

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA
VIDA E SAÚDE

Barbara Rocha Richter

***Hiperatividade ou indisciplina? – O TDAH e a patologização do
comportamento desviante na escola***

Porto Alegre

2012

Barbara Rocha Richter

Hiperatividade ou indisciplina? – O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos – Orientador

Barbara Rocha Richter

Hiperatividade ou indisciplina? – O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Orientador:

Luís Henrique Sacchi dos Santos

Aprovada em 25 de junho de 2012.

Cláudia Rodrigues de Freitas/UFRGS

Edvaldo Souza Couto/UFBA

Loredana Susin/UFRGS

Agradecimentos

Ao finalizar esta etapa de minha formação acadêmica, gostaria de agradecer a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, colaboraram para a realização deste trabalho.

À minha mãe, pelo apoio desde sempre e por fortalecer minha capacidade de acreditar em mim mesma. Ao meu pai, pelas coisas que aprendi e por haver despertado em mim o interesse pelo estudo. À minha família, minhas tias Maristela e Maria Lúcia, pelo carinho. À minha avó Eldy, pelo amor e dedicação, pelo exemplo de força e por tudo que aprendo com ela.

Aos meus amigos e amigas, pelas vivências, trocas e conversas, e por eu simplesmente saber que fazem parte da minha. À Joana e Rita, pelo incentivo. Ao Adriano pelas longas conversas. Ao Cléber, pelos contrapontos. À Ziza, pelas contribuições e apoio nos momentos finais. À Aline, que esteve sempre ao meu lado, pela compreensão, pelo carinho e pelo colo.

Aos colegas, pelas trocas e contribuições. Ao meu orientador, pela oportunidade de desenvolver este estudo. Aos funcionários, Cléa, Douglas e Flahane, pela solicitude e atenciosidade.

Aos componentes da banca, pela disponibilidade, leitura e sugestões.

À CAPES, órgão financiador do meu trabalho.

À UFRGS, pelo espaço de ricas trocas e aprendizado.

Muito obrigada.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Capa e sumário de material informativo sobre o TDAH. Produzido pela ABDA para ser distribuído em escolas. Disponível no *site* www.tdah.otg.br.63
- Figura 2 – Anúncio publicitário na *Nova Escola* (outubro/2008) de cursos para professores, dentre os quais está o curso “A criança e o TDAH” (indicado pela seta).66
- Figura 3 – Anúncio publicitário na revista *Nova Escola* de abril de 2000 divulgando o “Programa de Atualização em TDAH Atenção Professor” que conta com o patrocínio da empresa Novartis.68
- Quadro 1 – Características de diferentes fases de vida de indivíduos com TDAH apresentadas por ROHDE & HALPERN (2004).56
- Quadro 2 – Comparativo de recomendações para atuar junto aos alunos inquietos/indisciplinados ou hiperativos presentes em duas reportagens da *Nova Escola*.83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção

APA – American Psychiatric Association

CHADD – Children and Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

NE – Nova Escola

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Resumo

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) configura-se, atualmente, como um dos transtornos cada vez mais diagnosticados em indivíduos de idade escolar. Ao invés de tomar o TDAH como um fato científico isolado, proponho, através deste estudo, pensá-lo como um fenômeno vinculado à cultura. Para tanto, valho-me do referencial teórico-metodológico dos Estudos Culturais e pós-estruturalistas. Busco problematizar as estratégias voltadas ao controle dos corpos hiperativos na escola, pensando a emergência do TDAH no solo da cultura somática, bem como sua relação com o processo a que se tem chamado de medicalização do ensino, fenômeno que vem acompanhado do uso de psicofármacos como solução para problemas de comportamento em sala de aula. Analiso exemplares da revista *Nova Escola*, no período de 1986 (ano inicial de sua publicação) a 2011, operando com as matérias cujo título ou o conteúdo versassem sobre hiperatividade, desatenção e/ou indisciplina. Observo o modo como o discurso neurocientífico atravessa as noções de sujeito e de que maneira esse atravessamento implica em práticas no âmbito da escola. Esta discussão permite observar que os processos de biologização, patologização e medicalização constituem fenômenos interligados e fortemente articulados ao TDAH na contemporaneidade. Assim, o diagnóstico de TDAH e o uso de psicofármacos se mostraram, na análise deste trabalho, como uma nova forma de controle e disciplinamento do corpo infantil/escolar. Aponto para a necessidade de um questionamento acerca da transferência de problemas de ordem escolar para a esfera médica.

Palavras-chave: TDAH, disciplinamento, escola, indisciplina, medicalização, psicofármacos.

Abstract

The Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is currently one of the increasingly diagnosed disorders in individuals of school age. Instead of taking ADHD as an isolated scientific fact, I propose, through this study, think of it as a phenomenon linked to the culture. For this, I use the theoretical and methodological referential of Cultural Studies and poststructuralists. I attempt to analyze the strategies aimed at controlling hyperactivities bodies in the school, thinking about the emergence of ADHD in the context of somatic culture, and its relation to the process that has been called medicalization of education. This phenomenon has accompanied the use of psychotropic drugs as a solution to behavior problems in the classroom. I analyze copies of the magazine *Nova Escola* for the period 1986 (initial year of its publication) to 2011, operating with reports of hyperactivity, inattention and indiscipline. I regard how neuroscientific discourse through the concepts of subject and how this involves practices within the school. This discussion allows us to note that biologization, pathologizing and medicalization are interconnected process and strongly articulated with TDAH in contemporary. Thus, the diagnosis of ADHD and the use of psychotropic drugs constitute a new form of control and discipline of the infant's body. I point to the need to question about the transfer of problems in educational to the medical area.

Keywords: ADHD, discipline, school, indiscipline, medicalization, psychotropic drugs.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 A escolha do objeto de pesquisa.....	10
1.2 A escolha do material de análise.....	14
2. DISCIPLINAMENTO DO CORPO INFANTIL.....	19
2.1. Infância escolarizada.....	23
2.2 Infância e escola hoje.....	30
2.3 Novas formas de controle.....	35
3. BIOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DAS CONDUTAS ESCOLARES – O TDAH e a emergência do sujeito cerebral no século XX.....	43
3.1 A narrativa médica do TDAH.....	47
3.2 A Associação Brasileira do Déficit de Atenção.....	59
3.3 A ABDA e a escola.....	61
4. O PROFESSOR ATENTO AO TDAH: UMA ANÁLISE DO QUE É DIVULGADO NA REVISTA <i>NOVA ESCOLA</i>.....	69
4.1. Nova Escola: a revista de quem educa.....	69
4.2 Hiperativo ou indisciplinado?.....	80
4.3 O cérebro no centro das explicações sobre o comportamento.....	84
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
6. REFERÊNCIAS.....	90
7. ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

1.1 A escolha do objeto de pesquisa

As inquietações que provocaram o interesse pela temática da hiperatividade, que procurei desenvolver neste estudo, estão ligadas a algumas de minhas experiências, pessoais e profissionais.

Ao trabalhar por alguns anos em uma escola de educação infantil, chamava-me a atenção o quanto parecia ser difícil, para muitas das crianças, os primeiros dias de ingresso naquele ambiente que, embora fosse um ambiente alegre e amável, era estranho aos novatos. O trabalho das professoras sobre as crianças era intenso (e sutil ao mesmo tempo). Intenso, no sentido de ser um processo contínuo, ininterrupto, isto é, as crianças eram constantemente dirigidas, coordenadas, postas em fila, silenciadas, corrigidas: “Não corram, não subam, não batam!”; “Falem baixo, peçam desculpas”; “Esperem, devagar”; “Não é hora de comer”; “Todos cantando!”; “Pinte assim, senta direito”. Era também um trabalho sutil por dar-se no cotidiano, agindo nos mínimos detalhes, mas quase invisível, como algo que já fazia parte da rotina escolar.

Embora todas essas operações escolares sejam típicas sobre o indivíduo que se quer escolarizar, e estejam, de certo modo, “naturalizadas”, como fazendo parte desse cotidiano, aponto para a importância de nos questionarmos acerca de como estas pequenas operações vão, aos poucos, através da disciplina, normalizando, adestrando e modelando o sujeito aluno. Como lembra Maria Isabel Bujes, “desde a mais tenra idade, as crianças são acompanhadas e podem ser vigiadas para terem suas condutas escrutinadas a fim de que sejam detectados os mínimos detalhes sujeitos a correção” (BUJES, 2006, p.228). Foram estas operações, estas intervenções frequentes – e que utilizei como exemplo, naquela escola, mas que exemplificam o cotidiano de muitas outras – que me fizeram (re)pensar as relações entre infância e escola, no sentido de problematizá-las.

Através destas pequenas ações, destas minúcias é que, de acordo com Michel Foucault (1994), se dá o poder disciplinar, cujo objetivo é o corpo individual em seus detalhes. No sentido atribuído por Foucault (idem), o poder não é algo que se possui, ou algo centralizado, mas algo que se exerce nas relações entre os indivíduos, daí falar em “relações de poder”. O poder se exerce de forma difusa, cuja imagem que melhor poderia descrevê-lo seria a de uma “rede” (CASTRO, 2009). O poder disciplinar se exerce pelos “métodos que permitem o

controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 1994, p.126).

Além do que se pode observar acerca da imposição de uma relação de docilidade-utilidade que se estabelece entre escola e aluno, cuja quase invisibilidade como processo artificial faz com que a relação de obediência do aluno para com o professor seja quase naturalizada, relato algumas observações cotidianas que me levaram a eleger um tema de pesquisa relacionado à escola, a “hiperatividade”. Pergunto-me se não é porque entendemos o comportamento obediente, a postura de bom aluno, como basais para que o dia-a-dia escolar transcorra normalmente, que talvez tenhamos patologizado o comportamento inquieto, desobediente.

Pude observar, nos anos recentes, certa popularização e banalização no emprego do termo “hiperativo” para designar crianças descritas como agitadas, que estão sempre se movimentando, que sobem e descem de móveis, que “não ficam mais que cinco minutos na frente da televisão”, que “só querem chamar a atenção”, que “não ouvem quando lhes dirigem a palavra”, etc. – ou mesmo quando se trata de crianças “normais”, mas ativas. Tal designação é utilizada inclusive em casos de crianças que não foram “oficialmente” diagnosticadas como hiperativas pelos profissionais autorizados. O termo “hiperatividade” vem sendo utilizado popularmente como forma de classificar uma série de comportamentos “comuns” na infância – como, por exemplo, falta de educação, oposição, curiosidade, criatividade.

Para dar maior concretude às observações acima citadas, apresento alguns aspectos do estudo realizado por Cláudia Freitas¹ (2011), no qual foram entrevistadas professoras, educadoras especiais, psicopedagogas e assessoras da rede municipal de ensino de Porto Alegre. A autora mostra, com base nas falas das professoras e no que evidenciam suas queixas sobre alunos que “causam problemas em sala”, que as descrições que mais aparecem são as de que o aluno é “agressivo”, que “não para”, “não aceita não”, “briga com os colegas”, “já destruiu a sala de aula”, “é bagunceiro”, “é indisciplinado”, “não presta atenção”, sendo que a expressão mais corriqueira é “hiperativo” ou “muito hiperativo”.

A partir de tais experiências e observações, penso que pode ter início um processo de estranhamento frente ao que nos parece familiar, por vezes inofensivo ou mesmo necessário.

¹ Em sua Tese de doutorado, pela Faculdade de Educação da UFRGS, Freitas (2011) procurou investigar como as escolas vêm lidando com a inquietude dos corpos dos alunos e que recursos têm buscado para tratar essa questão.

Refiro-me, nesse sentido, à popularidade que a “hiperatividade” tem adquirido, bem como a crescente prática de diagnóstico do Transtorno do Déficit de atenção e Hiperatividade (nome oficial que corresponde à hiperatividade) e prescrição de psicofármacos a crianças inquietas, desatentas, indisciplinadas ou que de alguma forma não correspondem às expectativas escolares.

O Transtorno do déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado pela medicina como um conjunto de sintomas relativos à desatenção, agitação e impulsividade. O Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV²), editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA³), publicado no ano de 1994, descreve o TDAH como o transtorno psiquiátrico mais comumente diagnosticado em crianças, com prevalência em torno de 3 a 6 % da população. O Manual refere que esse tipo de transtorno é muitas vezes percebido a partir da idade escolar, já que, ainda segundo o Manual, a escola é um ambiente que exige níveis maiores de concentração e quietude dos corpos. O fato de haver um número cada vez maior de indivíduos diagnosticados, e, talvez, um possível “exagero diagnóstico”, tem provocado divergências no modo como se posicionam pais, educadores, especialistas e intelectuais a respeito do transtorno e, sobretudo, da crescente utilização do medicamento Ritalina⁴ como forma de tratamento dos sintomas.

O TDAH é o diagnóstico mais comum nas crianças que são encaminhadas ao atendimento médico ou psicológico por apresentarem comportamento considerado inadequado na escola, baixo rendimento escolar ou dificuldades de aprendizagem – embora não seja um transtorno de aprendizagem (MEISTER, 2001). A importância que é dada ao TDAH reside no fato de ele afetar o desempenho escolar, por isso também é que o papel dos professores é crítico em advogar pela doença e pelo tratamento (PHILLIPS, 2006). Em função dessa estreita relação entre TDAH e sala de aula, professores e professoras são peças-chave no processo de identificação e determinação do diagnóstico de seus alunos. Esses profissionais têm se tornado alvo de discursos e práticas, tais como cursos, palestras e materiais de divulgação sobre o TDAH (COSTA, 2006b), como veremos mais adiante.

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

³ American Psychiatric Association.

⁴ A Ritalina, fabricada pela empresa Novartis, é o nome comercial do metilfenidato, um tipo de estimulante do sistema nervoso central, grupo de fármacos também conhecidos como psicoestimulantes. Este medicamento é utilizado no tratamento dos sintomas do TDAH.

O TDAH é um dos transtornos psiquiátricos mais estudados pela medicina, segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção⁵ (ABDA), sobretudo no que diz respeito às tentativas em definir seus mecanismos biológicos. As pesquisas de neuropsiquiatria têm-se dedicado a investigar possíveis causas genéticas e seus aspectos neurobiológicos (ROHDE & HALPERN, 2004). Esses estudos (SZOBOT et al, 2001; ROMAN et al, 2002; ROHDE & HALPERN, 2004; MATTOS et al 2006⁶) têm abordado o TDAH como uma condição médica desencadeada por causas biológicas, sem dar espaço à discussão aprofundada acerca de fatores sociais e culturais, ou do contexto no qual se inserem os indivíduos diagnosticados.

Numa perspectiva de tensionamento dessa abordagem biologicista, autoras como Luciana Caliman, têm questionado o TDAH enquanto condição meramente neurobiológica, analisando sua “constituição sócio-médica” e as contingências morais, sociais e científicas que lhe dão origem e sustentação (CALIMAN, 2009). Outros autores têm também adotado uma perspectiva de tensionamento frente ao modo reducionista com o qual se tem tratado o comportamento considerado desviante⁷.

O TDAH também tem sido amplamente divulgado e debatido na mídia (PHILLIPS, 2006; SANTOS & SILVEIRA, 2008). O tema vem sendo, nos últimos anos, assunto de inúmeras reportagens em jornais e revistas de grande circulação no país, como *Veja*, *Época*, *Carta Capital*, *O Globo*, *Folha de São Paulo*⁸ e *Zero Hora*, no Rio Grande do Sul, entre outros. Programas televisivos têm também abordado a questão do TDAH, como o *Globo Repórter*⁹, além de inúmeros *sites*¹⁰ que tratam especificamente sobre o TDAH (sendo que alguns oferecem cursos *on line* para educadores) e comunidades virtuais em *sites* de relacionamento como o *Orkut*, das quais participam membros portadores de TDAH, pais e professores.

