagnóstica que explique as razões para seus comportamentos é uma forma de justificar a falta de controle que os adultos têm sobre elas.

Nossa época também é caracterizada pela crise de paradigmas, ou seja, pela transitoriedade de valores, hábitos e costumes. As pessoas e as instituições já não se pautam pelos valores tradicionais, mas ao mesmo tempo, também não tem claros novos valores e projetos.

Nesse contexto, os próprios conceitos de infância, de aluno e de família estão em crise. É necessário pensar a infância enquanto uma construção histórica da modernidade, pois a mesma torna-se objeto de discurso das ciências somente no século XVII. A partir de então, começa-se a reconhecer a especificidade dessa fase da vida, atribuindo-lhe características como a dependência com relação ao adulto e a necessidade de proteção. Anteriormente, as crianças não se diferenciavam dos adultos pela roupa ou pelas atividades.

De acordo com Narodowski (1998, p.173), “Para a pedagogia, a infância é um fato dado, um pressuposto indiscutível, a partir do qual se constrói, teórica e praticamente, o aluno.” Nesse sentido, o objetivo é situar os corpos na posição de aluno, aceitando sua condição “natural” de crianças e adolescentes.

A visão que os indivíduos possuíam com relação às crianças está sendo posta em questionamento. Percebemos que as crianças e adolescentes estão cada vez mais atualizados sobre as novidades tecnológicas e sobre as discussões atuais que são veiculadas pela mídia, sendo que, em muitas famílias, eles adquirem maior grau de escolaridade do que seus pais e são muito melhor informados. Essa infância é denominada por Narodowski (1998, p. 174) como infância hiper-realizada ou infância da realidade virtual. Nesse caso, ao invés dessas crianças e adolescentes dependerem dos adultos, são capazes de guiá-los no mundo.

Mas há também o que o autor chama de infância des-realizada ou infância da realidade real: “É a infância que é independente, que é autônoma, porque vive na rua, porque trabalha desde muito cedo.” Na modernidade, a narrativa político-pedagógica supunha que essas crianças da infância des-realizada iriam ser salvas pela escola pública. Hoje, já está provado que é impossível à escola a tarefa de torná-las novamente dependentes do adulto. Narodowski (1998) ressalta que a maioria das crianças que conhecemos estão situadas entre estes dois pólos, entre a infância hiper-realizada e a infância des-realizada.

A escola é um dos locais onde esses valores, conflitos e contradições existentes na sociedade irão emergir. Nessa instituição, estão imersos sujeitos com diferentes culturas e, portanto, o trabalho docente torna-se ainda mais complexo e desafiador, já que o professor tem a incumbência tanto de garantir a aprendizagem quanto de proporcionar um ambiente saudável de socialização.

Para Carvalho (1996), tanto o trabalho do professor como o do aluno só são possíveis porque há uma ação metódica e regrada, ou seja, disciplinada, mesmo que essas sejam permeadas por comportamentos que não são identificados com a boa ordem. Acontece que, muitas vezes, o professor acredita que existe a verdadeira disciplina, como única e universal, para a qual todos devem tender.

A instituição escola, enquanto local de disciplinamento dos corpos, constituiu-se a partir do estereótipo de aluno ideal, sendo esse submisso, obediente e atento. Nesse contexto, a atenção foi concebida como pré-requisito para a aprendizagem. Sendo assim, essa atenção objetiva o controle do comportamento dos alunos e o cumprimento de tarefas. Como o ensino é focado na transmissão dos conhecimentos historicamente acumulados, é imprescindível conseguir manter o foco da atenção, para que haja adaptação da criança ao mundo.

Segundo Barbosa e Xavier, (2002, p. 28):

É preciso começar a distinguir dentre os comportamentos aqueles que inviabilizam um trabalho pedagógico de qualidade – que não deverão ser aceitos por determinação explícita do grupo de interessados (alunos e professores) – e aqueles que a tradição não tem considerado como “comportamentos escolares”, mas que não comprometem a ação educativa e atendem às necessidades dos alunos de movimento e comunicação, sendo muitas vezes indispensáveis nessa nova compreensão de educação.

Para compreender que muitas vezes o comportamento ativo das crianças não necessariamente compromete a ação educativa é possível pensar em algumas propostas didáticas que envolvem papel ativo dos alunos. É o caso de gincanas, jogos e ações de voluntariado com a comunidade onde a escola está inserida, que demandam das crianças uma postura comunicativa, dinâmica e inquieta. O ideal seria que o professor, ao invés de objetivar que as crianças tenham somente um determinado tipo de comportamento, caracterizado como atento e obediente, repensasse suas propostas pedagógicas, pensando em outras metodologias que contemplem os diferentes sujeitos. Dessa forma, incluir em seus planejamentos atividades diversificadas, que envolvam outras formas de atenção que não exclusivamente a focalizada.

As autoras De-Nardin e Sordi (2007) ressaltam que, ao se depararem com um modo de ensinar que não as acolhe e escuta, mas que apenas lhes informa, as crianças encontram na escola o espaço que reproduz as formas de experimentação do mundo atualmente. Nesse contexto, prestar atenção e ficar quieto tornam-se os principais deveres dos alunos. Entretanto, compreendendo a aprendizagem como um processo, no qual o aluno é sujeito ativo e participativo, onde a experimentação e a reflexão cumprem papel imprescindível, é possível pensar que nem sempre o silêncio e a atenção focada são pressupostos para a aprendizagem.

Para Aquino (1996, p. 53),

A partir daí, o barulho, a agitação, a movimentação passam a ser catalisadores do ato de conhecer, de tal sorte que a indisciplina pode se tornar, paradoxalmente, um movimento organizado, se estruturado em torno de determinadas idéias, conceitos, proposições formais. [...] Anteriormente, disciplina evocava silenciamento, obediência, resignação. Agora, pode significar movimento, força afirmativa, vontade de transpor obstáculos.

É nesse sentido que, para esse autor, o trabalho do conhecimento científico não requer que o aluno permaneça estático, calado, obediente. Pelo contrário, implica a inquietação, o desconcerto, a desobediência. A questão fundamental está na transformação desta turbulência em ciência e desta ordem em uma nova ordem.

4. E O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE?

O TDA/H se caracteriza por combinação de dois grupos de sintomas: um grupo composto por desatenção e outro pela hiperatividade e impulsividade.

O diagnóstico de TDA/H é fundamentalmente clínico. Os autores Rohde e Benczik (1999) ressaltam que existem escalas que descrevem os sintomas de atenção, hiperatividade e impulsividade, medindo de forma objetiva sua intensidade de acordo com a opinião dos pais e professores. Como exemplo, a Escala de Connors e a Escala de Problemas de Atenção do Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes.

Esses autores também relatam que o exame neurológico evolutivo, realizado por neurologistas de crianças, pode indicar dados fortalecedores desse diagnóstico. Também há testes psicológicos, como a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças, que podem reforçar o diagnóstico clínico.

Abaixo, estão alguns sintomas retirados do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual – 4ª edição) e descritos pelo autor Mattos (2004).

Módulo A:

Sintomas de desatenção (eles devem ocorrer frequentemente)

- 1) Prestar pouca atenção a detalhes e cometer erros por falta de atenção;
- 2) Dificuldade de se concentrar (tanto nas tarefas escolares quanto em jogos e brincadeiras);
- 3) Parecer estar prestando atenção em outras coisas numa conversa;
- 4) Dificuldade em seguir as instruções até o fim ou deixar tarefas e deveres sem terminar;
- 5) Dificuldade de se organizar para fazer algo ou planejar com antecedência;
- 6) Relutância ou antipatia em relação a tarefas que exijam esforço mental por muito tempo (tais como estudo ou leitura);
- 7) Perder objetos necessários para realizar as tarefas ou atividades do dia-a-dia;
- 8) Distrair-se com muita facilidade com coisas à sua volta ou mesmo com seus próprios pensamentos. É comum que os pais e professores se queixem de que estas crianças parecem “sonhar acordadas”;
- 9) Esquecer de coisas que deveria fazer no dia-a-dia.

Módulo B:

Sintomas de hiperatividade e impulsividade (eles devem ocorrer frequentemente)

- 1) Ficar mexendo as mãos e pés quando sentado ou se mexer muito na cadeira;
- 2) Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado (sala de aula, mesa de jantar, etc.);
- 3) Correr ou escalar coisas, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos pode se restringir a um sentir-se inquieto por dentro);
- 4) Dificuldades para se manter em atividades de lazer (jogos ou brincadeiras) em silêncio;

- 5) Parecer ser “elétrico” e a “mil por hora”;
- 6) Falar demais;
- 7) Responder perguntas antes de elas serem concluídas. É comum responder a pergunta sem ler até o final;
- 8) Não conseguir aguardar a sua vez (nos jogos, na sala de aula, em filas, etc.);
- 9) Interromper os outros ou se meter nas conversas dos outros.

Existem três tipos de TDA/H. Em um primeiro, há predominância da desatenção, existindo mais sintomas do módulo A. A forma predominantemente hiperativa/impulsiva ocorre quando existem mais sintomas do módulo B. E por fim, a forma combinada, quando há muitos sintomas do módulo A e também do módulo B.

De acordo com Mattos (2004), para se dizer que alguém tem a forma predominantemente desatenta, é preciso apresentar pelo menos seis dos nove sintomas do módulo A. Já no caso da forma predominantemente hiperativa, é necessário apresentar pelo menos seis dos nove sintomas do outro módulo. Na forma combinada, o sujeito deve apresentar pelo menos seis sintomas de cada um dos módulos.

Conforme esse mesmo autor, a conclusão do diagnóstico depende que os sintomas estejam presentes desde cedo (antes dos 7 aos 12 anos); que causem problemas em no mínimo dois contextos diferentes (casa e escola, por exemplo); que esses sintomas atrapalhem a vida do sujeito (na escola, na profissão, no relacionamento com os demais) e que esses sintomas não sejam explicados por outro problema (como ansiedade ou depressão).

Quanto às causas do TDA/H, para o discurso médico, há uma participação genética na origem do transtorno. Entretanto, a genética não é o único fator. Somam-se a ela outros fatores externos, como valores, rotinas e comportamentos das pessoas com quem o sujeito interage cotidianamente. De acordo com Mattos (2004), os fatores externos já foram considerados mais importantes antigamente, e por essa razão inicialmente o TDA/H recebeu o nome de lesão cerebral mínima e disfunção cerebral mínima. Para o autor, esses nomes indicavam que, embora houvesse o comprometimento orgânico ou neurológico, esse era de menos importância. Atualmente, para a Ciência Médica, 90% do TDA/H tem origem na genética.

Para Rohde e Benczik (1999), 50% das crianças e adolescentes com TDA/H também apresentam problemas de comportamento, como por exemplo, agressividade, roubo, comportamento de oposição às regras. A ocorrência de dois ou mais problemas de saúde é chamada de comorbidade. Conforme esses autores, muitos adolescentes com TDA/H associado com outros problemas de comportamento, como depressão, teriam um risco maior de abuso de drogas ou dependência a elas.

4.1 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Conforme os autores Rohde e Benczik (1999), quanto ao tratamento medicamentoso, as medicações mais usadas são as estimulantes. No Brasil, há apenas o metilfenidato, comercializado com o nome de Ritalina, como representante dessa classe de remédios. Outra classe de remédios que também mostrou eficácia para diminuição dos sintomas desse transtorno é a dos antidepressivos tricíclicos. Em nosso país existem vários representantes dessa classe, como: nortriptilina (Pamelor) e a imipramina (Tofranil). Geralmente a medicação é administrada por um ano e, após, pode começar a ser retirada gradativamente. No entanto, algumas crianças e adolescentes poderão ter uma piora com a suspensão da medicação, o que faz necessário a retomada do uso do fármaco.

O metilfenidato (Ritalina) pode causar sintomas gerais de dor de cabeça, mal-estar, náuseas, vômitos e tontura. Algumas crianças apresentam aumento da irritabilidade e dificuldade para dormir à noite. Pode haver perda de apetite, com consequente diminuição do peso. Essa medicação pode aumentar os cacoetes (tiques) em crianças que já os tem ou desencadeá-los em quem tem histórico familiar. Há ainda alguns estudos para verificar a possibilidade do metilfenidato causar diminuição no crescimento de crianças e adolescentes. Algumas pesquisas apontam que talvez a diminuição do crescimento que estava associada à medicação pode na verdade estar associada ao TDA/H, ou seja, pode haver imaturidade em áreas que regulam o crescimento. (ROHDE;BENCZIK, 1999)

Os antidepressivos tricíclicos podem causar efeitos colaterais como dor de cabeça, mal-estar, náuseas, vômitos e tontura. Assim como o metilfenidato, podem causar aumento da irritabilidade e alterações de sono. Em algumas crianças, pode ocorrer a diminuição do apetite. Provocam, também, efeitos anticolinérgicos, como a boca seca e constipação. Os antidepressivos tricíclicos causam efeitos adversos no aparelho cardiovascular, como aumento da frequência cardíaca e/ou alterações da condução dos estímulos das fibras nervosas do coração.

4.2 CRÍTICAS AO DIAGNÓSTICO DE TDA/H

Início com uma citação de Mattos (2004, p.44): “Sabe-se que o TDAH não é causado por fatores psicológicos e nenhuma psicoterapia poderá curar o transtorno”.

Essa concepção pode provocar diversas controvérsias. É possível discordar dela a partir das idéias de autores como Jerusalinsky (2006). Esse autor comenta que o laboratório Novartis Pharmaceutical Corporation, um dos fabricantes da Ritalina, publica um folder de difusão da medicação, destinado a médicos. Nesse folder, é dito que a medicação apresenta, após 14 meses de uso, uma eficácia de 56%.

Para Jerusalinsky (2006), esses dados propiciam reflexões críticas. Uma delas, seria questionar que o laboratório apresenta somente o lado da positividade, quando afirma que é possível a eficácia de 56%. Sendo assim, o leitor deixa de perceber que um número expressivo de casos, 44%, não teve eficácia.

Outra reflexão diz respeito ao tempo indicado pelo laboratório para obter resultados. Jerusalinsky (2006) defende que em idades precoces, uma intervenção psicológica no prazo de 14 meses também pode obter modificações comportamentais.

Nessa mesma perspectiva, Untoiglich (2006) ressalta que o TDA/H trata-se de um sofrimento psíquico e não de uma simples falha no funcionamento dos neurotransmissores ou de um desafio à autoridade escolar. Essa autora critica a forma de diagnóstico desse transtorno, alegando que um diagnóstico preciso pressupõe tempo e não se resolve respondendo um questionário. Ressalta que seria necessária a realização de consultas interdisciplinares e um trabalho com a criança e com os pais, para que possam construir novos laços simbólicos.

A referida autora alerta para o perigo do excesso de diagnóstico e das estatísticas, já que “[...] antes tínhamos 250.000 crianças inquietas, desatentas, impulsivas ou agitadas que nos faziam questionar o que estava acontecendo com a instituição escolar, as famílias e as crises sociais, e agora passamos a ter 250.000 ADD que devemos medicar.” (UNTOIGLICH, 2006, p. 17)

É pertinente realizar alguns questionamentos quanto ao diagnóstico de TDA/H e a medicalização de crianças, refletindo sobre o fato de que, há alguns anos, a escola recebia crianças agitadas e desatentas, sem que as mesmas fossem concebidas como portadoras de algum transtorno. Enquanto professora, questiono-me se o diagnóstico, na verdade, não funciona como um tranquilizador para as angústias do docente, pois através desse é possível justificar as falhas e as impotências do trabalho pedagógico.