Em grande parte do que tem sido divulgado pela mídia, o transtorno é apresentado como um problema neurológico de causas genéticas, em que imagens cerebrais, como, por exemplo, as imagens obtidas por técnicas de escaneamento cerebral, as *PET Scans*¹¹, que distinguem cérebros de portadores do transtorno e cérebros ditos “normais” (ITABORAHY, 2009). Em

⁵ Informação presente no site da ABDA, www.tdah.org.br, consultado às 17h00min do dia 11/10/2011.

⁶ Szobot et al (2001); Roman et al (2002); Rohde & Halpern; Mattos et al (2006); entre outros.

⁷ A ser discutido no capítulo *Biologização e Medicalização das condutas escolares*.

⁸ Ver Itaborahy (2009). Esta autora realizou um amplo estudo sobre a divulgação do TDAH e da Ritalina entre os anos 1998 e 2008 no Brasil. A análise incluiu jornais e revistas destinados ao público leigo, como os citados acima, além de revistas especializadas de Psiquiatria, tais como o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *Arquivos de neuropsiquiatria*, entre outros.

⁹ Discutido em Santos e Silveira (2008).

¹⁰ Dentre os quais podem ser citados: www.atencaoProfessor.com.br; www.portaleducação.com.br, entre outros.

¹¹ Positron Emission Tomography (Tomografia por emissão de pósitrons).

contrapartida, no dia-a-dia das clínicas, estas tecnologias não fazem parte do processo de diagnóstico, embora se diga que o transtorno é “real” porque possui uma causa física (CALIMAN, 2006). E é, exatamente, a “causa biológica” um dos principais argumentos utilizados para se fazer uso de tratamento medicamentoso.

Médicos realizam o diagnóstico através de questionários¹² aplicados aos pais, aos professores¹³ e, eventualmente, ao paciente, podendo incluir testes neuropsicológicos. Nesse aspecto, é importante ressaltar que, tanto o processo que leva o médico a decidir pelo diagnóstico quanto o depoimento dos pais ou professores, depende do juízo de valor de cada um. Aquilo que pode vir a ser julgado como “normal” para alguns, pode não o ser para outros; visto, ainda, que os critérios para avaliação são respondidos em graus de intensidade como: “nada”, “pouco” ou “muito”, para quesitos como, por exemplo, “fala em excesso”, ou “corre em situações em que isso não é apropriado”, entre outros. Como é possível quantificar o “falar em excesso”? Como julgar situações nas quais “correr” seria inadequado?

1.2 A escolha do material de análise

É inegável o importante papel que a mídia¹⁴ desempenha em nossa sociedade e em nosso tempo (SILVERSTONE, 2005), atuando como um meio de circulação de informações em massa, de construção e transmissão de valores e “verdades” (HALL, 1997), fazendo parte da constituição das subjetividades individuais e coletivas. Por esta razão é que, a partir dos significados veiculados pela mídia, busco analisar o que é dito acerca do TDAH em materiais como a revista *Nova Escola*, também percorrendo por alguns *sites* específicos sobre o TDAH, como é o caso do *site* da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (www.tdah.org.br) e do *site* Atenção Professor (www.atencaoprofessor.com.br), que oferece cursos sobre TDAH para professores/as.

Investiguei esses materiais com o intuito de identificar e problematizar as estratégias de agenciamento do TDAH voltadas aos pais e professores. Essas estratégias são, em geral, apresentadas por especialistas provenientes dos campos da psicologia, pedagogia e, sobretudo, da medicina, como a psiquiatria, pediatria e neurologia. Neste movimento, procuro tensionar

¹² Questão a ser explorada no Capítulo 2.

¹³ Em se tratando de crianças.

¹⁴ Considero a mídia como todo o conjunto de materiais gráficos, televisivos, radiofônicos e digitais responsáveis por propagar informações de todo o tipo, tais como jornais, revistas, emissoras de televisão, rádio, *internet*, entre outros.

os processos de patologização do comportamento desviante e de medicalização da indisciplina, cada vez mais evidentes no âmbito escolar.

Para tanto, empreendo uma análise cultural, buscando apoio nas contribuições dos Estudos Culturais da Ciência, desde uma perspectiva pós-estruturalista. De acordo com esta perspectiva de pesquisa, a Ciência não pode “ser aceita como alheia aos códigos culturais, às forças sociais e econômicas e aos interesses profissionais” (WORTMANN & VEIGA-NETO, 2001, p.13); assim, a produção do conhecimento científico está sempre articulada a interesses e crenças de um contexto cultural específico.

Penso que uma abordagem do TDAH a partir de uma perspectiva culturalista possa ser bastante frutífera, pois é a partir dela que busco perceber a inserção do TDAH na cultura. Faz-se necessário, portanto, levar em conta esse fenômeno como algo emergente de uma sociedade que atribui valor supremo à escolarização, ao trabalho, à cidadania, e considera como grandes virtudes a responsabilidade, a atenção dedicada às incumbências, a capacidade de ponderar, a capacidade de realização de projetos. E são justamente essas as virtudes que se diz faltar ao indivíduo portador do TDAH, tido como um refém da desatenção, da impulsividade e da hiperatividade impressas – como estão a afirmar algumas vozes – no seu próprio código genético.

Saliento, ainda, que a análise aqui proposta não está preocupada em como se dá a produção do conhecimento científico acerca do TDAH, mas com a articulação da produção e divulgação desse conhecimento com as práticas que se instituem no âmbito da escola. De modo algum tomo como “verdades” tais conhecimentos ou busco uma “verdade”, nem pretendo julgar se as práticas e discursos que se articulam em torno do TDAH são condizentes ou adequadas com relação ao que postulam as pesquisas científicas acerca de aspectos genéticos, neurológicos ou neuroquímicos. A análise que empreendo procura afastar-se de qualquer “cientificismo”, como alerta Henri Giroux (2008) acerca dos caminhos pelos quais podemos conduzir análises culturais.

Além de buscar apoio nas contribuições dos Estudos Culturais, trago para esta discussão os estudos de outros autores, dentre os quais destaco Nikolas Rose, Francisco Ortega e Luciana Caliman. Nikolas Rose é um dos autores que trazem importantes contribuições para o âmbito das discussões sobre a ciência e suas implicações no agenciamento dos sujeitos e de suas condutas. No sentido com o qual o autor se refere a “agenciamentos”, eles incluem um

conjunto de tecnologias de subjetivação, técnicas, normas, vocabulários, decisões, entre outras, que são postas em prática e que “invocam os seres humanos como sujeitos de um certo tipo de liberdade” (ROSE, 2001, p.177) Uma das discussões que este autor traz, diz respeito ao modo pelo qual os saberes das ciências “psi” (psicologia, psicanálise, etc.) estiveram fortemente articulados, ao longo do século XX, à constituição da noção de “eu” e ao agenciamento dos sujeitos nas sociedades ocidentais (ROSE, 1998, 2001). Recentemente, o autor nos mostra algumas das mudanças que essa nossa noção de “eu” vem sofrendo, em parte devido aos avanços de áreas como as das neurociências e às novas proposições de sujeito a que as pesquisas neurocientíficas têm suscitado, e, sobretudo, aos novos agenciamentos em torno desses sujeitos. Nessa direção, discuto ao longo deste trabalho algumas das formas como essas transformações podem ser pensadas com relação à inserção do TDAH nessa concepção neurocientífica de sujeito.

O trabalho de Luciana Caliman é particularmente interessante, pois nos mostra com profundidade as condições e as contingências econômicas, sociais e políticas que atravessaram a “história do TDAH” (não que possua uma história unificada) e sua estreita relação com a emergência da figura do “sujeito cerebral”. A ideia de “sujeito cerebral” seria aquilo que Francisco Ortega (2006), entre outros autores, compreende como uma figura antropológica edificada a partir do final do século XIX e que ganharia força ao final do século XX e início do século XXI. A ideia básica do “sujeito cerebral” parte do pressuposto de que o cérebro seria o órgão necessário para construir nossa identidade (ORTEGA, 2006). Em outras palavras, é a ideia de que a identidade pessoal possui uma matriz biológica. A partir dessa noção, o que cabe trazer para este estudo são os desdobramentos que ela traz em nossa cultura acerca do modo pelo qual nos pensamos sujeitos, como agimos sobre nós mesmos e sobre os outros, como lidamos com nossos sentimentos, com nossas variações de humor, emoções e desafetos. E é essa forma de lidarmos que, cada vez mais, está de acordo com o entendimento de que é o nosso substrato orgânico o responsável por todos esses fenômenos da existência, conforme aponta Ortega (2006b), entre outros.

Com relação à pertinência dos estudos que se fazem através da análise de materiais midiáticos, que foi a que escolhi para proceder com este trabalho, Rosa Fischer (1997) pontua que “a mídia não pode ser vista somente como veiculadora, mas também como produtora de saberes e formas especializadas de comunicar e produzir sujeitos, assumindo nesse sentido uma função nitidamente pedagógica” (FISCHER, 1997, p.60). A autora nos fala de um “dispositivo pedagógico da mídia”, partindo do pressuposto de que “os meios de informação e

comunicação constroem significados e atuam decisivamente na formação de sujeitos sociais” (idem).

Marisa Costa e Rosa Silveira (2006) afirmam que a mídia pode ser entendida como “um campo discursivo constituído por um conjunto heterogêneo de enunciados, demarcado por formas próprias de regularidade e por sistemas de coerção e subordinação que se exercitam e possuem materialidade” (COSTA & SILVEIRA, 2006, p.25). Sob essa perspectiva, podemos dizer que a revista *Nova Escola* produz modos de ser, governar, agir e conduzir práticas em sala de aula, visto que seu conteúdo é endereçado a professoras e professores, uma das razões pelas quais incluí essa revista na análise. Ademais, é uma das revistas mais difundidas entre esse público no Brasil, com uma tiragem mensal de 728.397 exemplares¹⁵.

No capítulo seguinte, intitulado “Disciplinamento do Corpo Infantil”, discorro sobre a emergência da escola moderna e da implantação da disciplina escolar com vistas ao controle do crescente contingente de alunos que perfaziam o interior dessas instituições a partir da Modernidade. Discuto, brevemente, a importância da consolidação do conceito de infância, tal como o conhecemos hoje, para a construção dos ideais de educação do sujeito moderno. Veremos também como as transformações culturais pelas quais passa a infância, conforme tem sido apontado, podem estar relacionadas aos problemas enfrentados na escola; e a quais (novos) recursos a escola tem recorrido a fim de controlar os corpos.

Em “Biologização e medicalização das condutas escolares”, irei discutir acerca das mudanças na concepção de sujeito em nossa sociedade que se desdobraram a partir do século XIX, ganhando força no final do século XX e início do século XXI e que conferem um caráter biologicista a essa forma de compreensão de nós mesmos. Como me interessa pensar a emergência do TDAH nesse contexto, analiso a narrativa científica sobre o TDAH a fim de problematizar as estratégias de agenciamento dos sujeitos diagnosticados na sua relação em um contexto mais amplo, que é o do gerenciamento do risco e do comportamento desviante na escola e na sociedade. Esses agenciamentos incluem estratégias voltadas a professores e pais, que objetivam difundir os conhecimentos científicos sobre o TDAH. A principal ideia é de que através dessas estratégias seja possível capacitar esse público a reconhecer o transtorno e encaminhar seus filhos e alunos a especialistas para diagnóstico e tratamento.

¹⁵ Informações sobre a revista serão exploradas no capítulo “O professor atento ao TDAH: uma análise do que é divulgado na revista *Nova Escola*”.

No capítulo “O professor atento ao TDAH”, busco analisar a forma como esses conhecimentos estão atravessados nas instruções que a revista *Nova Escola* apresenta para que professores lidem com o TDAH e/ou com os comportamentos que ele representa. Veremos que desatenção, inquietação e impulsividade são e foram vistas, ao longo dos anos de publicação da revista, de distintas formas, bem como mudaram as proposições para lidar com alunos que apresentassem esses comportamentos.

2. O DISCIPLINAMENTO DO CORPO INFANTIL

Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob controle rígido, encontra-se num ambiente novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (p. ex., no consultório médico) ou enquanto recebe recompensas frequentes por um comportamento apropriado. (APA, 2003, p.113)¹⁶

Por volta do século XVII, com o crescimento populacional e a urbanização na Europa, formavam-se grandes concentrações populacionais em centros urbanos, ao mesmo tempo em que emergia a necessidade de administração, regulação e organização desses contingentes populacionais. O próprio conceito de “população” emerge a partir desse contexto, e difere da noção de “povo” – como conjunto amorfo de pessoas que fazem parte de uma nação – no sentido de que a população é algo passível de ser esquadrihado, contabilizado, categorizado na medida em que se torna alvo de estratégias que têm por objetivo governá-la (FOUCAULT, 2000).

Nessa conjuntura, Foucault (1994, p.191) situa o poder disciplinar como um mecanismo que possui um triplo objetivo em resposta a essa explosão demográfica: “tornar o exercício do poder menos custoso possível”; “fazer com que os efeitos desse poder social sejam levados ao seu máximo de intensidade”; e, “fazer crescer [...] a docilidade e a utilidade de todos os elementos do poder”. As disciplinas corporais foram as técnicas através das quais se buscou esses objetivos, sua finalidade era a ordenação das multiplicidades humanas, tornando-as, inclusive, favoráveis umas às outras ao serem repartidas, selecionadas e utilizadas conforme as aptidões e características de cada indivíduo, formando grupos especializados para desempenhar determinadas funções (FOUCAULT, 1994).

Em suma, através da ordenação das multiplicidades humanas, da decomposição e recomposição das forças e de sua máxima utilização é que se tem como meta principal aumentar a produtividade, do indivíduo ao coletivo – seja de uma nação, de uma fábrica ou de uma escola.

O crescimento populacional refletiu também no aumento da população que frequentava a escola. O ingresso progressivo de crianças nas instituições escolares, formando um

¹⁶ Observação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, constante no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV).

expressivo contingente dentro desses espaços, colocava a necessidade de serem formuladas estratégias de contenção desses corpos. Aos poucos, instalar-se-ia um conjunto de técnicas disciplinares, através das quais este poder disciplinar se exerceria. Instaurava-se uma série de mecanismos cujo objetivo era atuar nos corpos em seus detalhes, em sua organização interna e na eficácia de seus movimentos (FOUCAULT, 1994).

Fazia-se necessário, primeiramente, organizar as multidões no espaço, repartindo-as, seriando-as, esquadrihando-as de acordo com determinados critérios, e reagrupando-as conforme, por exemplo, a idade (FOUCAULT, 1994). Posteriormente, os indivíduos eram celularizados, isto é, postos cada um em sua carteira com uma determinada distância separando-as a fim de que fossem evitadas as aglomerações, as dispersões, os “burburinhos”.

O máximo aproveitamento do tempo é também uma das marcas das disciplinas. Segundo Foucault (1994), o horário é uma das técnicas que permite tal sujeição do corpo ao tempo. Para tanto, impõe-se a divisão do tempo, intensificando-se o uso do mínimo instante; e seriação sucessiva das atividades.

Esse é o tempo disciplinar que se impõe pouco a pouco à prática pedagógica – especializando o tempo de formação e destacando-o do tempo adulto, do tempo do ofício adquirido; organizando diversos estágios separados uns dos outros por provas graduadas; determinando programas, que devem desenrolar-se cada um durante uma determinada fase. (FOUCAULT, 1994, p.140)¹⁷

Foucault cita alguns instrumentos utilizados a fim de gerar a individualidade disciplinada, e eu os descreverei de modo sucinto, com base no que escreveu o autor. Esses instrumentos são: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame.