Atualmente é possível observar um constante esforço na tentativa de encontrar diagnósticos psicopatológicos que justifiquem as dificuldades que as crianças enfrentam no contexto escolar. Muito provavelmente os avanços nos estudos científicos (como por exemplo a invenção de novas drogas e o mapeamento do cérebro) têm contribuído para o ressurgimento dessa visão organicista e biologizante do ser humano, que está tão presente no discurso social e científico. (BIRMAN, 1999, *apud* LEGNANI; ALMEIDA, 2008)

A autora Untoiglich (2006) também alerta para o fato de que muitas vezes pensamos que o diagnóstico é uma atividade neutra e plenamente científica, no entanto o profissional que realiza o diagnóstico também coloca a sua subjetividade em jogo. Além disso, ela ressalta que a escola é uma vitrine com lente de aumento, onde se mostra grande parte das problemáticas da infância.

Nesse sentido, há muitas razões para que uma criança tenha problemas escolares, os quais podem ser oriundos de problemas familiares, de situações de abuso ou violência, de adequação curricular, de problemas sócio-econômicos e de dificuldades de atenção que podem ou não ter uma origem neurológica.

Nessa mesma perspectiva de crítica ao diagnóstico do TDA/H, Jerusalinsky (2006) afirma que a metodologia proposta para diagnóstico é exclusivamente fenomenológica porque é baseada na presença ou ausência de certos comportamentos. Isso pelo fato do diagnóstico se fundamentar em entrevistas, escalas de estimativas preenchidas por pais e professores, técnicas de observação direta do comportamento da criança.

Pensar nesse contexto histórico e social no qual estão inseridas essas crianças com TDA/H pode ajudar na compreensão dos comportamentos apresentados por elas. Auxiliar as crianças que apresentam esse diagnóstico implica que deixemos de atribuir somente à formação orgânica as causas para o TDA/H, mas que possamos realizar essa reflexão global acerca do sujeito, nunca esquecendo de que a criança extremamente desatenta ou agitada pode estar enfrentando dificuldades em sua estruturação psíquica.

Por trás das dificuldades escolares, da desordem, da hiperatividade, da falta de atenção, da impulsividade há uma criança que sofre, evidentemente também encontramos uma família que padece e uma instituição escolar que não encontra o modo de responder às demandas que se exigem dela. (UNTOIGLICH, 2006, p. 21)

Atualmente, a instituição escolar passa por um processo de reconhecimento da necessidade de realizar uma reestruturação, ou seja, uma modificação de suas práticas e das teorias que sustentam sua função social. Além de dar conta da transmissão dos conhecimentos historicamente acumulados, está sendo responsável por proporcionar situações de humanização e socialização. Na escola, a criança se constrói, enquanto aluno, ao longo de sua caminhada como estudante. Sendo assim, é possível pensar que muitos dos comportamentos inquietos dos alunos podem ser manifestação de indisciplina, visto que essas crianças estão aprendendo a ser alunos.

Dubet (1997 *apud* BACKES, 2007, p. 42), sociólogo francês que vivenciou como professor dilemas da escola francesa, constatou que os alunos, numa atitude de resistência ao professor, não estão naturalmente dispostos a fazer o papel de aluno. Dessa forma, a energia do professor encontra-se, muitas vezes, voltada para tarefas de cunho normativo, as quais não têm relação com a habilitação do professor, o que esvazia e trunca a relação entre alunos e professores.

De acordo com Mattos (2004), os sintomas observados na forma hiperativa/impulsiva e na forma combinada parecem ser mais comum em meninos, enquanto que a forma desatenta é mais evidente em meninas. Acredito que essa afirmação deva ser analisada com cautela, antes de ser tomada como uma constatação. É preciso pensar nos papéis e características atribuídos às meninas e aos meninos em nossa sociedade. Geralmente a figura da menina está associada a características como “boa aluna”, obediente, caprichosa, delicada e estudiosa. Dos meninos, é esperado que sejam mais desleixados, bagunceiros, brigões.

Para Andrade (2002), nas relações promovidas no espaço escolar, as crianças vão construindo e modificando suas identidades, identificando-se (ou não) com o gênero ao qual pertencem. Para essa autora, o masculino e o feminino são considerados como mundos separados e, neles, as diferenciações são estabelecidas através de características físicas, cognitivas e emocionais. Andrade argumenta que há diferença até mesmo no tratamento destinado às meninas e aos meninos em casa, na escola e em outros locais socializantes. Na escola, a sexualidade feminina é reprimida e vigiada, conseqüentemente as meninas têm menos liberdade de ação e movimento.

Sendo assim, as crianças interiorizam e reproduzem esses estereótipos de menino e menina, manifestando comportamentos esperados para o seu gênero. Dessa forma, é possível pensar que há predominância de TDA/H entre meninos devido ao fato de que a sociedade espera deles muitos dos comportamentos que são característicos desse transtorno.

Conforme Rohde e Benczik (1999), os resultados das diversas avaliações realizadas para diagnosticar o TDA/H, como as escalas, o exame neurológico e os testes psicológicos, podem não ser suficientes para o diagnóstico ou para sua exclusão. Argumentam que alguns fatores podem propiciar resultados favoráveis, como: a estrutura do ambiente onde esses testes são feitos, a escassez de estímulos externos, o cuidado individualizado à criança e a motivação da mesma para a obtenção de resultados positivos.

Nesse sentido, seus comportamentos talvez estejam permeados por diversos sentimentos, passando a ser formas alternativas de comunicar um sofrimento, já que muitas vezes por viés da linguagem a criança não consegue expressar emoções.

Por isso, deve-se questionar a medicalização infantil, como podemos perceber nas concepções apresentadas em um documento¹ que foi dirigido ao Ministério da Saúde da Argentina, publicado na Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre:

O resultado é que as crianças são medicalizadas desde idades muito precoces, com uma medicação que não cura (administrada de acordo com a situação, por exemplo, para ir à escola) e que em muitos casos oculta sintomatologia grave, a qual eclode a posteriori ou encobre deteriorização que se aprofundam ao longo da vida. (UNTOIGLICH, 2006, p.63)

¹ Documento dirigido ao Ministério da Saúde da Argentina, em junho de 2005, elaborado e assinado por profissionais de reconhecida trajetória no campo da psicologia, psiquiatria, neurologia, pediatria, psicopedagogia e psicomotricidade. Participaram em diferentes etapas e níveis na elaboração deste documento os seguintes profissionais: Bleichmar, Ricardo Rodulfo, Marisa Rodulfo, León Benasayag, Jaime Tallis, Juan Carlos Volnovich, Mónica Oliver, José R. Kremenhusky, Mario Brotsky, Héctor Vázquez, Maril ú Pelento, Sara Slapak, Isidoro Gurman, Estela Gurman, María Cristina Rojas, Silvia Pugliese, Gisela Untoiglich, Alicia Stolkner, Miguel Tollo, Jorge Garaventa, Isabel Lucioni, Mabel Rodríguez Ponte e Rosa Silver.

Na maioria das vezes, o fato da criança iniciar tratamento medicamentoso significa certa tranquilidade para o professor, visto que geralmente seus comportamentos ficam mais semelhantes àqueles esperados pelo docente. No entanto, o que ocorre é a suspensão de comportamentos que desagradam os adultos e não o tratamento efetivo das origens psíquicas para tais ações das crianças. A longo prazo, a decisão dos adultos em administrar medicação nas crianças pode ser extremamente prejudicial.

Durante o segundo semestre de 2008, quando fui professora titular de turma de 3ª série do Ensino Fundamental, no cotidiano do trabalho pedagógico em sala de aula, observei casos de crianças diagnosticadas com TDA/H que a princípio estavam sem tratamento medicamentoso, mas que no decorrer do ano letivo iniciaram ou retornaram a utilizar medicação. Nos três casos existentes, pude perceber uma modificação significativa no comportamento, ações e auto-estima dessas crianças. Esses alunos, quase sempre colocavam-se na posição de não-saber, duvidavam de seu potencial, não realizavam as atividades em sala de aula. Após o início do tratamento medicamentoso, essas crianças passaram a organizar melhor seus cadernos, realizar as diferentes atividades, conseguir fazer diversas tentativas para concluir exercícios dos quais, anteriormente, desistiam no primeiro obstáculo. Como consequência, ficavam satisfeitas e orgulhosas em poder “exibir” a organização do caderno, o cumprimento das tarefas e também os acertos conquistados.