A vigilância hierárquica (olhar hierárquico) é um dos instrumentos com os quais se busca garantir o sucesso das disciplinas. Ele parte do princípio de que ao estar sendo vigiado, o indivíduo cumprirá as normas, agirá de acordo com o que foi estabelecido e obedecerá ao seu mestre. A vigilância hierárquica deve abarcar o maior número de indivíduos submetidos ao olhar de um número mínimo de pessoas.

O panóptico é citado pelo autor como uma das formas empregadas para aperfeiçoar o exercício do poder. Ele é configurado por um tipo de arquitetura onde, a partir de um local específico, e de preferência que não possa ser visto, um indivíduo vigie aos demais e de onde

¹⁷ Para diferenciar citações de trechos que tomo como referência teórica (cuja formatação é a de recuo 4,0, fonte 10 e espaçamento 1,0, conforme normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas) convenciono que as citações de trechos que estão sendo analisados terão recuo 2,0, fonte 11 e espaçamento 1,0.

possa perceber os mínimos movimentos; e, ao mesmo tempo, permita que todos sejam vigiados entre si. Esse modelo de vigilância permite que um número mínimo de indivíduos exerça o poder sobre um número máximo de indivíduos. O olhar constante permite uma intervenção permanente, agindo antes que as falhas, os erros e os crimes aconteçam. A força do panóptico está em, justamente, nunca intervir (FOUCAULT, 1994).

A sanção normalizadora funciona como uma espécie de castigo através do qual se busca corrigir os desvios, os erros.

Na oficina, na escola, no exército funciona como repressora toda uma micropenalidade do tempo (atrasos, ausências, interrupções das tarefas), da atividade (desatenção, negligência, falta de zelo), da maneira de ser (grosseria, desobediência), dos discursos (tagarelice, insolência), do corpo (atitudes “incorretas”, gestos não conformes, sujeira), da sexualidade (imodéstia, indecência). (FOUCAULT, 1994, p. 159)

E, por fim, o exame; mecanismo em que há a combinação da vigilância hierárquica com a sanção normalizadora. O exame permite qualificar, classificar e punir (FOUCAULT, 1994). Segundo o autor, este pequeno esquema operatório faz com que o indivíduo seja mensurado, que cada um ingresse num campo documental, convertendo-se num caso. O exame tanto pode ser uma prova a partir da qual se espera medir o conhecimento de cada indivíduo, quanto um teste visando à medição das suas capacidades, ou, ainda, um parecer, um diagnóstico médico ou psicomotor.

A escola torna-se um aparelho de exame ininterrupto e de “comparação perpétua de cada um com todos, que permite ao mesmo tempo medir e sancionar” (idem, p. 167). Assim, um dos aspectos mais importantes da função do exame é de que ele oferece a possibilidade de extrair saberes a partir dos alunos, de modo que a escola torna-se o local de elaboração da pedagogia. Para o autor, esse seria o mecanismo que liga um tipo de formação de saber a uma forma de exercício de poder.

As disciplinas configuraram não somente as escolas, mas outras instituições como hospitais, fábricas e quartéis, caracterizando o que se convencionou chamar “sociedades disciplinares”. Com o advento do Estado Moderno, as sociedades disciplinares suplantariam as sociedades de soberania, cujo poder do Estado era exercido através do poder soberano e tinha como preocupação principal a segurança de seu território. Acerca de seu povo, o poder do soberano era um poder de “fazer morrer ou deixar viver”; poder esse que, conforme Foucault (2000), sofrerá uma transformação, no século XIX, no aspecto de direito político,

pois passa a ser um poder de “fazer viver ou deixar morrer” (FOUCAULT, 2000, p.287). Isto é, no primeiro caso o soberano agia por meio de um poder absoluto sobre a vida dos súditos, com o poder de mandar matar ou deixar viver. Com base nestas transformações pode-se dizer que nas sociedades modernas, a preocupação do estado passa a ser com a população. E, neste contexto, surge, na segunda metade do século XVIII, um poder ao qual Foucault (2009) denomina “biopoder”, isto é, um poder que se exerce sobre a vida das populações, que procura gerenciá-las, potencializar sua força produtiva. Articulado ao poder disciplinar – poder que se exerce sobre os corpos individuais, o biopoder – poder que se faz perceber através das biopolíticas – trata dos processos da população como massa global, tais como taxas de natalidade, de morbidade, de reprodução, de fecundidade, produção, saúde (vacinação, risco, prevenção), baseado, em primeira instância, em cálculos estatísticos.

Foucault indica essa mudança de um poder *soberano* sobre o corpo, que faz morrer ou deixa viver, para o poder *disciplinar*, que procura extrair do corpo sua potencialidade máxima, fragmentando e seriando seu tempo e seus movimentos, exercitando-o. O que importa é a economia e a eficácia dos movimentos.

Houve, durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo – ao corpo que se manipula, se modela se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam. (FOUCAULT, 1994, p.125).

Uma das marcas principais da disciplina é a de que ela normaliza, e é através da norma, do modelo do normal, que ela homogeneiza (FOUCAULT, 1994, 2009). Cabe perguntar: de que forma isto ocorre? Foucault (2009) especifica que a disciplina, através de um adestramento progressivo e de um controle permanente, irá demarcar “os que serão considerados inaptos, incapazes e os outros” (FOUCAULT, 2009, p.75), e é a partir disso que se demarca o normal e o anormal.

O “normal” será um modelo construído em função do modo como se obtém o melhor resultado, na menor fração de tempo, com o menor custo; é um modelo que especifica a posição exata para obter o melhor desempenho, o modo correto de sentar, de portar-se, de exercitar-se. O estabelecimento de um modelo a ser seguido como norma trata-se, nesse caso, mais de um processo de “normação” do que de normalização. A distinção entre o normal e o anormal far-se-á pela inaptidão do segundo em seguir o primeiro. Para Georges Canguilhem (2000), o normal e o anormal não estão localizados em extremos oposto. Ao contrário, muitas vezes, o que os separa são tênues fronteiras entre o que é considerado normal e o que é

anormal. Exemplo disso pode ser a diferença entre a nota de um aluno aprovado com nota “6.0” e um aluno que repete o ano por atingir somente uma nota “5.9”; ou de uma criança considerada “ativa”, uma criança que brinca, que corre, que conversa, de uma criança considerada “(hiper)ativa”, que corre “demais”, que fala “em excesso”.

A normalização parece se ocupar de categorizar, classificar, esmiuçar, por exemplo, os comportamentos, através de exames, tabelas, escalas, pontuações, questionários, que procuram definir “de modo mais preciso e objetivo possível” o normal e o anormal. Cito como exemplo atual o SNAP-IV¹⁸, um recurso criado para a avaliação/identificação de crianças hiperativas. O SNAP-IV é uma escala para diagnóstico criada com base nos critérios do DSM-IV¹⁹ para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, adaptada a uma versão para ser aplicada a professores e pais. Nele consta a descrição de 26 comportamentos ou situações que podem ser avaliados, cada um, numa escala de intensidade à qual se atribuem pontos que vão de zero a três. A seguir, destaco alguns desses comportamentos/critérios presentes no questionário SNAP-IV, principalmente os critérios que considero especialmente problemáticos. Creio que o ato de julgar se um comportamento é patológico ou não, se é normal ou excessivo, está sempre vinculado às diferentes subjetividades (seja do/a professor/a, dos familiares ou do médico) e, também a diferentes discursos.

Distrai-se **facilmente** com estímulos internos.
Mexe **bastante** as mãos, pés ou cadeira.
Corre de um lado para outro ou sobe **demais** nas coisas.
Fala **em excesso**. [Grifos meus]

2.1 Infância escolarizada

Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (p. ex., no pátio da escola, na sala de aula ou no ambiente de trabalho). (APA, 2003, p.113)

O conceito de infância, tal como o conhecemos hoje, como um período específico do desenvolvimento, com determinadas características e peculiaridades que lhe são específicas, nem sempre existiu. Existe hoje a “dificuldade de se pensar [...] a infância dissociada do aparato pedagógico montado para imprimir-lhe uma determinada feição da Modernidade” (BUJES, 2006, p.219).

¹⁸ A sigla refere-se às iniciais dos sobrenomes dos autores que elaboram o questionário: Swanson, Nolan and Pehlam (SWANSON, 2001). Em anexo (Anexo 1). Disponível em www.psiweb.com.br.

¹⁹ Quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria.

Até o século XVIII, não havia um local específico, como a escola, onde as crianças fossem educadas e adquirissem conhecimentos. As crianças vivenciavam cotidianamente as atividades dos adultos, adquirindo conhecimentos que eram apreendidos em meio a essas atividades, como sugere Philippe Ariès (1981).

De acordo com os estudos realizados por esse autor, a escola do período anterior ao século XV não era exclusivamente destinada às crianças, ela acolhia pessoas de todas as idades de acordo com suas possibilidades de frequentá-la (ARIÈS, 1981). Estudar ou escolarizar-se naquele período era uma decisão autônoma ou da família e não uma imposição do Estado. Em especial, no início do período feudal (século V a X aproximadamente) não havia um currículo pré-estabelecido. O conteúdo a ser ensinado dependia da negociação entre professor/tutor e aluno, dos interesses de cada parte e de acordo com o que julgavam ser importante (RIBEIRO, 2006). A adoção de um currículo universal, para todos, ocorre por volta do século XV com o advento da Modernidade, envolvendo “formas de conhecimento cujas funções consistem em regular e disciplinar o indivíduo” (POPKEWITZ, 2008, p.186).

Júlia Varela (2008) argumenta que, em função de uma nova concepção de infância, surgida entre os séculos XVI e XVII, a separação entre adultos e crianças começa a se tornar mais marcada, surgindo em razão disto, a necessidade de especificar os processos de educação da criança, e é a partir desse quadro que começa a se delinear um novo tipo de instituição escolar.

Filósofos humanistas e reformadores dos séculos XVI e XVII, dentre os quais estão Jean-Jacques Rousseau²⁰, John Locke²¹, René Descartes²² e Immanuel Kant²³, começaram a fazer referência a uma “natureza infantil” dotada de talentos, dons e aptidões como predisposições naturais da criança (BUJES, 2002). Porém, essa “natureza infantil” também era vista como ameaça, desafio e risco. Para Descartes, a “animalidade” e a “selvageria” voltadas ao instinto e à desordem traduziam a falta de razão do indivíduo. Portanto, como conclui Bujes (op.cit) acerca do que propunham aqueles autores, a educação das crianças deveria “curvá-las à obediência, forçá-las à razão” (p.49).

²⁰ Filósofo do Iluminismo que viveu de 1712 a 1778. Dentre suas publicações destaca-se *Emílio ou Da Educação*.

²¹ Defendia a ideia de a o ser humano nascia como uma “tábula rasa”, ideia segundo a qual não existem ideias inatas. Viveu de 1632 a 1704.

²² Considerado o fundador da filosofia moderna. Viveu de 1596 a 1650.

²³ Escreveu *Sobre a Pedagogia*, tendo vivido de 1724 a 1804.

Do mesmo modo, para Kant a educação é o que tiraria o homem do “estado de selvageria” para atingir o “estado de racionalidade”, sem o qual não se tornaria verdadeiramente homem (BUJES, 2002). A partir do que nos mostra a autora, pode-se dizer que o estado de razão e o estado de selvageria são posicionados como opostos por aqueles autores, sendo que o primeiro deveria sobrepor-se ao segundo através da educação e disciplina. Paradoxalmente, o “verdadeiro” homem somente seria revelado, emancipado, quando, finalmente, dominasse seus instintos. Pressupunha-se a existência de uma “natureza” como essência inata ao ser humano, como estado primário de selvageria cujos impulsos deveriam ser domesticados e esculpidos com a finalidade de tornar o indivíduo um sujeito emancipado, dotado e guiado por sua razão.

A elaboração de um discurso sobre a infância pode ser considerada essencial para construção de um projeto educacional moderno, “pois a infância serve como justificativa para proposição de novos saberes, que, por sua vez, traçam o caminho para que se veja como factível e desejável nela intervir” (BUJES, 2002, p.63). Com o advento da Idade Moderna, as crianças passam a ser tomadas não mais somente como responsabilidade familiar, mas como uma preocupação social, constituindo-se como alvos de poder de inúmeros discursos normativos. “Elas se tornam objetos de interesse de inúmeras classes profissionais, de iniciativas governamentais, de práticas especializadas, de legislação, de regimentos de estatutos, de convenções” (idem).

A fim de atender a esse contingente infantil, a escola moderna começa a ser moldada incluindo neste processo a categorização da educação em um currículo progressivo e seriado de acordo com as faixas etárias. Junto a esse processo e sob influência exercida pelos Iluministas, surge a ideia de um ensino universal, aberto a todos (ARIÈS, 1981). Para Philippe Ariès, é entre os moralistas e educadores do século XVII que se visualiza a formação de um sentimento de infância que passa a considerá-la como a idade da imperfeição, havendo, portanto, a necessidade de uma educação, sem a qual as crianças se tornariam mal-educadas. Surge, assim, uma pedagogia que considerava necessário conhecê-las para corrigi-las, servindo de base para a elaboração e execução do projeto educacional moderno.

O projeto educacional moderno é um projeto civilizador voltado para a institucionalização das crianças, operando com o distanciamento entre homem e natureza (BUJES, 2002). O sujeito que este projeto visava formar, o sujeito moderno, era um sujeito

autônomo, autoconsciente, autodisciplinado (idem). A escola seria o meio através do qual os futuros cidadãos seriam preparados para o mundo do trabalho.

O surgimento da escola moderna, nos moldes de um ensino seriado, progressivo, universal e obrigatório só foi possível em função de algumas condições. Para Julia Varela & Fernando Alvarez-Uria (1992), as condições que na época favoreceram o surgimento dessa escola foram: a emergência de um estatuto da infância; a definição de um espaço específico para as crianças; o aparecimento de um corpo de especialistas da infância; a destruição de outros modos de educação; e a imposição da obrigatoriedade da escola. Há de se ressaltar a importância da elaboração de um conceito sobre a infância em que as crianças são apresentadas como seres dependentes, desprotegidos, incompletos, mas também como uma instância de risco, o que predispõe esse grupo à intervenção de adultos, que se exerce através do Estado, da escola, da família. Tal definição remontava à educação escolar a tarefa de formar futuros cidadãos autônomos, produtivos e independentes, mas obedientes (BUJES, 2002).

Conforme apontado por Thomas Popkewitz (2008), o uso da designação “estudante” somente apareceu no final do século XIX, e mais tarde a de “aprendiz”, em vista da reconstrução da criança como um objeto de escrutínio por parte do professor, que até então tinha a tarefa de professar ensinamentos religiosos, como ocorria nos colégios de ordem jesuítica. Nesses colégios, a escolarização detinha-se à moralização dos sujeitos e dos saberes (VARELA & ALVAREZ-URIA, 1992).

Popkewitz (2008) refere que no momento em que as crianças passaram a ser concebidas como “aprendizes”, foi introduzida uma concepção moderna de infância. O autor destaca que criança transformada em aprendente é alguém que dá atenção às coisas do mundo, e não somente confia numa fé transcendental – como nos colégios de ordem jesuítica. Ela é vista e também compreende a si como “uma pessoa racional, ‘solucionadora-de-problemas’ e em desenvolvimento” (POPKEWITZ, 2008, p.177).

Ocorre o aperfeiçoamento gradual de técnicas e de procedimentos que procuram mensurar de forma científica as capacidades das crianças, dentre elas a atenção (POPKEWITZ, 2008). Esses procedimentos, tais como exames físicos e cognitivos, converteram-se em meios que permitiram extrair saberes dos próprios escolares. Os dados agregados sobre como aprendiam, sobre seus ritmos e suas capacidades, tornaram-se fonte de

exercício de poderes por tornarem possível a formação da ciência pedagógica (VARELA, 2008).