Até mesmo no ano corrente, na turma de 4ª série do Ensino Fundamental da qual sou professora, novamente tenho um caso de um menino que possui o diagnóstico de TDA/H, o qual é o sujeito do estudo de caso dessa pesquisa. Embora o menino faça uso da Ritalina², em alguns dias ele esquece de tomar a medicação e, nesses dias, é possível notar que ele fica mais distraído e tem maior dificuldade para realizar as atividades.

Quando pensava na situação desses alunos, não conseguia conceber a medicação como algo prejudicial, a ser criticado ou questionado, pois para mim parecia evidente que o tratamento só trazia progressos.

² Medicamento que tem como princípio ativo o metilfenidato, que aumenta a quantidade de dopamina e noradrenalina as quais se encontram diminuídas em determinadas regiões do sistema nervoso central. Essas substâncias normalmente são produzidas e liberadas pelas células nervosas e são chamadas de neurotransmissoras, pois servem para transmitir informações entre essas células.

No entanto, no decorrer dos estudos para elaboração dessa pesquisa, foi possível aprimorar o olhar para uma análise mais aprofundada do assunto. Desde então, refleti sobre o quanto a medicação estaria apenas suspendendo os comportamentos que poderiam ser sintomas de outras complicações no desenvolvimento emocional dessas crianças, fazendo com que aumentasse a responsabilidade dos adultos para com o futuro das crianças.

Nessa mesma perspectiva, Tallis (2006) defende que iniciar diretamente uma terapêutica com medicamentos pode ocultar a origem do quadro sintomatológico, o que talvez produzirá consequências graves, já que há patologias severas cuja manifestação inicial é a desatenção e/ou a hiperatividade. De acordo com o autor, há um excesso de diagnóstico devido à tendência dos médicos a biologizar os quadros, ao mesmo tempo em que as escolas e os professores patologizam os transtornos de conduta e de aprendizagem que os alunos possam ter. Há correntes que defendem a hipótese de uma origem neurológica para o TDA/H, como uma provável alteração na neurotransmissão. Entretanto essa concepção pode ser colocada em dúvida, já que não há exames precisos que detectem a presença desse transtorno. É o que afirma o autor Tallis (2006, p.54):

Por outro lado, é necessário esclarecer que não existe nenhum tipo de marcador biológico que possa definir e dizer com absoluta certeza que uma criança tem Transtorno por Déficit de Atenção, nem sequer os famosos mapeamentos, nem as ressonâncias, nem nada que o indique com certeza. Como há uma tendência ao sobre-diagnóstico, há um excesso de pacientes diagnosticados como tais.

Todos esses argumentos e reflexões sobre as fragilidades do diagnóstico de TDA/H permitem que questionemos a validade desse diagnóstico, ou que pelo menos coloquemos em dúvida as certezas absolutas acerca dos benefícios de um tratamento medicamentoso. Sendo assim, também é indispensável repensar as concepções sobre aluno, professor, aprendizagem, ensino e formas de atenção, concluindo que, se a sociedade na qual a instituição escola está inserida não é mais a mesma que a originou, conseqüentemente é preciso transformar essa escola, que já não pode dar conta das demandas dos sujeitos.

De acordo com Birman (1999, *apud* LEGNANI; ALMEIDA, 2008), atualmente assistimos a uma sedação indiscriminada da angústia humana, realizada por meio dos psicofármacos. Há uma intolerância à frustração, à impotência e ao sofrimento, fazendo com que os sujeitos procurem cada vez mais o uso de drogas como amenizadoras dessas angústias (drogas psicofarmacológicas, drogas lícitas ou ilícitas).

Dessa forma, é indispensável pensar sobre as consequências que o uso de drogas psicofarmacológicas no tratamento de crianças diagnosticadas com TDA/H pode ocasionar ao desenvolvimento infantil, uma vez que as medicações têm contra-indicações e efeitos colaterais importantes, como o incremento da sintomatologia (no caso de crianças psicóticas) ou o retardo do crescimento.

Ao invés disso, deveríamos pensar que

[...] as dificuldades de atenção ou a inquietude excessiva costumam ser apenas a ponta do iceberg; se ficarmos apenas com isso, com frequência se atrasa a possibilidade de realizar um diagnóstico psicopatológico preciso, subjacente à estrutura psíquica de grande quantidade de crianças que manifestam perturbações de atenção na escola. (UNTOIGLICH, 2006, p. 21)

5. A EDUCAÇÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE

5.1 CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE NA ESCOLA

Após optar por incluir nessa monografia um estudo de caso, iniciei o processo de busca pelo sujeito desse estudo. Na escola onde estava atuando no ano de 2009, inicialmente fui informada de que não havia nenhum caso de criança com o diagnóstico de TDA/H.

Conversando com a professora que atende as crianças com dificuldades de aprendizagem da escola no Laboratório de Aprendizagem, ela sugeriu que eu entrasse em contato com a Psicóloga da Secretaria Municipal de Educação, para que ela indicasse algum caso de TDA/H na rede de Cachoeirinha.

Entretanto a psicóloga indicada comentou que não havia nenhum caso de crianças com esse diagnóstico, mas apenas suspeitas. Explicou que muitas vezes os pais encaminham os alunos para atendimento através de convênio médico ou consulta particular, e sendo assim, a Secretaria de Educação não fica ciente.

Certo dia, uma professora da escola questionou-me sobre um aluno meu, perguntando como ele estava nas aulas e sobre seu comportamento. Ela disse que durante o ano passado ele iniciou tratamento com medicação, devido a sua desatenção.

Dessa forma, procurei a mãe da criança para perguntar se ele ainda estava fazendo uso da medicação e sobre qual a indicação médica para o tratamento medicamentoso. A mãe comentou que a psicóloga indicou a medicação porque seu filho não “prestava atenção”, ficava “viajando na aula” e não conseguia fazer as atividades.

O processo de busca por um sujeito para o estudo de caso fez com que eu percebesse a falha na divulgação de algumas informações acerca dos atendimentos multidisciplinares que os alunos da escola frequentam. Isso porque, considerando que esse aluno tem o diagnóstico de TDA/H, tem problemas comportamentais e atitudinais, estuda na escola desde a educação infantil está em tratamento medicamentoso desde o ano passado, é curioso pensar que nem o Serviço de Orientação e nem o Serviço de Laboratório de Aprendizagem (os quais atendem o aluno) tinham conhecimento da situação do menino.

5.2 QUAIS OS ASPECTOS QUE SE DESTACAM?

O sujeito do estudo de caso é um menino com 10 anos, completados no ano de 2009. Para preservar sua identidade, nomeei-lhe de C. Esse menino estuda na escola desde os 6 anos de idade, quando então ingressou em uma turma de pré-escola (atual 1º ano do ensino fundamental de 9 anos). Atualmente, C está na 4ª série do ensino fundamental de 8 anos, turma da qual sou professora titular.

É morador do bairro onde a escola está inserida, sendo oriundo de família de classe baixa. Sua mãe é cabeleireira, possuindo um salão de beleza. Seu pai é caminhoneiro. C tem outros dois irmãos, ambos já adultos, casados e caminhoneiros, os quais residem com suas próprias famílias. Dessa forma, C mora apenas com os pais.

Conforme relato de diversos profissionais que atuam na escola, desde o início de sua vida escolar, o menino apresentava comportamento inadequado para o ambiente. As queixas ocorrem tanto porque o aluno não realizava as atividades, quanto pelo fato de envolver-se em brigas e situações de violência com colegas e em ações de desrespeito à autoridade dos professores.