Varela (2008) argumenta que um dos efeitos dessa pedagogização dos saberes foi a instauração progressiva de um aparato disciplinar, de modo que a disciplina e a ordem em sala de aula passaram a ser condição da transmissão de conhecimentos no interior do sistema de ensino. A importância da ordem disciplinar nas instituições escolares modernas constitui-se quase que com um fim em si, senão totalmente, pondo o aprendizado em segundo lugar, conforme destaca Varela (2008). Uma “supervalorização” da disciplina, não só como condição a fim de que se possam executar as atividades em sala de aula, mas como meta escolar, pode ser visível mesmo nos dias de hoje.

O estudo de Maria Luísa Xavier (2003) acerca da disciplina escolar, feito em uma escola municipal de Porto Alegre, põe em evidência a ênfase dada, ainda hoje, ao comportamento, disciplina, obediência e comprometimento do aluno. A autora observa que, de acordo com os critérios que a escola valoriza nos documentos avaliativos, é comum que mesmo os avanços na aprendizagem dos conteúdos sejam relegados a um segundo plano. A disciplina entra como um critério de avaliação dos alunos, embora no âmbito escolar contemporâneo não se tenha total consciência disso (XAVIER, 2003).

Jorge Ramos do Ó (2006) indica a ocorrência de uma importante mudança na pedagogia a partir do início do século XX. Distanciando-se do espírito autoritarista da educação tradicional e do rigor disciplinar apoiado em algo exterior à criança, as novas propostas pedagógicas²⁴ passaram a defender que somente através da sua própria vontade o aluno poderia superar os seus desejos mais primários e impulsos agressivos; e que a educação só seria possível pela aquisição de uma obediência consentida e dócil (Ó, 2006). O poder disciplinar, em seu sentido mais rígido caracterizado pela coerção, pelas sanções, pela aplicação de recompensas e castigos distingue-se de um poder pedagógico – sedutor, convincente. O primeiro teria seu foco de ação diretamente no corpo, enquanto que o segundo prima pela convocação da mente, do intelecto, embora também esteja agindo sobre o corpo. Como refere este mesmo autor,

a ciência psicopedagógica afirmou, a uma só voz, que era possível uma eficaz regulação dos comportamentos individuais deslocando o trabalho normalizador para o interior do aluno e para as profundezas da sua mente. Para desvincular o educando

²⁴ John Dewey, na América do Norte; Anísio Teixeira e Lourenço Filho, no Brasil; Montessori, Decroly e Binet, na Europa; entre outros autores citados por Ó (2006).

dos vários perigos que o rodeavam, afastando-o das múltiplas solicitações **viciosas** do mundo, o educador podia contar apenas, com o caráter e a força do querer do primeiro. Na verdade, nenhum poder externo, nenhuma barreira disciplinar se poderia erguer contra a espontaneidade infantil, posto que era exatamente aí que residia a marca distintiva de cada criança queurgia preservar. (Ó, 2006, p.295).
[Grifo do autor]

A pedagogia, em articulação com os saberes de ciências “psi”, ambicionava agir sobre e governar o espírito e o corpo das crianças e jovens. Sua questão era tornar visível e manipulável cada um dos sujeitos, algo viável a partir do mapeamento da alma do educando (Ó, 2006). A descrição, medição e quantificação de determinadas faculdades humanas, tais como memória, atenção, imaginação, força de vontade, motricidade e coisas do tipo, serviam de parâmetros para classificação, discriminação e categorização desses sujeitos em normais e anormais. Iniciava-se a aplicação de testes que visavam não só medir o saber, mas também conhecer rigorosamente o ser. Para Ramos do Ó, os testes surgiram como um instrumento que combinava ciência e subjetividade e foram as experiências para diagnosticar as patologias que estiveram na origem de dispositivos que definiam o normal.

Conforme indica Ramos do Ó, a partir do início do século XX, o termo “anormal” para designar a criança que não se ajusta ao ritmo e às normas escolares, que não aprende, cairá em desuso. Passa-se a falar em “aluno (ou criança) problema”. O termo serve não tanto para designar a criança com problemas orgânicos, mas sim para designar a criança com dificuldades de aprendizagem, de socialização, a criança desassistida, ou com problemas de nutrição (Ó, 2006).

Se, por um lado, a escola se configura como uma instituição que procura normalizar indivíduos e homogeneizar populações, por outro, ela acaba por promover a emergência dos ditos “anormais” e da própria definição do que é um comportamento anormal. Ou seja, enquanto uma instituição disciplinar que busca ajustar a multiplicidade dos indivíduos, a escola na medida em que normaliza, faz “surgir necessariamente em suas margens, por exclusão e a título residual, anomalias, ilegalismos, irregularidades” (FOUCAULT, 2006b, p.137). Em outras palavras, a busca pelo normal fará emergir os anormais através daquilo que passa a distinguir como certo ou errado, através dos exames, das descrições, dos pareceres. Como afirma Bujes (2006, p.218), “a busca implacável pela similitude [irá mascarar] a ineludível presença da diferença”.

Destaco, a partir de um exemplo acerca da elaboração da noção de idiotia no final do século XIX, o modo como a escola passou também a ser um espaço de demarcação dos

anormais; e que foi, ao mesmo tempo, a via pela qual se deu a psiquiatrização da infância e a difusão do próprio poder psiquiátrico no século XIX, conforme mostra Foucault (2006b). Esse autor afirma, a partir de Canguilhem, que foi no decorrer do século XIX que o termo “normal” passou a designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica, junto com a difusão do poder psiquiátrico.

Foucault (2006b) afirma ainda que foi a elaboração teórica da noção de idiotia ou imbecilidade infantil que esteve relacionada ao processo de psiquiatrização da infância, e não pela criança louca; diferente do processo de encarceramento da loucura na idade adulta. A idiotia era “um estado de estupor ou de abolição das funções intelectuais e afetivas” conforme descrevia Jaquelin Dubuisson (*apud* FOUCAULT, 2006, p.259), psiquiatra do início do século XIX. Foucault (2006) relata que os idiotas eram descritos como espécie de alienados despojados das faculdades que distinguiam o ser pensante e social, eles estariam condenados a uma existência puramente maquinal, guiados somente por seus instintos. Diferentemente da loucura, que era algo que surgia somente na idade adulta, a idiotia estava presente no indivíduo desde o seu nascimento.

É durante a elaboração da noção de idiotia que começam a ser citadas causas centradas no desenvolvimento para explicar problemas de comportamento. Para Foucault (2006), a introdução do critério de “erro de desenvolvimento”, permitiu elaborações importantes para o domínio teórico da psiquiatria a partir, justamente, dessa noção de erro na constituição orgânica, descrito com base nas práticas de abertura do crânio. A noção de desenvolvimento estabelece, nas palavras do autor, uma linha de clivagem entre duas espécies de características: uma que é da ordem da doença mental, da loucura, do delírio; e outra que é da ordem da enfermidade, da doença cerebral.

Os esforços de normalização desses indivíduos eram feitos com base em uma norma que se definia pelo *status* das demais crianças. Dizia-se que nos idiotas “faltariam as dimensões superiores da vontade intelectual e moral” (LOBO, 2008, p.373), pois neles haveria uma vontade puramente instintiva que os jogaria no “caos da animalidade”. A educação teria a finalidade de retirá-los desse estado de estupor e elevá-los ao universo das possibilidades humanas, conforme aponta Lilia Lobo (2008).

O que merece ser destacado a respeito dos saberes que foram construídos em torno da idiotia é o modo pelo qual se dava o tratamento. Embora a idiotia tivesse sido definida como

um distúrbio orgânico, seu tratamento caracterizava-se por ser um trabalho eminentemente moral, ou, conforme assinala Foucault (2006, p.265), “a terapêutica será a própria pedagogia, uma pedagogia mais radical”. Para Lobo (2008), a educação moral do idiota evidenciava um duplo movimento em emergência no século XIX: a naturalização da moral e a moralização da natureza (discussão que será retomada mais adiante).

Enfim, será a partir da criança idiota que surgirá a distinção entre criança normal e criança anormal. A designação de criança anormal se referia aos incapazes, cuja causa do problema estaria neles mesmos, em sua biologia. Estes termos vigorariam até o início do século XX, como apontado por Ramos do Ó (2006). A partir de então, entra em cena a “criança problema”, cuja investigação debruçar-se-á sobre sua condição familiar, social, de nutrição, psicológica, em causas externas (idem).

Caliman (2006) ressalta que o movimento que determinaria a criança anormal iniciava-se no final do século XIX pela definição biologizada do anormal (dos idiotas, dos imbecis), cujo tratamento era moral, pelo exercício do autocontrole e da disciplina, principalmente. Ainda segundo a autora, a partir das primeiras décadas do século XX até por volta dos anos 1970, seria uma definição psicologizada que assumiria os anormais, rebatizados como “crianças-problemas”, conforme também apontado por Ramos do Ó. O tratamento já não se efetivaria pelo exercício do autocontrole e da disciplina, mas pela assistência social, psicológica e familiar da criança, com o objetivo de resgatá-la (CALIMAN, 2006).

2.2 Infância e escolarização hoje

No período atual, os ideais da educação para todos e da construção do sujeito moderno, pautados na emancipação dos indivíduos e na promoção de sua autonomia e racionalidade, encontram-se confrontados ao crescente e diverso contingente de alunos que ingressam nas escolas (XAVIER 2003). A escola lida, ainda, com a obrigatoriedade do ensino e com as metas de educação de governo movidas, em parte, por metas estabelecidas por acordos internacionais e por interesses econômicos. Bujes nos lembra de que “a infância moderna nunca existiu senão como um ideal” (BUJES, 2006, p.219). No entanto, faz-se necessário recordar que, embora não se tenha alcançado os objetivos que almejava, foi esse o ideal deu forma às práticas que foram instituídas na busca da construção desse sujeito.

De acordo com Bujes (2002) haveria, nos dias de hoje, um esgotamento na perspectiva que vê a criança como sujeito da educação moderna; como um ser transcendental, unitário,

racional, estável. Esgotamento esse que é concomitante com o lugar da infância como espaço utópico de inocência, sensibilidade, desproteção, felicidade. Tal visão teria dado lugar a uma “visão de criança como sujeito de seu tempo, pressionada pelas condições do meio, marcada por diferenças de gênero, classe, etnia, raça, idade, corpo, etc.” (BUJES, 2002 p.18). Uma infância que, diferentemente da infância moderna idealizada, nos surpreende com suas perguntas e respostas, domina certas tecnologias – por vezes ensinando os adultos –, “bate o pé” para ter seus desejos atendidos o mais breve possível e escolhe o canal que será assistido na televisão da sala. São essas crianças que parecem desconcertar os adultos. Uma infância que parece não condizente com a infância que se esperava – obediente, dependente, heterônoma – e que foi naturalizada desta forma.

Segundo Bujes (2006), haveria um desencaixe entre a sociedade e a escola, isso porque

hoje estamos assistindo ao que se convencionou chamar de crise da escola. Essa instituição tem sido vista como desencaixada da sociedade. O momento que vivemos se caracteriza por um descompasso entre as práticas escolares e as rápidas modificações espaciais e temporais pelas quais passa a sociedade, o que daria o tom a isso que sentimos como desencaixe, descompasso, disjunção, desproporção. (BUJES, 2006, p. 223)

Para David Buckingham (2010), haveria, igualmente, um alargamento da lacuna entre a cultura escolar e a cultura das crianças fora da escola, marcado, sobretudo, pelo papel cada vez mais significativo que a mídia desempenha na vida dos jovens, em especial a mídia digital, apresentando-se como um amplo desafio perante a escola enquanto instituição.

Embora não procure aprofundar a discussão acerca da cultura, creio ser relevante pensar a importância dessa dimensão e das revoluções culturais, como centrais na “constituição da subjetividade, da própria identidade da pessoa como um ator social” como indica Stuart Hall (1997, p.23). O encurtamento das distâncias entre pessoas e nações e a velocidade de transmissão de informações proporcionadas pela mídia e por outras tecnologias teria um impacto significativo na vida das pessoas (idem), e nesse sentido, a escola parece não estar atenta (ou não creditar a devida importância) a essas modificações culturais em que estão imersas as novas gerações.

Autores como Bill Green e Chris Bigun (2008) exploram a tese de que estaria “emergindo uma nova geração, com uma constituição radicalmente diferente” (p.208), trabalhando a ideia da emergência de um “sujeito-estudante pós-moderno”, dotado de novas necessidades e novas capacidades. Trata-se das novas gerações, crescidas em meio às

tecnologias digitais, familiarizadas com o uso de computadores, de *games*, da *internet*, num tempo em que a velocidade na transmissão de informações supera seus recordes diariamente, em que as distâncias são encurtadas, em que o tempo de espera é outro. De acordo com esses autores, a forma particular desses dispositivos na vida desses usuários “constitui a norma; eles/as não têm nenhuma experiência básica comparável à nossa” (GREEN & BIGUN, 2008); e nós também não tivemos experiência comparável à deles/as, no entanto seguimos tentando enquadrá-los às antigas formatações da escola.

Leni Dornelles (2005) emprega o termo *cyber-infância*²⁵ para se referir àquela infância afetada pelas novas tecnologias e que produz nos adultos certo sentimento de medo, visto que esta infância nos escapa. “Vê-se na *cyber-infância* certo perigo, talvez por não se ter produzido um saber suficiente para controlá-la ou porque não se consegue melhor governá-la” (DORNELLES, 2005, p. 78). Segundo Dornelles (op.cit.), a interatividade que ocorre entre os *games* e as crianças, acaba por produzir, um determinado tipo de sujeito infantil. Cabe pensar, se, de fato, estamos diante de “outra infância” (ou outras infâncias) ou se as crianças estão crescendo em um mundo diferente daquele em que as gerações anteriores foram criadas e subjetivadas.

É provável que estejamos ainda tentando encaixar as novas gerações às velhas normas, ao passo que as possibilidades de se viver a infância nos dias de hoje incluem estar habituado às novas tecnologias digitais, a dominá-las, e a descobrir novos mundos digitais. No entanto, penso que apesar de muitas crianças possuírem certa autonomia – no que se refere ao uso e ao domínio sobre essas tecnologias, por saberem usá-las sem a necessidade de auxílio de adultos e por poderem “navegar” por espaços virtuais e comunicar-se com outras pessoas – elas têm passado por muitas restrições com relação aos espaços físicos que podem ter acesso e explorar. Pensemos, por exemplo, nas crianças criadas em creches desde cedo: dentro de apartamentos, acompanhadas por babás; dentro das escolas, delimitadas por pequenos espaços. Conforme observa Bujes (2006), essas seriam algumas das novas formas de confinamento da infância, e que limitam e interditam os movimentos e deslocamentos das crianças, confinadas aparentemente com o intuito de serem protegidas e vigiadas.

Além da própria escola, Bujes (2006) afirma que essas novas formas de confinamento são os espaços dos condomínios residenciais da classe média, os espaços de lazer, as prisões

²⁵ Termo empregado de forma semelhante ao de “infância hiper-realizada” por Mariano Narodowski (1999) em seu texto *Adeus à infância*. No entanto Dornelles (2005) faz ressalvas quanto esta infância ser, de fato, hiper-realizada.

femininas (onde vivem até certa idade os filhos das apenas), as favelas em situações de cerco. Além desses espaços citados pela autora, eu acrescentaria as zonas temporárias de “enclausuramento”, como os *playgrounds* dos shoppings, ou mesmo os próprios quartos, onde as crianças permanecem por horas envolvidas com o computador ou com o videogame. Além dos espaços que as “incluem”, que as cercam, há os espaços interditados, dos quais, nas cidades grandes, as crianças foram sendo banidas, como a rua em frente de casa, que servia como um “campinho de futebol”, o pátio do vizinho, que agora é cercado, as praças públicas, agora “perigosas”.