Nesse ano, embora C tenha se envolvido em discussões e brigas com agressões físicas, penso que essas atitudes não são uma marca de seu comportamento. Na verdade, minha queixa inicial com relação ao seu comportamento não dizia respeito ao envolvimento em situações desse tipo. A dificuldade que enfrento com relação ao C está relacionada a sua postura de, em alguns dias, não realizar as atividades propostas. Como consequência de sua ociosidade, implica com os colegas (ofendendo ou atirando pedaços de borracha e papel), caminha e corre pela sala, faz brincadeiras. Como nem todas as crianças tem a mesma tolerância com as implicações de C, em alguns casos, culminava em brigas.

Dessa forma, como aceitar que uma criança vá para a escola e termine um dia de aula sem realizar as atividades propostas pela professora? Como permitir que ele tenha os mesmos direitos que os colegas se ele não cumpre suas obrigações e nem as combinações de convivência da turma? Como ser conivente com o fato do aluno estar ali, sentado, sem realizar tarefas e ainda incomodando e prejudicando os colegas?

Essa situação que o professor enfrenta atualmente, de não ter como objetivo apenas as questões das aprendizagens dos conteúdos das diferentes áreas do conhecimento, mas de também ter que socializar as crianças, ensinar a cumprir regras e a ter uma postura adequada, é descrita por Xavier (2009). Essa autora ressalta que hoje a escola atende crianças ricas e pobres, aquelas que acham que a escola faz sentido e outras que não veem sentido nenhum na escola. Como consequência, novas abordagens precisam ser construídas para atender essa demanda por aprendizagem e socialização.

Da mesma maneira, Xavier (2009) afirma que esse comportamento esperado e definido como comportamento do aluno, que é condição para o desenvolvimento das aulas, não ocorre naturalmente. Em contrapartida, a escola não fala sobre seu papel de produtora desse sujeito aluno. Sendo assim, não se ensina a postura de aluno, mas se cobra comportamento adequado. Para essa autora, o modelo de aluno que se espera para a época contemporânea não está sendo discutido. Os procedimentos civilizatórios não são práticas naturais do homem, mas são construídos, sempre com a mediação da geração adulta.

Dubet também evidencia as dificuldades enfrentadas pelos professores com relação à indisciplina dos alunos, ressaltando que

[...] é preciso ocupar constantemente os alunos. É extremamente cansativo dar aula, já que é necessário a toda hora dar tarefas, seduzir, ameaçar, falar. [...] Por exemplo, quando a gente fala “peguem os seus cadernos”, são cinco minutos de bagunça porque eles vão deixar cair suas pastas, alguns terão esquecido seus cadernos, outros não terão lápis. Aprendi que para uma aula que dura uma hora, só se aproveitam uns vinte minutos, o resto do tempo serve para “botar ordem”, para dar orientações. (1997, p. 223, apud BACKES, 2007, p. 42)

Os indivíduos constituem-se enquanto homens a partir de seu nascimento, no convívio com outros seres humanos. Esta passagem da natureza para a cultura ocorre com o ingresso numa sociedade que possui previamente uma estrutura, um conjunto de valores e costumes que foram construídos historicamente. “São as macroestruturas que vão apontar, a princípio, um leque mais ou menos definido de opções em relação a um destino social, seus padrões de comportamento, seu nível de acesso aos bens culturais, etc.” (DAYRELL, 1996, p. 141) Claro que este processo não se dá de forma totalmente unilateral e tranquila. É permeado por muitos conflitos, já que os indivíduos vão assumindo estes símbolos sociais, reelaborando-os e tornando-os mais significativos para si.

A escola também é re-significada pelos alunos. Este mesmo espaço, que é planejado arquitetônica e organizacionalmente para controlar, desde a circulação das pessoas, até seus comportamentos e ações, é transformado, pelos sujeitos que lá convivem cotidianamente (sejam professores, alunos, funcionários) em espaços de sociabilidade, de interação, enfim, em espaço com sentido.

É nesse ambiente, onde diferentes culturas, valores e idéias se confrontam diariamente, que as pessoas terão a oportunidade de aprender a conviver em grupo, a experimentar um “mundo” bastante diferente, em alguns aspectos, daquele que encontram do outro lado dos muros que cercam a escola. Juntamente com a experiência de ser aluno, se aprende a lidar com normas, com limites e, por que não, com a possibilidade de transgressão, de questionamento e de negação destas regras impostas.

Dessa forma, muitos dos desafios enfrentados pelos professores dizem respeito à organização do ambiente. Antes de pensar em realizar um trabalho sobre um determinado conteúdo, é preciso controlar as crianças, fazer com que aprendam a ouvir e a resolver conflitos dialogando. No meu cotidiano como professora, a situação é bastante semelhante com a descrita pelo Dubet (1997, p. 223, *apud* BACKES, 2007, p. 42).

No caso do aluno C não havia uma dificuldade de aprendizagem grave. Minha maior preocupação era com a sua socialização e com a indisciplina. Na área do conhecimento lógico matemático, C realizava as contas das 4 operações (adição, subtração, multiplicação e divisão) sem dificuldades e compreendia o processo implicado em cada uma delas. Também interpretava e resolvia histórias matemáticas e desafios matemáticos, realizando cálculo mental. Sua maior dificuldade estava na área da Língua Materna. Não conseguia realizar uma leitura fluente. Nas produções textuais, embora suas idéias fossem inteligíveis e criativas, não organizava as frases e os parágrafos, escrevendo um texto corrido, sem pontuação. Também havia dificuldades ortográficas e, geralmente, não segmentava algumas palavras, acabando por escrever duas ou mais palavras emendadas umas nas outras.

Ao mesmo tempo em que C tinha dificuldade na área da Língua Materna, ele também não apresentava interesse nas propostas de atividades relativas a essa área. Ele sempre afirmou que gostava mesmo era de Matemática.

Geralmente quando havia a proposta de produção textual, C não realizava na primeira aula. Eu precisava fazer várias tentativas, em datas diferentes, para que ele conseguisse escrever.

Toda a produção textual que proponho como atividade, costumo corrigir inserindo códigos para os diferentes tipos de erros. Em outra aula, devolvo a produção, anoto a legenda dos códigos no quadro e solicito que as crianças reescrevam as produções textuais, corrigindo possíveis erros de acordo com a legenda. Essa ação de reler o que se escreveu e de reescrever seu texto pensando nos seus erros seria extremamente importante para que C sanasse suas dificuldades ortográficas e da falta de segmentação adequada das palavras. No entanto, cada vez que eu solicitava reescrita de produção textual, ocorria o mesmo: era preciso realizar diversas tentativas em dias variados para que C conseguisse reescrever.

Sendo assim, como auxiliar um aluno a superar dificuldades na área da Língua Materna (mais precisamente leitura, escrita e ortografia) se ele tem resistência a essa área do conhecimento? Como propiciar ao aluno a aprendizagem da escrita de um texto quando ele se nega ao exercício da escrita?

No cotidiano da sala de aula, sempre que C descumpria regras ou não realizava as atividades, eu enviava um bilhete para sua mãe através de seu caderno. O bilhete retornava assinado por ela, entretanto eu não notava uma mudança na postura dele nos dias subsequentes.

No mês de abril do corrente ano, foi solicitada a presença da mãe na escola para tratar de assuntos referentes ao comportamento e às atitudes de C. Após dois agendamentos em que a mãe não apareceu, conseguimos realizar a reunião.

Nessa reunião, C se comprometeu em realizar as atividades, em não se envolver em brigas, em cumprir com as suas obrigações como estudante. Após o término da reunião, numa conversa entre a mãe e eu, ela reconheceu que tem exigido muito pouco do filho. Comentou que, em comparação com a educação que ofereceu aos seus outros dois filhos, o modo como está educando C está menos exigente, no sentido de que não cobra auxílio nas tarefas de casa, não transfere para ele pequenas responsabilidades como arrumar o quarto, juntar brinquedos, etc.