As novas gerações parecem atemorizar professores e pais. Elas impressionam por suas respostas inesperadas, pela sua habilidade com os aparelhos eletrônicos. Elas desconcertam e constroem por se mostrarem desobedientes e exigentes em muitas ocasiões. Estaríamos ainda buscando a imagem (ou presos a ela) da infância inocente, desprotegida, dependente, relegada pelas formulações acerca do sujeito infantil na Modernidade? Como essas concepções estariam atravessando práticas e discursos acerca do sujeito infantil? De acordo com Green e Bigun (2008):

[...] as diferenças radicais [...] com respeito a novas formas de subjetividade e identidade estudantil, não estarão sendo simplesmente incorporadas e acomodadas à norma (no sentido de Foucault) dos modos convencionais de pesquisa? [...] podemos nos limitar a acomodar e a assimilar a diferença e os desafios que nos confrontam em tantas frentes, simplesmente trazendo-os para dentro dos quadros de referência normativos atualmente existentes? (p.211)

Bem como a indisciplina, a diminuição na concentração das crianças constitui uma das reclamações recorrentes por parte dos professores (BUCKINGHAM, 2010). Este autor aponta para a disparidade dos níveis de concentração que caracterizam o interesse das crianças por fenômenos como, por exemplo, personagens famosos de desenhos animados ou jogos eletrônicos (dinâmicos, coloridos e vibrantes) em contraponto com os desanimadores testes mecânicos que predominam em muitas salas de aula. “As crianças estão hoje imersas numa cultura de consumo que as situa como ativas e autônomas, mas na escola uma grande quantidade de seu aprendizado é passiva e dirigida pelos professores” (idem, p.144). Esta disparidade entre a criança de hoje – ou melhor, a disparidade entre as possibilidades da infância de hoje – e o modelo escolar inspirado no projeto educacional moderno, deve ser levada em conta. No entanto, o autor nos alerta que

[...] se pretendermos atrair os aprendentes desafetos, a resposta não será enfeitar os materiais de ensino com penduricalhos – dar mais vida ao currículo com o brilho superficial da cultura digital amiguinha das crianças. Nem será adotar a tecnologia

digital a serviço de formas estritamente instrumentais de aprendizagem, numa tentativa de torná-la mais agradável. Embelezar os testes ou tabelas de multiplicação com um polimento mais *divertido* é estratégia que a maioria das crianças percebe logo. É preciso um compromisso mais inteiro e mais crítico com as culturas digitais infantis. (BUCKINGHAM, 2010, p.47).

Deste modo, a necessidade de contenção dos corpos infantis, de fazer com que “prestem atenção”, que obedecem ao/a professor/a, que permaneçam sentados, implicou/implica na criação de estratégias dentre as quais está a implementação de um aparato disciplinar, impondo ritmos externos ao corpo infantil. Visto que a criança não está “naturalmente” predisposta a exercer o papel de aluno, como reitera Xavier (2003), a escola terá de lidar com a inquietude, a desorganização, a distração, o desinteresse, enfim, com a indisciplina, que vem se configurando, cada vez mais, como um dos maiores problemas da escola. Como aponta Bujes (2006), a indisciplina está no cerne da crise escolar.

Para Xavier (2003), estaria ocorrendo um apagamento nos discursos pedagógicos acerca do papel que a escola tem no processo de disciplinamento dos corpos infantis, embora a indisciplina seja um dos problemas que persiste nas escolas, que, em outras palavras, nada mais é que a resistência a se enquadrar às normas, tempos e demandas escolares. A autora refere-se à quase inexistência de propostas com vistas à formação/construção do “ser” aluno, como era propósito claro da escola moderna. No entanto, a escola não deixou de cobrar dos alunos uma postura disciplinada, obediente, organizada, silenciosa.

Xavier (op. cit.) também observa que nos cursos de pedagogia, as propostas pedagógicas defendidas seguem correntes democratizantes/progressistas que começaram a entrar em voga na década de 1980. Essas propostas enfatizavam a necessidade de o/a professor/a observar as peculiaridades de cada grupo a fim de pensar propostas de trabalho condizentes com a realidade do aluno, propiciando experiências de aprendizagem construídas coletivamente, procurando, assim, afastar-se do espírito autoritarista da escola tradicional. Apesar disso, enfatiza essa mesma autora, a *forma* de condução do trabalho pedagógico é um aspecto que tem sido negligenciado na formação dos/as professores/as. Haveria uma dificuldade em se assumir o papel “produtor” da escola e de admiti-la como uma instituição de regulação e de controle. A autora identifica tal dificuldade como possivelmente decorrente de movimentos que nas últimas décadas vêm questionando o autoritarismo nas organizações sociais dentre as quais se inclui o sistema escolar. Na educação esses movimentos democratizantes postulam posturas mais igualitárias nas salas de aula e relações entre

docentes e escolares, o que pra Xavier (2003) poderia estar gerando insegurança no fazer docente pela perda de um referencial tradicional sobre o qual a profissão estava alicerçada.

2.3 Novas formas de controle

Se, por um lado, a escola contemporânea não reconhece, não discute ou não percebe seu papel no disciplinamento dos corpos (XAVIER, 2003) ao não abordar, pelo menos de forma explícita, quais seriam suas estratégias disciplinares e como seriam implementadas; por outro, a escola recorre a novas formas de controle. Segundo Cristianne Rocha (2005), trata-se de um controle que se efetiva pela utilização de instrumentos tecnológicos dentro da escola, tais como câmeras de vigilância, detectores de metais, cartões de identificação, raios-X, e que são implantados com vistas a garantir a segurança destes ambientes. É um controle que se exerce não pela imposição da força física, mas pelo constrangimento, pela produção, no sujeito, de uma sensação de permanente atenção (ROCHA, 2005). A ideia é de que o sujeito exerça um controle sobre si mesmo, mantendo-se consciente de suas ações.

Segundo Rocha, a presença de equipamentos como os descritos acima, a fim de prevenir ou constranger atos de violência, furto, brigas, ou algazarra, denota uma mudança de ênfase dos dispositivos disciplinares para os dispositivos de controle (ROCHA, 2005). A forma como o termo “dispositivo” é empregado diz respeito à acepção foucaultiana, segundo a qual:

[...] dispositivo é um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos [...] heterogêneos. (FOUCAULT, 1989, p.244)

No entanto, não se trata de uma substituição dos dispositivos disciplinares pelos dispositivos de controle, mas de uma articulação entre ambos, na qual uns potencializam os outros. Rocha (2005) afirma que o que mudou foi o “como” do exercício do controle e da vigilância, já a existência de uma rede de observação vigilante e controladora não é exclusiva de nosso tempo. Nas sociedades de soberania (FOUCAULT, 1994) o poder se exercia pela ação violenta e o suplício em praça pública; na sociedade disciplinar o poder-saber se exercia pela disciplina, pela categorização, classificação, normalização, sob a forma de um poder difuso e hierárquico. Porém, tomando como base a discussão de Gilles Deleuze sobre sociedade de controle, Rocha sublinha que é nestas sociedades que o poder adquire maior eficiência por meio do auxílio de tecnologias que permitem um controle permanente e quase invisível de um grande número de indivíduos, de uma forma menos violenta e mais eficaz.

Há alguns indivíduos, porém, que nem o confinamento nem a vigilância conseguem controlar, como destaca Bujes (2006). Eles não obedecem aos ritmos da escola, seja porque não os acompanham, são “dispersos” ou tendem a “ultrapassar” a velocidade da escola, aborrecem-se facilmente, procuram outra atividade, não param, deslocam-se incessantemente, apressam-se nas respostas. Esses indivíduos vêm sendo classificados como portadores do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e a eles se recomenda o uso de fármacos que operam na direção de controlar seus corpos.

Esse enquadramento dos alunos indisciplinados, dispersos ou incontroláveis a alguma classificação médica, reflete um fenômeno cada vez mais comum na escola, conforme discutido por Freitas (2011). A autora afirma que muitos dos problemas antes considerados como questões do domínio da educação escolar, como a indisciplina, a distração, a inquietude, e que a escola não assume mais como seus, têm sido transferidos a outros domínios, como os da medicina, psicologia, psiquiatria, neurologia. Com relação a isso, Xavier (2003), aponta para a proliferação de diferentes classificações que têm enquadrado os alunos em diagnósticos de hiperatividade/déficit de atenção, dislexia, disritmia, entre outros.

A designação de novos diagnósticos psiquiátricos evidencia um processo que ocorre na escola e que Guillermo Zamúdio (2010) descreve como a produção de “restos”²⁶. Isto é, o próprio processo que visa homogeneizar acaba surtindo um efeito que coloca em evidência os “restos”, os problemas, os sintomas, os mal-estares. Esses empecilhos (indisciplina, dificuldades de aprendizagem, inadaptação e desinteresse por parte dos alunos, por exemplo) impedem que a escola funcione totalmente, ou fazem com que funcione a um alto custo (idem). Para esse autor, a possibilidade de se perceber um determinado fenômeno estaria subordinada à própria perspectiva de onde ele emerge. Por isso não se pode ter primeiro os dados para depois fazer-lhes uma descrição, faz-se primeiramente a descrição de um fenômeno, um recorte particular, que pode vir a culminar em um registro, uma classificação, um quadro clínico, um diagnóstico, para depois investigar suas causas. “O dado não está aí, dócil, com a finalidade de ser percebido” (ZAMÚDIO, 2010, p.62).

A imposição de diagnósticos psíquicos permite alocar no corpo individual a causa e a resolução de determinados problemas. Ocorre a transferência do problema de uma dimensão para outra: da dimensão social (da indisciplina ou do fracasso escolar) para uma dimensão biológica e individual (do indivíduo portador de TDAH, por exemplo), e desta para, cada vez

²⁶ Idem em espanhol.

mais, uma dimensão molecular. Em se tratando de um desajuste no nível de neurotransmissores, não resta, aparentemente, alternativa senão medicá-lo, pondo em ordem esse suposto desequilíbrio.

A justificativa de que o “erro” encontra-se no próprio corpo do indivíduo, no seu cérebro, parece ser uma alternativa que desbanca a ação da própria escola, dos pais e do indivíduo, ele próprio, sobre seu comportamento. A resolução do problema é entregue às mãos de especialistas. Na escola ou em casa, o diagnóstico do TDAH agrega uma série de comportamentos não desejados, funcionando, assim, como um “diagnóstico guarda-chuva” (CALIMAN, 2010). Na medida em que desatenção, impulsividade e agitação tornam-se patologias, o indivíduo que apresentá-los torna-se um problema médico e não um problema pedagógico ou social. A isto tem se chamado “medicalização”, o “processo de transformação de problemas sociais e institucionais – dificuldades de escolarização – em problemas individuais e em distúrbios orgânicos” (TAVERNA, 2011, p. 169).

Peter Conrad (1992) assinala que o termo “medicalização” tem sido frequentemente utilizado em um contexto de crítica da medicalização (ou da hipermedicalização²⁷) e não somente de “modo neutro” para descrever algo que se tornou “médico”. Em geral o termo é aplicado em se tratando do processo ou resultado do ingresso de problemas humanos na jurisdição médica, licenciando a profissão médica a prover algum tipo de tratamento, conforme frisa o autor. Uma das formas em que pode ocorrer a medicalização é o processo que transforma o comportamento considerado desviante em algum tipo de patologia (loucura, alcoolismo, homossexualidade, drogadição, anorexia). Sobre a patologização e medicalização de problemas de comportamento na infância, o autor cita como principais casos a hiperatividade e os distúrbios de aprendizagem.

A imposição de rótulos científicos funciona como uma eficiente estratégia de controle (FIORE, 2005), pois deste modo é possível tratar (controlar) o indivíduo através de medicamentos. A medicalização do corpo infantil escolar tem constituído um fenômeno alarmante no que concerne ao número de crianças rotuladas de hiperativas e que vem sendo tratadas com psicoestimulantes à base de metilfenidato²⁸, como a Ritalina.

²⁷ No texto de origem: o *vermedicalization* (CONRAD, 1992, p.210).

²⁸ O metilfenidato é uma substância do grupo das anfetaminas, produzido e comercializado pela Novartis com o nome Ritalina. Trata-se de um medicamento de “tarja preta”, vendido sob a apresentação e retenção de receita médica. Ele é indicado principalmente para o tratamento dos sintomas do TDAH, narcolepsia e fadiga.

Os efeitos do metilfenidato no comportamento do indivíduo são uma maior concentração e quietude, embora em algumas pessoas possa provocar uma maior agitação. As crianças ficam “mais calmas” durante o efeito e mais focadas em suas tarefas, por isso o metilfenidato ser apelidado de “droga da obediência” ou “bala mágica”. Há também relatos de crianças que se tornam apáticas, ficam com “olhar perdido” ou deixam de demonstrar interesse até pelo brincar no recreio (BRZOZOWSKI & CAPONI, 2010; BOARINI & BORGES, 2009). O medicamento não cura o TDAH, mas ameniza os sintomas durante cerca de até quatro horas após ser ingerido, podendo apresentar reações adversas como perda de apetite, cefaleia, náuseas, insônia, taquicardia, tonturas, vômitos, psicose, e, em alguns casos, perda de peso e diminuição do crescimento, possivelmente em função da perda de apetite ocasionada pelo medicamento (PASTURA & MATTOS, 2004).

Em termos numéricos, deve-se destacar o crescimento exponencial no consumo e na produção mundial do metilfenidato. De acordo com dados apresentados por Cláudia Itaborahy (2009), a fabricação mundial declarada de metilfenidato em 1990 foi de 2,8 toneladas; em 1999, passou para 19,1 toneladas, o que representou um aumento de 580% na sua produção. Em 2006, o consumo mundial da substância atingiu 35,8 toneladas, sendo 82,2% do total consumido pelos Estados Unidos.

Para Itaborahy (2009), o aumento na produção e consumo de metilfenidato talvez se deva a uma ampla divulgação do TDAH a partir da década de 1990, além do intensivo *marketing* realizado nos Estados Unidos pelas empresas fabricantes. No Brasil, o metilfenidato passou a ser comercializado no ano de 1998 e seis anos depois, em 2004, já eram comercializadas 740.420 caixas, passando para 1.146.592 caixas em 2007. Ainda de acordo com Itaborahy (2009), a produção brasileira de metilfenidato alcançou 226 quilos em 2006, além dos 91 quilos importados pelo Brasil. Segundo dados da Organização das Nações Unidas²⁹ (ONU), apresentados em setembro de 2011, o Brasil havia apresentado até aquele mês 740 quilos, enquanto que os Estados Unidos (destacado como um dos maiores produtores de metilfenidato) havia produzido mais de 55 toneladas. O metilfenidato é a anfetamina mais consumida no mundo, como confirma Itaborahy (2009).

A utilização massiva deste medicamento vem se constituindo como uma nova forma de controle do corpo infantil no espaço escolar, que, conforme afirma Bujes (2006),

²⁹ Disponível em www.incb.org, consultado às 15h de 30/10/2001.