A mãe disse que a partir daquela semana estaria inserindo no cotidiano de C algumas pequenas responsabilidades nesse sentido, além daquelas relacionadas com o estudo. Também comentou que ele não estava tomando regularmente a medicação ritalina, mas que a consulta com a neurologista estava agendada para maio e que ela me daria um retorno sobre o tratamento.

Nos primeiros dias após a reunião, foi possível notar uma melhora com relação ao comportamento do C. No entanto, essa mudança de atitude não durou muito tempo. Dias depois C envolveu-se em uma briga durante um jogo de futebol, com agressão física.

Em outra data, C constatou que haviam “sumido” algumas pecinhas de sua bicicleta. C costumava ir de bicicleta para a Escola, embora sua mãe já houvesse avisado a ele que não queria reclamações caso acontecesse algo com a bicicleta. Durante o recreio, C bate em um aluno da 3ª série, alegando ter ficado sabendo que esse menino seria o responsável pelo sumiço das peças de sua bicicleta.

[...] há que se pensar na possibilidade de crianças e jovens “hiperativos” serem a própria expressão da era em que vivemos; protagonistas “normais” de um tempo-espaco cada vez mais fluído, instável, matizado, rápido e desconcertante. Quem sabe a hiperatividade possa ser entendida como a “normalidade” dos nossos tempos? (COSTA, 2006, p.8)

Na sala de aula, cotidianamente há queixas de colegas, alegando que C está dando tapas, colocando o pé na frente da passagem para que os outros tropecem, atirando pedacinhos de borracha, etc. Todos esses comportamentos, talvez sejam indícios de que a forma encontrada por C para se aproximar (emocionalmente e fisicamente) dos colegas seja por meio da agressão e de atitudes incomodativas.

As confusões entre C e os colegas aconteciam principalmente nas atividades em grupo. Nessas ocasiões, o aluno não conseguia envolver-se no objetivo do trabalho, acabando por não contribuir, permanecendo envolvido em “passeios” pela sala e em brincadeiras.

Conforme Rodrigues, Xavier e Hickmann,

Mesmo com uma nova estruturação dos espaços e tempos e de uma rotina escolar diferenciada – não punitiva e/ou coercitiva, ou seja, de uma organização curricular planejada de forma participativa [...], de uma maior articulação das diversas áreas do conhecimento, bem como da construção cooperativa e coletiva de normas e princípios de convivência, ainda assim, dificuldades de aprendizagem e situações de difícil relacionamento interpessoal e grupal entre alunos e professoras continuam surgindo. (2002, p. 49)

É possível perceber que as crianças são bastante acostumadas ao modelo tradicional de aula e que as dinâmicas diferentes, como por exemplo, a utilização de recursos pedagógicos materiais e os trabalhos em grupo causam grande agitação.

No caso da criança com TDA/H, concentrar-se em uma atividade quando há uma modificação física do ambiente é algo mais complexo, uma vez que esse aluno distrai-se com facilidade e agita-se com a presença de novidades e estímulos diferenciados. C trabalhava muito melhor sozinho, quando sua possibilidade de concentração era significativamente maior. No entanto, penso que o papel da escola e do professor é justamente propiciar aos alunos a capacidade de trabalharem em grupo, conviverem com sujeitos diferentes, com opiniões diversas e contrárias às suas.

No final de maio, C consultou com a neurologista que realiza seu acompanhamento e retomou o tratamento medicamentoso. A partir de então, tomando a medicação diariamente (com raríssimos casos de esquecimento), foi possível notar uma melhora significativa em seu comportamento. É possível notar no comentário que fiz em seu parecer descritivo do 1º trimestre:

Inicialmente, diariamente a professora precisava solicitar que o aluno permanecesse sentado no seu lugar e que realizasse as atividades propostas. No final do trimestre, C apresentou uma mudança significativa em seu comportamento. Atualmente, na maior parte dos dias, realiza as atividades, embora ainda precise modificar sua postura em algumas ocasiões, evitando brincadeiras que atrapalham o andamento das aulas e que provocam desentendimentos entre ele e os colegas.

Entretanto penso que a mudança de comportamento do C não é consequência apenas do fato de ter reiniciado o tratamento medicamentoso. É preciso referir que há a constituição de um vínculo entre professor e aluno, o qual ocorre através de um processo. Esse vínculo faz com que, antes de tomar uma atitude, a criança pense que o professor é um profissional que está na sala de aula e que também tem sentimentos e expectativas com relação ao seu comportamento e a sua aprendizagem. Nos dias em que C apresentava um comportamento ruim, brigando ou brincando em sala de aula, ou quando não participava das atividades, eu sempre deixava claro meu descontentamento. No dia seguinte ao acontecimento, ao chegar na escola, C sempre me procurava para dar um abraço. Talvez nessa atitude estivesse o indício de que ele estava consciente de que havia me decepcionado.

Também a mãe de C estava modificando a sua forma de conceber e de educar o filho, dando-lhe mais responsabilidades, realizando mais cobranças. Notei que a mãe estava observando diariamente o caderno do filho e que muitas vezes, quando ele não colava as folhas de atividades durante a aula, no dia seguinte as mesmas apareciam coladas e completas no caderno. Isso é prova de que alguém, portanto a mãe, estava revisando e exigindo a organização e a realização das atividades.

6. ADAPTAÇÕES CURRICULARES

Conforme a resolução CNE/CEB Nº2, de 11 de setembro de 2001, que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, no seu artigo 5º, consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, no processo educacional, apresentarem:

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

- a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica;
- b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências.

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

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

É interessante pensar no fato de que o inciso I pode permitir que se encaminhem as crianças equivocadamente para o serviço educacional especializado. Isso porque a definição de uma criança como estando com dificuldade acentuada de aprendizagem ou com limitação no seu processo de desenvolvimento, pode ser embasada em critérios subjetivos. É o que afirma a autora Kassir (2002), quando diz que historicamente muitas crianças eram vistas como “deficientes mentais leves”, quando na verdade não se tratava de um problema de aprendizagem, mas de “ensinagem”.

A possibilidade de caracterizar como sujeito do atendimento especial a criança com dificuldade de aprendizagem sem vinculação a uma causa orgânica específica, pode fazer com que muitas escolas não assumam que se trata de um problema de metodologia. Dessa maneira, não aceitam que é preciso recriar suas práticas para atender adequadamente essa criança.

Embora o aluno com Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade não seja sujeito da Educação Especial (salvo quando esse Transtorno gerar prejuízos para a aprendizagem de tal intensidade que dificulte o acompanhamento das atividades curriculares) é possível pensar que muitas vezes essas crianças também podem ter uma necessidade educacional especial.

Levando em conta que esse aluno geralmente necessita que o professor tenha um olhar mais individualizado, que ele muitas vezes não consegue realizar as atividades propostas em sala de aula, que precisa de um tempo maior para concentrar-se e de outros métodos de ensino, penso que seria válido realizar uma adaptação curricular para o aluno com TDA/H.

No cotidiano de trabalho com o menino C, em muitos momentos, nos quais ele não estava realizando as atividades, pensei que talvez fosse necessário realizar uma adaptação curricular. Propor outra atividade ou recurso diferenciado. Por exemplo, geralmente quando a atividade proposta exigia cópia de alguma informação ou exercício do quadro, C não realizava. Talvez porque não conseguisse atingir um nível de concentração necessário para copiar atividades do quadro... por essa razão, pensei que uma solução seria levar em material impresso os mesmos exercícios que eu escreveria no quadro para as outras crianças.