Não [é] mais uma intervenção sobre o corpo, exercida externamente com uma sutil coerção, mas uma forma de impor uma ação inibitória ou estimuladora da conduta através de um fármaco que age sobre o sistema nervoso central. Uma forma de ação sobre o corpo que configura uma prótese, uma ciborguização. (BUJES, 2006, p.226)

Não só uma forma de controle, os psicofármacos são muitas vezes um meio de adquirir maior eficiência, de superar o “humano”. Sem nos atermos tão somente à imagem do ciborgue como a do personagem *RoboCop*³⁰, lembremos que também experimentamos a ciborguização quando implantamos uma prótese, colocamos marcapasso, ou utilizamos fármacos que nos fazem pensar melhor, executar uma tarefa com mais atenção, mantermo-nos acordados (LIMA, 2007). São tecnologias que não apenas “normalizam”, mas que potencializam nossas capacidades e podem promover a ascensão a outro patamar de normalidade. Ou, como propõe Rose (2011), em substituição ao termo normalização, elas promovem uma “customização”.

Além de ser parte do tratamento de crianças ou adultos diagnosticados com TDAH, o uso de metilfenidato se estende a alguns interessados como jovens estudantes de cursinhos pré-vestibulares, pessoas que estudam para concursos e acadêmicos. Trata-se de um simples recurso para aprimorar nossas capacidades? Este tipo de aprimoramento deve se estender às crianças? Acerca desta discussão, Steven Rose (2006, p.277) destaca que há uma “tênue linha ética entre corrigir deficiências e melhorar a ‘normalidade’”.

Para o autor, ao fazermos uso, cada vez mais, de intensificadores cognitivos ou outras drogas que atuam no nosso estado de espírito, que são capazes de regular esses estados, potencializar nossas capacidades produtivas (por exemplo, mantendo-nos acordados ou concentrados por períodos mais longos), estaríamos indo em direção a uma “sociedade psicocivilizada”. A utilização dessas drogas, dentre as quais o autor destaca a Ritalina, por um número crescente de pessoas representa a adesão a “métodos de controle cada vez mais de coerção aparentemente não violenta” (ROSE, 2006, p.291).

A adesão a tais fármacos pode nos parecer, em um primeiro instante, tratar-se de uma escolha individual, um meio através do qual aparentemente podemos nos colocar em uma posição privilegiada, destacarmo-nos no trabalho ou nos estudos. Ainda, podemos dizer utilizá-los “legitimamente” em nome de um “tratamento médico” para um determinado

³⁰ *RoboCop* é personagem do filme americano de igual nome, lançado em 1987, cujo sucesso rendeu uma série TV ao longo dos anos 1990. O filme conta a história de um policial que, após ter perdido partes do corpo, como seu braço direito, e ter sido gravemente ferido em um ataque armado, teve o corpo reconstruído ciberneticamente. A transformação lhe garantiu não só a recuperação das partes afetadas como potencializou todas as suas capacidades, proporcionando-lhe, entre outras aquisições, uma visão telescópica e térmica e armas acopladas ao próprio corpo, além de um revestimento que impede que seja atingido até pelos mais fortes calibres.

transtorno, como é o caso do TDAH. No entanto, tanto em relação ao primeiro caso quanto em relação ao segundo, cabe refletir se não se trata, sobretudo, de uma modificação na forma como concebemos normalidade e patologia (SIBILIA, 2002) Estamos nos condicionando às regras do trabalho, aos ritmos de produtividade, ou alimentando o crescimento insaciável da competitividade do atual regime de produção?

Sob esse ponto de vista, a administração do metilfenidato poderia ser pensada como uma tecnologia de controle que estaria atuando diretamente no cérebro do sujeito, agindo a partir do interior do corpo do indivíduo, embora venha de fora do corpo. É um mecanismo que, após a ingestão do psicofármaco pelo indivíduo, “aprisiona-o” ao efeito, uma prisão que não se caracteriza por ser espacial e delimitada por paredes, correntes ou trancas, mas uma prisão que submete o sujeito, que o dociliza em seu “interior mais profundo”, modificando seu modo de estar no mundo. Nesta mesma direção, Beatriz Preciado (2008) entende a administração de fármacos como uma forma de poder (um “farmacopoder”, nas palavras da autora) que se infiltra no corpo, é absorvido por ele, confunde-se a ele no nível mais ínfimo. Para esta autora trata-se de um “panóptico comestível”.

Já não se trata de castigar as infrações [...] dos indivíduos nem de vigiar e corrigir seus desvios através de um código de leis externas, mas de modificar seus corpos enquanto plataforma viva de órgãos, fluxos, neurotransmissores e possibilidades de conexão e agenciamentos, fazendo destes, ao mesmo tempo, o instrumento, o suporte e o efeito de um programa político (PRECIADO, 2008, p.133)

Vimos recorrendo, de forma crescente, ao uso, por exemplo, de anabolizantes, psicofármacos (antidepressivos, ansiolíticos, calmantes, estimulantes), hormônios, substâncias que promovem a ereção peniana, entre outras. As finalidades com as quais lançamos mão desses produtos não se restringem ao tratamento ou à cura de doenças, mas objetivam modificar nosso comportamento ou mesmo nosso estado de espírito, ampliar nossas capacidades mentais, modificar nosso próprio corpo ou potencializar nosso cérebro. Segundo Preciado, essas transformações “apontam para a articulação de um conjunto novo de dispositivos microprostéticos de controle da subjetividade com novas plataformas biomoleculares e de mediação”³¹ (PRECIADO, 2008, p.33).

Edvaldo Couto (2007, 2009) afirma que o corpo passa, cada vez mais, a ser considerado um rascunho, “um objeto em progressiva obsolescência que precisa ser redesenhado” (COUTO, 2009, p.44), potencializado, a cada instante. No estilo de vida que se impõe à

³¹ No original: “apuntan para la articulación de un conjunto nuevo de dispositivos microprostéticos de control de la subjetividad con nuevas plataformas biomoleculares e mediáticas”.

sociedade, não há tempo a perder. É preciso atender as demandas do ritmo acelerado dos nossos tempos, cuja velocidade não pode ser freada. O sujeito abatido precisa recompor-se, ele necessita estar sempre alerta e produzir. Para Couto, o estado de urgência sob o qual vivemos nos conduz a uma forma mais rápida e eficiente de promover as forças do organismo, abreviar o sofrimento, prolongar o bem-estar e a vitalidade, mesmo que de forma artificial, atuando quimicamente sobre nossas sensações. O cansaço, agora cunhado pela medicina como fadiga crônica, precisa ser combatido. Da mesma forma, a tristeza, ressignificada como depressão, e, ainda, o mau humor, as desesperanças, as desilusões, afirma o autor, todas as asperezas da vida tornaram-se doenças. No lugar de longas e inúmeras sessões de psicoterapia, de dedicação ou esforço, aderimos com cada vez mais facilidade às terapias farmacológicas.

Contudo, o autor alerta que assim como esses produtos nos desobrigam a passar pelos desconfortos que a vida nos coloca e a superar muitas de nossas limitações corporais, eles também nos aprisionam, nos controlam, conformando-nos ao ritmo acelerado atual e extraem de nós as forças corporais e psíquicas que permitem à economia e à produtividade continuarem a existir em seus ritmos galopantes. Deste modo, ao modificarmos a nós mesmos, ou nossa subjetividade, e ao adotarmos uma política individual de atuação (promovida pelo próprio contexto social), que se dá no próprio corpo³², deixamos de lado as tentativas de mudar a nossa realidade social, conforme reitera o autor.

Muitos estudiosos têm se posicionado radicalmente contra a medicalização (com relação ao uso de psicofármacos) de crianças ou, no mínimo, têm questionado a abrangência de tal fenômeno, como Collares & Moysés (1996), Sandra Caponi (2007), Steven Rose (2006), entre outros. Dentre pesquisas recentes que se tem desenvolvido na direção de problematizar a medicalização de crianças com foco no caso do TDAH, podemos citar os estudos de Caliman (2006, 2009, 2010), Freitas (2011), Costa (2006b), Mayer (2007), Fiore (2005), Ferraza *et al* (2010), Boarini & Borges (2009), Brozowski & Caponi (2010), Taverna (2001), entre outros.

É pertinente perguntarmo-nos se estamos, de fato, tratando o sofrimento de crianças causado por um transtorno, ou se estamos utilizando psicofármacos para controlar o corpo

³² Tal como discutirei no capítulo “Biologização e medicalização das condutas escolares”, isso faz parte daquilo que determinados autores chamam de cultura somática. Em outras palavras, uma cultura que toma o corpo como o próprio eu (como a própria subjetividade).

infantil. Isto é, a prescrição de psicofármacos, como vem ocorrendo, é uma forma de tratamento ou um mecanismo de controle social?

3. BIOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DAS CONDUTAS ESCOLARES – O TDAH e a emergência do sujeito cerebral no século XX.

Neste capítulo, discorro sobre como, nas últimas décadas, assistimos ao rearranjo das concepções biologicistas e deterministas acerca do entendimento de sujeito que começavam a tomar forma na medicina ocidental do século XIX. Naquela época, começou-se a olhar para o cérebro humano em busca de explicações para as doenças mentais, para o comportamento e os desvios de conduta. Contudo, a possibilidade de investigar os cérebros possuía sérias limitações metodológicas, pois não se dispunha de tecnologias que viabilizassem o estudo do cérebro *in vivo*. Algumas técnicas foram desenvolvidas com base na medição do crânio e das proporções entre áreas do cérebro, as quais eram relacionadas à personalidade dos indivíduos, como a que ficou conhecida como frenologia (ORTEGA & ZORZANELLI, 2010).

Embora hoje nos pareçam explicações infundadas, essas foram algumas das tentativas que deram origem às investigações que buscavam na biologia (no corpo, no cérebro) as causas de desvios relacionados à moral. Ou, como explica Lobo (2008), produziram um duplo movimento: o de naturalização da moral e de moralização da natureza; o qual também foi discutido por Caliman (2006) em sua tese de doutorado *A biologia moral da atenção*.

Recorro novamente ao exemplo da idiotia ou imbecilidade infantil no século XIX, que ilustra como se deu esse processo de naturalização da moral e de moralização da natureza, sobretudo no que diz respeito à forma do tratamento (um tratamento moral, para uma doença orgânica, biológica); e que foi, ao mesmo tempo, o início da cisão entre doenças da função e doenças da lesão, segundo Foucault (2006b). As doenças da função eram aquelas doenças que não conseguiam ser explicadas com base em causas orgânicas, eram da ordem dos delírios, da loucura, dos transtornos mentais. Já as doenças da lesão seriam aquelas com causas orgânicas, doenças cerebrais.

Alguns autores defendem que a inscrição da idiotia e da imbecilidade (uma forma mais branda de idiotia) infantis como patologias morais pelo campo da psiquiatria, foi o que deu início a translocação da moral, e conseqüentemente do desvio moral, para o terreno das patologias psiquiátricas (RAVALOVICH, 2001; CALIMAN, 2006).

Ao final do século XIX o termo “imbecil moral” ganhava certa abrangência tanto na esfera médica como na esfera jurídica, na qual passou a ser relacionada à criminalidade, conforme descreve Ravalovich (2001). Dizia-se que o imbecil moral era aquele que não

controlava seus impulsos devido a uma falha de origem orgânica nas funções inibitórias. Naquele contexto, a criminalidade devida ao descontrole dos impulsos passou a ser explicada por um defeito biológico da moral (RAVALOVICH, 2001). Porém, qual a relação que a imbecilidade moral poderia vir a ter com a história do TDAH?

O trabalho do pediatra George Still, publicado no *The Lancet*, em 1902, costuma ser citado como o ponto de origem na “descoberta” do TDAH pela medicina, como observa Caliman (2006). Still descrevia um grupo de crianças que apresentava comportamentos agressivos, costumava brincar com objetos perigosos, tinha surtos de violência e atos de roubo. Naquela época, o pediatra levantava a hipótese de que essas crianças podiam apresentar alguma nova forma de imbecilidade e sugeria que fossem feitas investigações a fim de encontrar bases anatômicas que pudessem explicar essa anormalidade da função, como relata Ravalovich (2001).

Para Ravalovich, um problema se colocava perante a medicina da época: as crianças em questão eram suficientemente inteligentes, o que descartava a hipótese de idiotia ou imbecilidade. Elas eram também ainda muito jovens para serem entendidas como criminosas. Ao transgredirem códigos morais, não o faziam por que não eram capazes de entendê-los, mas o faziam intencionalmente, daí atribuir o comportamento a um defeito biológico da moral (RAVALOVICH, 2001).

O autor aponta para a relevância em considerar o contexto em que Still publicou seu trabalho sobre tais crianças, ao invés de simplesmente considerá-lo um marco das primeiras descrições sobre o TDAH, como defendem os pesquisadores atuais. Na época em que Still realizava suas discussões sobre a criança imoral, a imbecilidade moral estava no ápice dos discursos médicos. Por esta razão, Ravalovich acredita que o trabalho de Still não pode ser visto como ponto de origem na história do TDAH infantil, senão como um produto da literatura médica da época.

Antes de adentrar de maneira mais específica na questão do TDAH, sobretudo no que diz respeito à narrativa neurocientífica que o condiciona ao *status* de uma patologia de origem neurobiológica, apontarei para algumas transformações acerca do entendimento de “sujeito” ocorridas nas últimas décadas e que vêm sendo amplamente discutidas por autores como Alain Ehrenberg (2009), Nikolas Rose (2007) e Francisco Ortega (2006). Nessa direção,

penso ser possível pensarmos a emergência do TDAH como um fenômeno fortemente atravessado por essas novas concepções de sujeito vigentes na contemporaneidade.

A partir do início do século XX, as noções de sujeito predominantes em nossa sociedade foram as de um “sujeito psicológico” segundo a qual o “eu” (*self*), a personalidade, seriam interpretadas a partir da imagem de um espaço profundo, abstrato, complexo, constituído por experiências e traumas, noção sobre a qual a teoria psicanalítica da época teria exercido forte influência (ROSE, 2007). Durante boa parte do século XX, até mesmo a psiquiatria era exercida a partir de uma abordagem psicanalítica. Somente em torno da década de 1970, sobretudo com o desenvolvimento de medicamentos psiquiátricos, foi que a própria atuação da psiquiatria começaria a mudar, e com ela o entendimento acerca das moléstias do estado de espírito que passaram a ser entendidas como desequilíbrios químicos e, portanto, quimicamente tratáveis (CALIMAN, 2006).

Até a década de 1980, a neurologia ocupava-se basicamente do estudo de determinadas funções neurológicas (memória, visão, audição, etc.) e de patologias como Alzheimer e Parkinson. Ehrenberg (2009) aponta para algumas das descobertas tecnológicas que provocaram grandes mudanças no campo de estudos neurocientíficos e que implicariam um borramento na linha divisória entre doenças neurológicas (da lesão) e doenças mentais (da função). Isto significa que tanto doenças neurodegenerativas (de memória, Alzheimer, Parkinson) como doenças mentais (transtorno depressivo, transtorno bipolar, ansiedade, manias) fossem abordadas da mesma forma: a partir do substrato orgânico. O terreno de investigação das neurociências estendia-se ao estudo das emoções, dos comportamentos sociais e dos sentimentos morais (EHRENBERG, 2009).