Ao mesmo tempo, tive resistência em praticar essa ação, pois talvez C deixasse de copiar não porque não conseguisse concentração, mas porque não gostasse mesmo de realizar cópias. Nesse caso, considero injusto com as outras crianças, que elas tivessem o dever de copiar atividades do quadro enquanto C recebia em material impresso. Entretanto a não realização das atividades por parte do C não se restringia a momentos em que era necessário copiar atividades do quadro. Muitas vezes, mesmo a proposta sendo de desenho e pintura, de trabalho em grupo, de folhinhas com atividades, C não demonstrava interesse.

Nesses momentos em que não estava participando das atividades propostas, envolvia-se em confusão com os colegas, investindo sua atenção em ações como: empurrar as cadeiras dos colegas com os pés, passar por colegas e dar tapas, atirar pedacinhos de borracha, etc.

Todos, sem exceções, podem aprender, mas ninguém aprende, exatamente, da mesma forma, no mesmo ritmo e com os mesmos interesses. Flexibilizar ou adaptar o quê (conteúdo), o quando (temporalidade, sequenciação de assuntos), o como (metodologia didática) e os procedimentos adotados na avaliação, é da maior importância para que os aprendizes que apresentam dificuldades desfrutem da igualdade de oportunidades de apropriação do saber, do saber fazer e do saber ser e conviver. Com essas afirmativas estou me referindo à equidade. (CARVALHO, 2008, p. 110)

Sendo assim, a adaptação curricular surge do olhar atencioso e sensível às especificidades no desenvolvimento e às necessidades dos diferentes sujeitos que estão inseridos em uma turma de alunos. Adaptar o currículo permite que a escola não seja apenas um espaço de socialização e convivência e, afirmando isso, não quero dizer que esses aspectos não sejam importantes.

Para Minetto (2008), adaptações curriculares abrangem toda a organização de estratégias educativas que ajudem, facilitem e promovam a aprendizagem, através da flexibilização do currículo. Para essa autora, qualquer modificação que necessite ser feita, por menor que seja, pode ser considerada uma adaptação curricular.

Além desse aluno com TDA/H, também tenho um aluno com deficiência mental, incluído na rede regular de ensino. Claro que é importante proporcionar a essas crianças com necessidades educacionais especiais a convivência com outros sujeitos em outros estágios do desenvolvimento e com outros níveis de conhecimento. No entanto, desde o início do ano letivo eu ficava angustiada por pensar que meu aluno com deficiência mental estaria somente de corpo presente, caso eu continuasse desenvolvendo os conteúdos referentes à 4ª série.

Desde então, procuro realizar um planejamento e uma avaliação diferenciados para esse aluno, uma vez que embora ele esteja na 4ª série, ainda está em processo de alfabetização e de construção do conceito de número. Com esse aluno, não tenho problemas quanto ao seu comportamento ou indisciplina. Meu maior desafio é fazer com que a sala de aula se torne, além de um espaço rico para o convívio com outras crianças, um local de aprendizagem e de desenvolvimento cognitivo.

É o que ressalta Carvalho (2008, p. 110),

Como espaço de relação com os saberes, na escola devemos nos apropriar de bens culturais, científicos e tecnológicos que a humanidade nos legou, fazendo-o da maneira mais consentânea com nossas características, necessidades e desejos. Estaremos, assim, tornando-nos cidadãos felizes e contributivos para nossa sociedade.

Nesse sentido, essa autora afirma que adequar o currículo para todos os alunos é uma tarefa extremamente complexa, mas uma necessidade que se impõe. Para ela, adaptação curricular não diz respeito apenas aos alunos egressos da educação especial que estão nas classes regulares. Para enfrentarmos e evitarmos os índices de fracasso escolar é indispensável que repensemos o currículo e as metodologias utilizadas.

Como ressalta Xavier (2009), atualmente a escola tem o desafio de sua própria recriação. É esse sentimento que tenho no cotidiano como professora, de que seria necessária a reinvenção da escola, uma mudança radical na sua estrutura curricular, física e organizacional, para que fosse possível dar conta dos interesses, demandas e necessidades dos sujeitos do processo educacional, que cada vez são mais distintos e diferentes uns dos outros.

Minetto (2008) destaca que a decisão de modificar ações pedagógicas e alterar o currículo deve ser tomada por uma equipe e nunca somente pelo professor. A decisão em conjunto pressupõe a participação da equipe técnico-pedagógica da escola, da assessoria externa e dos pais. Dessa forma, a responsabilidade é distribuída e fica claro que o sucesso não depende somente do professor, mas da participação de todos. Essa autora ressalta que o aluno que está chegando não é daquele professor que o recebe, mas de toda a escola e, portanto, o professor não pode sentir-se sozinho na caminhada.

7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O OBJETO DE ESTUDO DA PESQUISA

A realização dessa pesquisa proporcionou o acesso a informações sobre os sujeitos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). Dentre essas informações existentes, é possível identificar aquelas oriundas do discurso médico.

Nessa perspectiva, o sujeito com TDA/H é portador de uma disfunção neurológica, na qual há alteração no funcionamento dos neurotransmissores existentes na região orbital frontal do cérebro. Nesses sujeitos, os neurotransmissores deficitários são a dopamina e a noradrenalina, responsáveis pela inibição do comportamento, pela atenção sustentada e pelo autocontrole. Para a ciência médica, esse transtorno é passível de controle através de tratamento medicamentoso, que aumentará a quantidade de dopamina e noradrenalina no cérebro.

Em oposição a essa perspectiva, também foi possível identificar uma série de autores que questionam essa concepção do TDA/H como disfunção orgânica. Para esses, o transtorno é produzido culturalmente, seja pela estrutura da sociedade na qual estamos inseridos ou pela própria ciência moderna que busca conhecer os indivíduos e categorizar doenças para enquadrá-los.

Para compreender como a sociedade pode contribuir para a formação de sujeitos hiperativos ou com déficit de atenção, basta pensarmos na forma como modificamos nossa relação com o tempo (que está cada vez mais regrada e cronometrada), com as informações (agora descartáveis e voláteis) e com os outros sujeitos (menos presencial).

A partir do discurso médico, realiza-se um diagnóstico clínico do TDA/H através de uma equipe de profissionais, envolvendo avaliação de neurologista, psicopedagogo e psicólogo. São realizados exames neurológicos, testes psicológicos, aplicação de questionários aos pais e professores. Entretanto existem controvérsias com relação à eficácia desse diagnóstico.

Através da leitura de concepções de autores que criticam esse diagnóstico, é possível fazer os seguintes questionamentos: Como realizar um diagnóstico preciso em pouco tempo e apenas com a aplicação de um questionário? Como há poucos anos recebíamos crianças desatentas e agitadas e não procurávamos um diagnóstico que justificasse seus comportamentos? Como pensar que um médico é capaz de realizar um diagnóstico de forma neutra e plenamente científica, se em toda a ação humana colocamos nossa subjetividade em jogo? Como conceber que a razão para um comportamento desatento ou hiperativo resida apenas na falha no funcionamento dos neurotransmissores, ignorando os problemas familiares, sócio-econômicos e um possível sofrimento psíquico dessas crianças?

Dessa forma, conhecer informações sobre as características do TDA/H, seu diagnóstico e as formas de tratamento, realizando uma reflexão crítica e problematizadora desse discurso de origem médica, que é bastante aceito e difundido, pode auxiliar a família, os docentes e os demais profissionais da escola a ter um olhar mais atencioso aos comportamentos das crianças, de modo a produzir perguntas sobre tais sintomas, ao invés de tomá-los como provas de uma patologia.

Essa mudança de postura certamente trará benefícios para as crianças, pois na medida em que a família e os profissionais da escola passam a questionar as razões pelas quais as crianças apresentam determinados comportamentos, surge a possibilidade de respostas mais amplas e variadas. Tal atitude requer um estudo mais aprofundado, um rastreamento das histórias de vida e uma escuta sensível, de modo a pensar que por trás do corpo que não para ou que não mantém atenção, há uma subjetividade e um psiquismo em constituição. Sendo assim, os sintomas de inquietude e desatenção, ao invés de serem vistos como manifestação de um transtorno neurológico, podem ser concebidos como indícios de que algo nesta constituição psíquica não está bem.