Novas técnicas permitiram a transposição de uma barreira antes existente ao estudo do cérebro “vivo”, que agora se tornou possível de ser visualizado através de tecnologias de imageamento cerebral como as *PET Scans* e de avanços na biologia molecular e genética. Para Ehrenberg (2009), isto significava não somente o progresso nos estudos de patologias mentais, mas o surgimento de uma “biologia do espírito”. Os mais diferentes desvendamentos de circuitos neuronais voltados às mais diversas particularidades da existência humana como o luto, a violência, o amor, decisão de compra, ou a crença em Deus, passaram a compor a descrição de uma “neurobiologia da personalidade” ou de uma “biologia do indivíduo” (idem). Desse modo, salienta o autor, nossas dificuldades relacionais ou profissionais, nossos fracassos, nossas inaptações não seriam originárias de conflitos pessoais, mas de alterações

neuroquímicas. Esse novo paradigma pautado no entendimento de que somos, agimos e fazemos nossas escolhas com base naquilo que nosso cérebro é ou desempenha, faz emergir uma concepção de sujeito como um “sujeito cerebral”, segundo Ehrenberg (2009). Isso não necessariamente significa que o cérebro deva ser entendido como uma entidade independente, mas como um ator social, uma figura antropológica. Nessa compreensão, o cérebro seria a parte mínima necessária para definir uma pessoa, o órgão onde estaria a nossa identidade pessoal (ORTEGA, 2006; ORTEGA & ZORZANELLI, 2010).

Numa aproximação semelhante, Rose (2007) indica que as descobertas acerca do cérebro, em especial a partir da década de 1990 – declarada a década do cérebro pelos Estados Unidos devido a uma “enxurrada” de pesquisas em neurociências – colocaria em xeque também o entendimento de “pessoa”. Segundo o autor, aquele profundo espaço psicológico e interior, com o qual era identificada a noção de pessoa, torna-se “achatado”, visível agora na superfície do cérebro. Nesta nova compreensão, “mente” passa a ser aquilo que o cérebro faz (ROSE, 2007). Nossos humores, desejos e emoções são agora descritos na linguagem dos circuitos neuroquímicos. Nesse sentido, aponta o autor, passamos a entender e a atuar sobre nós mesmos e sobre os outros como “eus neuroquímicos”³³.

Embora essa visão seja potente, na direção em que nos permite visualizar uma série de transformações que estão ocorrendo no âmbito dos processos de subjetivação da sociedade contemporânea, deve-se ter em mente que talvez ela não se configure do mesmo modo, e no mesmo tempo, para todas as sociedades. Não se trata, portanto, de uma substituição de um dado modo de ver e entender a sociedade num dado tempo, mas de considerar que talvez ela não tenha o mesmo peso para todos os grupos sociais, pois provavelmente o acesso a essas tecnologias, informações e fármacos difere nesses grupos. Contudo, ao menos no Brasil, de algum modo, essas visões tem também efeito nas políticas públicas, como é o caso da distribuição de medicamentos pelo sistema de saúde público, que disponibiliza o metilfenidato para pessoas diagnosticadas com o TDAH que não tenham condições de adquiri-lo.

Para Ortega (2006), a figura do sujeito cerebral está inserida em um contexto mais amplo que é o da “cultura somática”, do culto ao corpo, da biologização dos comportamentos, das capacidades e da moral, da cultura na qual se acredita que a natureza da vida psíquica pode ser medida pelo desempenho corporal. Na cultura do culto ao corpo, do *fitness* e da

³³ *Neurochemical selves.*

performance, a moralidade está relacionada à nossa capacidade de cuidarmos do corpo, de estarmos em boa forma, de sermos capazes de manter uma rotina rígida de exercícios físicos, de evitarmos alimentos danosos. Fumar, ingerir gorduras e ter uma vida sedentária, por exemplo, são atitudes vistas não somente como maus hábitos, mas como reflexo de uma má-conduta e da nossa incapacidade de exercer um autocontrole sobre nós mesmos. Na busca por atingir o máximo desempenho corporal, vale recorrer não somente aos exercícios físicos e à boa alimentação, mas a suplementos, vitaminas, cirurgias plásticas, fármacos.

Assim como o desempenho do corpo, o desempenho cerebral está também sob foco de ações que visam otimizá-lo. Trata-se da valorização de um desempenho do cérebro “ele próprio”, porém não (ou não somente) acerca da sua capacidade intelectual, e sim no que se refere ao seu rendimento e a sua capacidade de concentração, de manter-se acordado, de produzir, de estar atento. Exemplo deste fenômeno de aprimoramento do cérebro são as práticas de “neuroeducação”, conforme assinalam Ortega e Zorzanelli (2010). Com base em conhecimentos adquiridos pelas neurociências acerca de como funciona o cérebro é que muitas técnicas vêm sendo desenvolvidas, visando o aprimoramento da aprendizagem e da memorização.

3.1 A narrativa médica do TDAH

A atual nomenclatura do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade foi instituída em 1994 pela *American Psychiatric Association*, com a publicação da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV). Em décadas remotas, outras nomenclaturas já haviam designado um quadro clínico semelhante: “reação hiperkinética da infância”; “dano cerebral mínimo”; e, posteriormente, por não serem detectadas anomalias na estrutura cerebral dos indivíduos acometidos pela doença, passou a se chamar “disfunção cerebral mínima”. O quadro clínico do TDAH tem, entretanto, uma história um tanto controversa. Os sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade alternavam-se entre si, em diferentes épocas, quanto à ordem de importância e por vezes algum desses sintomas nem era considerado um transtorno (CALIMAN, 2010).

Em um estudo sobre a história conceitual do que hoje vem a ser o TDAH, Adam Ravalovich (2001) observa que, ao longo do século XX, as diferentes nomenclaturas eram sequencialmente substituídas denominando um conjunto de sintomas similares e que, em última análise, eram descritores do comportamento infantil desviante. Especificamente, os

sintomas incluíam baixo rendimento escolar, extroversão extrema, ataques de violência, incapacidade de permanecer em uma tarefa, roubo, distúrbios de sono, inconsistência moral, esquecimento. Para este autor, a história da compilação desses sintomas em um diagnóstico formal representa um movimento crescente da medicalização do comportamento não convencional na infância.

Até 1980, a hiperatividade permaneceu como um transtorno típico da infância cujos sintomas tendiam a desaparecer a partir da adolescência, que eram a agitação exagerada e a impulsividade. A revisão do DSM, e a consequente ampliação da quantidade de transtornos e expansão dos critérios diagnósticos dos transtornos já existentes, culminaram na publicação de terceira edição do manual em 1980. Os critérios da hiperatividade foram ampliados e passaram a incluir a desatenção como um de seus sintomas. Assim, de um diagnóstico específico da infância a hiperatividade passou também a ser diagnosticada em adultos, fato que, para autores como Ortega et al (2010), ampliou significativamente a base de indivíduos diagnosticados, bem como de usuários de metilfenidato. Hoje se diz que o TDAH tende a permanecer na idade adulta em cerca de 60 a 70% dos indivíduos (MATTOS et al, 2006)³⁴.

A inclusão da desatenção como patologia nos sintomas do TDAH e o espaço que lhe foi dado no diagnóstico – visto que os critérios relativos à desatenção passaram a ser suficientes para enquadrar o paciente no diagnóstico de “subtipo desatento” – não pode ser vista como um fato isolado de seu contexto social, cultural, histórico, político e econômico. Caliman (2006) salienta que a valorização da atenção, desde fins do século XIX nas sociedades ocidentais industriais, passou a ser considerada uma virtude do sujeito responsável, atento, trabalhador, autônomo. Hoje a atenção permanece sendo não somente uma virtude, mas um pré-requisito para adequação dos sujeitos num mundo movido pelo capitalismo, pelo empreendedorismo, pela competitividade (CALIMAN, 2006).

O diagnóstico do TDAH é feito com base nos critérios apresentados no DSM-IV. O manual de transtornos psiquiátricos começou a ser publicado desde 1952 pela APA nos Estados Unidos e, desde então, difundido por grande parte dos países da cultura ocidental. Conforme o DSM-IV, este instrumento pretende-se “um manual útil para a prática clínica”,

³⁴ Para que esta informação não passe despercebida, refiro que este último artigo aponta em nota de rodapé, como costuma acontecer em casos em que há conflitos de interesse, que alguns dos autores fazem parte do conselho executivo, são palestrantes ou receberam verba de pesquisa dos seguintes laboratórios: Biosintética, Brsitol-Meyers-Squibb, Glaxo, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Novartis, Pfizer e Wyeth.

elaborado com a finalidade de padronizar e objetivar o processo diagnóstico de transtornos mentais. No entanto, penso que cabe nos questionarmos acerca desta “objetividade”, posto que na prática clínica o diagnóstico do TDAH, embora se pautem no DSM, está grandemente assentado naquilo que o médico ouvirá em termos de depoimentos do/a professor/a e/ou dos pais, portanto, numa dimensão mais subjetiva do que objetiva de diagnóstico.

Cabe ressaltar que minha intenção não é discutir a validade ou não dos critérios estabelecidos, muito menos apontar para a necessidade de serem revistos com mais rigor. Tenho apenas a intenção de causar certo tensionamento sobre a suposta neutralidade, objetividade, ou estabilidade que pretende o manual de transtornos mentais, lembrando de que se trata de um instrumento de poder-saber construído por uma instituição, a Associação Americana de Psiquiatria. Em outras palavras, trata-se de uma associação formada por especialistas legitimados a falar determinadas verdades de nosso tempo. Cabe lembrar, entretanto, que esses mesmos especialistas, e a instituição a que dão corpo, também fazem parte de uma determinada cultura, num determinado período histórico. O que quero dizer é que não devemos perder de vista que estamos tratando de fenômenos contingentes, de determinados acontecimentos que deram origem e fizeram com que o DSM se tornasse aquilo que representa hoje. É necessário pensarmos o DSM não como mero resultado do progresso científico e da organização do conhecimento psiquiátrico, mas como efeito de práticas, de arranjos políticos, de circunstâncias sociais e econômicas, de negociações internas e externas, e, ainda, da necessidade da psiquiatria se afirmar como um ramo da ciência sólido e consistente, tendo em vista a crise que a assombrava em meados do século XXI (CALIMAN, 2006).

O TDAH encontra-se na seção de “Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência”. Ele é caracterizado pela presença de um padrão persistente (por no mínimo seis meses) de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade “mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado nos indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento” (DSM-IV-TR, 2003, p.112). É necessário também que o indivíduo apresente algum comprometimento devido aos sintomas, que devem estar presentes em pelo menos dois ambientes (casa e escola, por exemplo) e já ter apresentado alguns dos sintomas antes dos sete anos.

Dentre os nove critérios relativos à desatenção (dos quais o indivíduo deve apresentar no mínimo seis) estão (resumidamente): falta de atenção a detalhes, erro por omissão de

cuidado; dificuldade para manter a atenção em tarefas prolongadas; dificuldade de organização; perda frequente de materiais (lápiz, borracha); esquecimento de compromissos; entre outros. Citarei a seguir alguns dos critérios especificados e que, me parece, devem receber alguma atenção justamente porque tornam mais evidente a impossibilidade de serem julgados “objetivamente”, como supostamente pretende o manual.

O trabalho frequentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração **adequada**. (Critério A1b)

Eles frequentemente **dão a impressão** de estarem com a mente em outro local. (Critério A1e)

Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos **irrelevantes** e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos **triviais** que em geral são facilmente ignorados por outros. (Critério A1h). [Grifos meus]

O uso de adjetivos, de expressões qualificadoras e intensificadoras como “adequado”, “confuso”, “facilmente”, “frequentemente”, “triviais” ou a comparação entre estímulos com “facilmente ignorados por outros” demonstra o quão subjetiva e dependente de julgamentos morais pode ser a determinação do diagnóstico, pois o que para alguns pode ser considerado trivial, confuso, frequente, por outros pode não o ser.

Para Caliman (2006), um dos aspectos que tornam complicada a diferenciação entre normalidade e patologia, no caso do TDAH, é a de que não se trata de uma distinção qualitativa (presença ou ausência dos sintomas), mas temporal e de intensidade. A autora argumenta que, em certa medida, todos nós somos desatentos, impulsivos, inquietos ou desorganizados e que nem sempre finalizamos as tarefas a que damos início, especialmente quando se trata de indivíduos de seis ou sete anos de idade.

Do mesmo modo, os critérios relativos à hiperatividade e impulsividade são bastante subjetivos e dependentes de uma norma moral.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado **quando deveria** (Critério A2b).

Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, não obedecem instruções, iniciam conversas em momentos inoportunos, interrompem demais os outros, intrometem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e **fazem palhaçadas**. A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, pegar numa panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem considerar as possíveis consequências (p. ex., colocar-se repetidamente em posições precárias em lugares altos, andar de *skate* em um terreno extremamente irregular).

Frequentemente corre ou escala em demasia, em **situações impróprias** (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação). [Grifos meus]

Assim, desorganização, agressividade, tagarelice, impaciência, atitudes desajeitadas, comportamento arriscado, entre outros aspectos do comportamento humano, entram para o rol dos comportamentos patológicos, e, com efeito, geram outros. Vemos que a lógica que sustenta a problematização dessas ações, pressupõe o sujeito ponderado, responsável, obediente e dócil como referência da normalidade, ou seria essa a noção de “normalidade” que vai sendo construída (ou reafirmada) na medida em que vamos descrevendo o “anormal”?

Quanto ao número de indivíduos diagnosticados com TDAH no Brasil, não existem dados absolutos, apenas estudos populacionais localizados, realizados geralmente em contextos escolares. Explico que não me interessa saber dados “reais”, ou seja, não é a quantidade “real” e “justa” de crianças com TDAH que importa nesse estudo. Minha prioridade é apenas notar que a cada dia mais crianças vêm sendo diagnosticadas, e de que maneira isto poderia estar dando forma às práticas e relações da escola, dos pais e da sociedade com a infância inquieta, desatenta ou indisciplinada.

A prevalência do transtorno, conforme estudos nacionais e internacionais, em sua maioria realizados com crianças e adolescentes, situa-se em torno de 3 a 6% da população (ROHDE et al, 2000). Um estudo realizado em Porto Alegre com adolescentes de 12 a 14 anos verificou a presença de TDAH em 5, 8% destes indivíduos (ROHDE et al 1999). Este número pode variar, e em geral para mais, quando se trata de estudos localizados com grupos escolares. Segundo Vasconcelos e outros autores (2003), estudos realizados com escolas específicas, sobretudo em bairros mais pobres ou marginalizados, revelam números altos, que podem chegar a 26%. Estes estudos discutem apenas de forma muito rasa a importância do componente social, embora verifiquem maior incidência em indivíduos cujo ambiente costuma ter eventos de violência doméstica, pais ou mães dependentes químicos ou que sofrem de algum transtorno psíquico, como os fatores apontados em Rohde e Halpern (2004). É dito que, nestes casos, os fatores sociais apenas favorecem o aparecimento do transtorno naqueles que seriam geneticamente suscetíveis ao TDAH.

Além disso, a taxa de meninos é geralmente superior a de meninas, podendo variar em proporções de 2:1 (em estudos populacionais) a 9:1 (estudo clínicos) (ROHDE & HALPERN, 2004). Os autores atribuem a diferença ao fato de que as meninas apresentam o transtorno com predomínio do tipo “desatento”, causando menos incômodo às famílias e à escola e,

portanto, serem menos encaminhadas a tratamento; enquanto que os meninos em geral apresentam o tipo predominantemente hiperativo. O porquê de os meninos serem mais “hiperativos” não é discutido, passa como algo que é dado, nem são levadas em conta questões culturais relativas a gênero. Quando tal diferença é discutida, associa-se também a alguma causa biológica, pressupondo-se que uma maior agressividade apresentada pelos meninos seria devida a taxas maiores de testosterona.

O TDAH vem sendo apontado como um transtorno neurobiológico por alguns especialistas, os quais atribuem causas genéticas relacionadas à alteração da atividade de neurotransmissores no córtex cerebral. Conforme Caliman (2010), este é o principal argumento utilizado por especialistas que afirmam que o transtorno é real porque possui causas biológicas, o que também levaria à legitimação do uso de psicofármacos para o tratamento.