É verdade que há crianças que na escola são extremamente agitadas e que não conseguem manter a atenção em atividades e tarefas demandadas pelo educador. Porém, pode-se pensar que as características comportamentais dessas crianças vão ao encontro dos ideais de vida e da forma de organização das relações em nossa sociedade, na qual os sujeitos estão sempre “sem tempo” e têm inúmeras e variadas tarefas (muitas vezes concomitantes). O fato de uma criança não atender às demandas por atenção que a sala de aula exige, não significa que em outras situações (mais relacionadas aos seus interesses) não seja extremamente atenta.

Dessa forma, penso que é preciso deixar o tratamento medicamentoso como último recurso, quando esgotadas as outras possibilidades como psicanálise, psicoterapia, modificações metodológicas do professor e alteração de hábitos familiares que incentivam um comportamento desatento ou hiperativo. É preciso lembrar que o comportamento da criança é resultado de um sofrimento psíquico, daquilo que através de palavras ela não está conseguindo manifestar. Também compreender essa criança como um sujeito com desejos, frustrações e sofrimentos, sempre em interação com outros sujeitos e inseridas num contexto social, cultural e histórico, que de certa forma permeia sua constituição psíquica.

Sendo assim, muito embora o tratamento medicamentoso de crianças com TDA/H possa auxiliá-las a manter a atenção e a realizar as atividades em sala de aula, é necessário questionar-se sobre as consequências dessa busca pela suspensão dos sintomas sem realizar uma profunda investigação sobre as causas para tais comportamentos.

Além disso, a medicação deve ser um recurso temporário, com o fim específico de suspender um comportamento que está causando prejuízos ao sujeito naquele momento. Entretanto não se pode perder de vista que deve haver uma intervenção psicológica, para que a criança construa seu autoconhecimento, aprenda a controlar suas ações impulsivas e a lidar com seu sofrimento psíquico. Dessa forma, dentro de um determinado tempo (não tão extenso), ela conseguirá superar suas dificuldades sem haver a necessidade da medicação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sandra dos Santos. **Dinâmicas de gênero nas práticas escolares.** In: HICKMANN, Roseli Inês (Org.). Estudos Sociais: outros saberes e outros sabores. Porto Alegre: Mediação, 2002.

AQUINO, Julio Groppa (org.). **Indisciplina na escola – alternativas teóricas e práticas.** São Paulo: Summus, 1996.

_____. **A desordem na relação professor-aluno: indisciplina, moralidade e conhecimento.** In: _____ (org.). Indisciplina na escola – alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1996.

BARBOSA, Maria Carmem S.; XAVIER, Maria Luisa M. **Os primeiros estudos.** In: XAVIER, Maria Luisa (org.). Disciplina na escola: enfrentamentos e reflexões. Porto Alegre: Mediação, 2002.

BACKES, Dalila Inês Maldaner. **O olhar dos alunos e professores em relação à violência em uma escola privada do interior do Estado: um estudo de caso.** Porto Alegre: UFRGS, 2007 98f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na educação básica. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2001.

CAMBI, Franco. História da pedagogia. São Paulo: UNESP, 1999.

CARVALHO, José Sérgio F. **Os sentidos da (in)disciplina: regras e métodos como práticas sociais.** In: AQUINO, Julio Groppa (org.). Indisciplina na escola – alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1996.

CARVALHO, Rosita Edler. **Escola Inclusiva: a reorganização do trabalho pedagógico.** Porto Alegre: Mediação, 2008.

COSTA, Marisa. **Um novo personagem nas salas de aula – “O hiperativo”.** In: Jornal a Página da Educação. Portugal, n. 160, p. 7, ano 15, outubro. 2006.

DAYRELL, Juarez. **A escola como espaço sócio-cultural**. In: _____. Múltiplos olhares sobre Educação e Cultura. Belo Horizonte: Ed. UFMH, 1996.

DE-NARDIN, Maria Helena; SORDI, Regina. **Um estudo sobre as formas de atenção na sala de aula e suas implicações para a aprendizagem**. Psicologia & Educação, Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./Abr. 2007.

DIAS, Luciana. **Programa de Estratégias para Professores de Crianças Desatentas, Hiperativas/Impulsivas**. 2005. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, [2005].

DUBET, François. **As desigualdades multiplicadas**. Revista Brasileira de Educação, São Paulo, nº 17, p. 5-19, maio-ago. 2001.

_____. **Quando o sociólogo quer saber o que é ser professor**. Revista Brasileira de Educação, São Paulo, n.5/6, 1997.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Diagnóstico de déficit de atenção, o que pode dizer a Psicanálise?** C. da APPOA, Porto Alegre, n. 144, p. 24 – 41, março 2006.

KASSAR, Mônica de Carvalho Magalhães. **Políticas nacionais de educação inclusiva – discussão crítica da Resolução nº 02/2001**. Ponto de Vista, Florianópolis, n. ¾, p. 013-025, 2002.

KASTRUP, Virgínia. **Ensinar e aprender: falando de tubos, potes e redes**. Boletim arte na escola, nº 40, dez. 2005. Disponível em: http://www.artenaescola.org.br/pesquise_artigos_texto.php?id_m=42. Acesso em: 16 mai. 2009.

LEGNANI, Viviane; ALMEIDA, Sandra. **A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: uma discussão crítica**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 60, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>. Acesso em: 14 set. 2008.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

MINETTO, Maria de Fátima. Currículo na educação inclusiva: entendendo esse desafio. Curitiba: Ibpex, 2008.

NARODOWSKI, Mariano. Adeus à infância (e à escola que a educava). In: SILVA, Luiz Heron da (org.). A escola cidadã no contexto da globalização. Petrópolis: Vozes, 1998.

Organização Mundial de Saúde. **CID-10**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/cid10.htm>. Acesso em: 28 de set. 2008.

ORJALES, Isabel. **Déficit de Atenção/Hiperatividade: Diagnóstico e Intervenção**. In: GONZÁLEZ, Eugenio (Org.). Necessidades educacionais específicas. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PINHO, Gerson. **Hiperatividade e déficit de atenção**. C. da APPOA, Porto Alegre, n. 144, p. 42 – 46, março, 2006.

RIBEIRO, Jorge Alberto Rosa. **Momentos históricos da escolarização**. In: BAPTISTA, Cláudio Roberto (Org.). Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas. Porto Alegre: Mediação, 2006.

RODRIGUES; Maria Bernadette C.; XAVIER, Maria Luisa M.; HICKMANN, Roseli I. **Cultura e violência na tessitura das relações pedagógicas e disciplinares**. In: XAVIER, Maria Luisa (org.). Disciplina na escola: enfrentamentos e reflexões. Porto Alegre: Mediação, 2002.

ROHDE, Luís; BENCZIK, Edyleine. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

TALLIS, Jaime. **Sobre o diagnóstico diferencial do Transtorno por Déficit de Atenção**. C. da APPOA, Porto Alegre, n. 144, p. 54 – 62, março, 2006.

UNTOIGLICH, Gisela. **Consenso de especialistas da área da saúde sobre o chamado “Transtorno por Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade”**. C. da APPOA, Porto Alegre, n. 144, p. 63 – 68, março 2006.

_____. **Novos diagnósticos? Em busca da subjetividade perdida**. C. da APPOA, Porto Alegre, n. 144, p. 13 – 23, março 2006.

VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando. **A maquinaria escolar**. Teoria e Educação, n. 6. Porto Alegre: Pannônica, 1992, p. 68-96.

XAVIER, Maria Luisa (org.). **Disciplina na escola: enfrentamentos e reflexões**. Porto Alegre: Mediação, 2002.

_____. **Políticas de inclusão e a necessária reorganização curricular das diferentes etapas da educação básica: implicações na formação de professores**. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional do CIDInE, II, Vila Nova de Gaia/Portugal, 2009.