Entretanto, vale apontar para algumas das controvérsias internas às próprias pesquisas científicas no que diz respeito ao estabelecimento das causas do TDAH. Conforme observa Itaborahy (2009), quem publica hoje no Brasil sobre o TDAH está necessariamente inserido em um grupo de pesquisa especializado. No Brasil existem cinco principais grupos de pesquisa sobre o TDAH, todos recebem verba de indústrias farmacêuticas, seja pelo apoio financeiro direto ao grupo ou pelo fato de que alguns membros dos grupos prestam serviço (palestras, consultorias) para essas empresas. São os grupos: ProDAH – Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade; GEDA – Grupo de Estudos de Déficit de Atenção; Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; ADHDA – Ambulatório para Distúrbios Hiperativos e Déficit de Atenção; –PRODATH – Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade; UNIAD/UNIFESP – Unidade de pesquisa em Álcool e Drogas.

Em um artigo de revisão sobre o TDAH, Rohde & Halpern (2004)³⁵ sintetizam o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade como um transtorno “de base neurobiológica, com alta prevalência em crianças e adolescentes, [cujo] tratamento é bastante eficaz,

³⁵ Um dos autores, Luís Augusto Rohde, é um dos principais pesquisadores do TDAH no Brasil, professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, diretor do Programa de déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vice presidente da ABDA. É também um dos palestrantes e consultores patrocinados pelas empresas farmacêuticas Eli Lilly, Janseen-Cilag, Novartis e Shire, além de ter recebido patrocínio para viagens para participação de dois encontros de psiquiatria infantil patrocinados pela Novartis e pela Janssen-Cilag. Fonte: www.tdah.org.br da ABDA. Consultado em 9 de agosto de 2010, às 16h.

envolvendo uso de medicação na maioria dos casos” (ROHDE & HALPERN, 2004, p.61). No entanto, as causas são imprecisas, conforme o mesmo artigo:

Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas. Entretanto, a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura. A contribuição genética é substancial; assim como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno, à qual somam-se [sic] diferentes agentes ambientais. (ROHDE & HALPERN, 2004, p.62)

Para os autores, os “agentes ambientais” incluem os “fatores psicossociais”, relatados como: classe social baixa, discórdia marital severa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna, colocação em lar adotivo. São também considerados fatores ambientais de risco variáveis sociais, baixa escolaridade dos membros da família, agressividade dos pais (RIZZUTTI et al, 2008). Entretanto, acredita-se que tais fatores somente influenciam a aparição do TDAH em indivíduos biologicamente predispostos.

Em um artigo sobre genes de suscetibilidade para o TDAH, Roman e outros (2002) investigaram genes relacionados aos sistemas relativos à dopamina (dopaminérgico), serotonina (serotoninérgico) e noradrenalina (noradrenérgico) e concluíram que os resultados são até mesmo contraditórios e que nenhum gene é suficiente para explicar o transtorno, devido provavelmente a uma “heterogeneidade etiológica ímpar, representada pela alta complexidade clínica da doença” (ROMAN et al, 2002, p. 199). Ainda assim, permanece a esperança de que a resposta para o TDAH será dada pela genética:

A identificação dos possíveis genes de suscetibilidade é fundamental, uma vez que a informação genética está diretamente relacionada ao tratamento e prevenção. Um maior conhecimento permitirá uma melhor caracterização de diferentes tipos da doença, determinando condições mais específicas, e, portanto, mais eficazes de tratamento. Além disso, a vulnerabilidade ao TDAH poderá ser detectada precocemente, desenvolvendo-se, assim, estratégias de prevenção. (ROMAN et al, 2002, p. 199).

O que essas pesquisas afirmam é parte de um contexto maior de transformações ocorridas no século XXI em termos de escala de agenciamento da vida, as quais Nikolas Rose tem apontado e discutido. Segundo o autor, a vida passou a ser entendida, pensada, e nela passou a se operar em um nível molecular. Isto inclui as diferenças humanas entre indivíduos e populações que, paulatinamente, vêm sendo reescritas neste nível. Nossa personalidade passou a ser explicada através de fenômenos como o trânsito de proteínas, expressão gênica e fluxo de neurotransmissores, o que foi permitido pelo surgimento de novas técnicas, as quais tornaram nossos genes e cérebros abertos não só ao conhecimento, mas também à intervenção

por tecnologias como a terapia gênica, uso de drogas preventivas e mudança no estilo de vida (ROSE, 2011).

Rose (2007) observa que as estratégias de controle estão adquirindo novas formas, sob duas vias. Uma delas se dá a partir da necessidade de entender as condições que levam à conduta desviante no sentido de identificar os indivíduos propensos e a intervir sobre eles a fim de reduzir o risco que representam para suas famílias e comunidades. A outra via é condicionada pela necessidade de proteção da população das ameaças que a saúde física e mental desses indivíduos e de suas ações representam para a sociedade e para eles próprios.

Conforme o autor assinala, os programas de pesquisa em biologia, neurologia e genética, sobretudo com relação à propensão ao crime e ao comportamento agressivo, têm buscado localizar processos biológicos, marcadores genéticos e fatores de risco e a desenvolver técnicas que permitam identificar indivíduos propensos a apresentar determinadas patologias ou características indesejáveis com a finalidade de intervir preventivamente e a estabelecer um tratamento. Entretanto, Rose argumenta que mesmo que seja possível identificar um componente genético para um comportamento, este tipo de probabilidade representa uma elevação muito sutil no risco de o indivíduo em questão apresentar, de fato, um distúrbio de conduta, como é o caso, por exemplo, da correlação entre comportamento agressivo e baixos níveis de serotonina. Para o autor, essas descobertas podem resultar muito mais na discriminação de pessoas do que em benefícios terapêuticos.

A esperança em encontrar genes de suscetibilidade para uma determinada característica, doença ou comportamento, a fim de que se possa intervir na vida, desde muito cedo, sob a justificativa da prevenção, ilustra o cenário contemporâneo de agenciamento humano operado a partir das noções de risco e de suscetibilidade. Para Rose (2011), a suscetibilidade pautada em um “probabilismo genômico” daria um novo rosto ao determinismo genético.

Um dos aspectos que merece ser também considerado e que faz parte da “conjuntura” de saberes de patologização e agenciamento do TDAH é a noção de *risco* a ele associado. E não são poucas as associações feitas. Diz-se que os indivíduos com TDAH têm propensão ao uso de drogas ilícitas, ao comprometimento acadêmico e profissional, a ter problemas de relacionamento e ou no casamento, a sofrer acidentes, a envolver-se em atividades perigosas, entre outras. Em função de todos esses “riscos” para o futuro, é que especialistas advogam pelo tratamento medicamentoso, sendo este um dos principais argumentos. Por ser o

metilfenidato um tipo de anfetamina, cujo uso contínuo pode causar dependência, existem críticas quanto seu uso principalmente em crianças e adolescentes. Em contrapartida, especialistas afirmam que o tratamento com a medicação preveniria o uso de drogas futuramente, já que, supostamente, o indivíduo com TDAH teria maiores probabilidades de fazer uso dessas substâncias devido ao seu comportamento impulsivo.

Paula Sibilia (2002), a partir de uma perspectiva foucaultiana, nos lembra de que o biopoder sempre esteve preocupado com o prolongamento da vida, com a potencialização da saúde, com a redução da mortalidade e minimização da doença e de seus efeitos na população. O biopoder agia, e ainda age, procurando contornar as imprevisibilidades não desejadas, compensar as deficiências e corrigir os eventos que possam causar prejuízo à população e ao Estado em termos de força e produtividade. Entretanto, para essa autora, o biopoder hoje, ligado, sobretudo, aos saberes sofisticados em torno do código genético e da promessa de previsibilidade pautada na detecção precoce dos “erros digitais”, oferece-nos a possibilidade de “dominar o imprevisível” (SIBILIA, 2002, p.171). Sua capacidade, hoje, é exacerbada pelo seu poder de modificar a vida, além da promessa de reprogramar o código genético. Essas questões suscitam importantes discussões éticas; no entanto, o que gostaria de sublinhar, a partir do que afirma a autora, corresponde ao valor que a palavra “risco” adquire nesse contexto e de sua exploração no mercado.

A administração dos riscos (à saúde, à vida, à juventude) aparece como um novo mecanismo de controle do biopoder. As possibilidades de adoecer e morrer, lapidadas de maneira indelével no código genético de cada indivíduo, devem ser conhecidas, controladas e modificadas. (SIBILIA, 2002, p.172)

Ao trazermos essa discussão para o contexto do TDAH e do que ele representa hoje em nossa sociedade e para a medicina, veremos que muitos dos discursos relativos ao TDAH estão engendrados à noção de risco que a ele se associou. O risco associado ao TDAH articula-se a muitos dos seus agenciamentos, e que num segundo plano são promovidos segundo a ideia de prevenção, seja em relação ao futuro da criança afetada, ou aos riscos para o mercado de trabalho, à prevenção de acidentes no trânsito³⁶, à prevenção da criminalidade e da drogadição. Embora ainda não se fale em reprogramação genética para o TDAH, o objetivo de sua detecção precoce está muito mais ligado aos agenciamentos que se fazem ao

³⁶ Segundo nota publicada no jornal *Zero Hora*, em 23 de dezembro de 2011, o deputado Osmar Terra da Câmara de Deputados do Rio Grande do Sul propõe um projeto de lei para o trânsito, visando à exigência de que sejam realizados testes de TDAH nos exames de avaliação da Carteira Nacional de Habilitação. Os condutores que apresentarem o problema terão de ser tratados para manter a carteira. Osmar Terra justifica a medida afirmando que pesquisas científicas relacionam o transtorno ao comportamento arriscado e à falta de atenção no trânsito.

longo da vida do indivíduo e que envolvem a rede familiar, escolar e social na qual está inserido.

Recomenda-se que pediatras estejam atentos à história do indivíduo desde muito cedo, pois se diz haver uma maior prevalência de TDAH em crianças pré-termo³⁷ e bebês de baixo peso ao nascer. Esses bebês propensos ao transtorno são vistos como um grupo de risco com necessidade de acompanhamento cuidadoso “para a identificação precoce de sinais e sintomas que possam orientar para um possível diagnóstico de TDAH” (ROHDE & HALPERN, 2004, p.66). Os autores resumem “de uma forma didática a ‘história clássica’ do TDAH” (idem, p.67), simplificando o problema e reduzindo-o ao indivíduo, apresentando aspectos comuns a indivíduos acometidos pelo transtorno em diferentes fases da vida (vide Quadro 1):

Lactente	“Bebê difícil”, insaciável, irritado, de difícil consolo, maior prevalência de cólicas, dificuldades de alimentação e sono.
Pré-escolar	Atividade aumentada em relação ao usual, dificuldades de ajustamento, teimoso, irritado e extremamente difícil de satisfazer.
Escola elementar	Incapacidade de colocar foco, distração, impulsivo, desempenho inconsistente, presença ou não de hiperatividade.
Adolescência	Inquieto, desempenho inconsistente, sem conseguir colocar foco, dificuldades de memória na escola, abuso de substâncias, acidentes.

Quadro 1 – Características de diferentes fases de vida de indivíduos com TDAH apresentadas por ROHDE & HALPERN (2004).

Devido a essa suposta necessidade de diagnóstico precoce com vistas a prevenir possíveis prejuízos é que podemos observar muitas crianças com idade de cerca de dois ou três anos sendo medicadas com Ritalina, fato que vem ocorrendo, por exemplo, em algumas creches de Porto Alegre, conforme observou Freitas (2011). O uso de Ritalina em crianças com menos de seis anos ocorre mesmo que seu uso seja recomendado somente em indivíduos que estejam numa faixa etária superior aos seis anos, conforme indica a bula do medicamento.

³⁷Nascidas com menos de 37 semanas de gestação.

Além de ser visto como um fator de risco para o indivíduo, acarretador de problemas pessoais, o TDAH é posto também como uma questão de saúde pública e de risco social. As medidas de tratamento do TDAH estariam vinculadas a objetivos mais amplos de prevenção da criminalidade. Para Caponi (2007), uma das formas sob as quais ascende um novo determinismo biológico inclui a patologização de condutas indesejadas. O determinismo biológico caracteriza-se pela tendência a encontrar explicações biológicas para comportamentos socialmente indesejados (CAPONI, 2007), assim ao definir uma base orgânica para um determinado comportamento torna-se possível encontrar soluções médicas e individuais, dispensando-se considerações sobre fatores sociais. Para a autora, este é um processo pelo qual questões complexas como, por exemplo, a infância problemática é redefinida como TDAH; ou o sentimento de tristeza e melancolia, ressignificado como depressão.

Nos Estados Unidos, a alta prevalência de TDAH e a elevação da criminalidade foram fortemente associados a partir da década de 1990 (CALIMAN, 2006). Foram feitas estatísticas que relacionavam o transtorno a acidentes automobilísticos, à instabilidade de emprego; foram calculados os prejuízos econômicos que o TDAH poderia ocasionar. A isso se somou investimentos em pesquisas sobre sua neurobiologia, o que, segundo Caliman (2006), fez parte dos avanços científicos e explosões de pesquisas sobre o cérebro, razão pela qual a década de 1990 foi denominada a “década do cérebro”.

Em 2004, as estatísticas indicavam que havia 2 milhões³⁸ de crianças e adolescentes americanos diagnosticados com TDAH. O tema adquiria tamanha relevância que o governo dos Estados Unidos declarou o dia sete de setembro como “O Dia da Consciência Nacional sobre o TDAH”. Nesse contexto, surgiam organizações de portadores do transtorno na luta por direitos e reconhecimento, a principal delas a CHADD (*Children and Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder*). No Brasil, o principal grupo formado em torno do TDAH é a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), que difere da americana por ser formada por portadores, familiares de portadores e especialistas (psicólogos, médicos, pesquisadores).

Rose (2007) cita o CHADD como um dos exemplos que refletem um novo padrão de ativismo e cidadania: o ativismo biológico e a cidadania neuroquímica. São grupos de portadores e familiares que se formam por apresentarem dadas características em comum

³⁸ Segundo dados trazidos por Caliman (2006).

como doenças, distúrbios psíquicos, ou dada característica genética, e que em geral atuam na petição de direitos ou benefícios, pressionando o governo e/ ou empresas de planos de saúde. A esse tipo de sociabilidade em torno de características biológicas e à formação de identidades e práticas grupais e individuais, preventivas ou terapêuticas, Paul Rabinow (2002) empregou o termo biossociabilidade.

Conforme observa Caliman (2006), a partir da década de 1980, começam a ser desenvolvidos estudos com neuroimagem que procuravam diferenças anatômicas e fisiológicas nos indivíduos TDAH. A procura pela sua causa física e biológica mobilizaria as pesquisas em torno do TDAH na busca por sua legitimação. Nos anos 1990, houve uma profusão de pesquisas que procuravam esclarecer os mecanismos neurobiológicos do transtorno. O transtorno tornou-se o mais estudado pela medicina das últimas décadas, porém suas pesquisas eram numerosas e desordenadas, sem que se chegasse a um acordo comum e claro acerca de suas causas, consideradas imprecisas e heterogêneas pela maioria dos especialistas (CALIMAN, 2006).

No entanto, mesmo sem terem sido especificadas suas causas, há um consenso entre especialistas de que o TDAH é “real” porque, conforme acreditam, é um transtorno neurobiológico. Em um painel de especialistas sobre o TDAH, os argumentos de que há concordância estatística em estudos de prevalência, de perfil de comorbidade, de genética (estudos de prevalência entre familiares) e da eficácia de tratamento medicamentoso seriam, segundo Mattos e outros autores (2006), suficientes para sugerir “claramente que o TDAH não é um construto cultural” (p.51). No entanto, o argumento baseado na estabilidade estatística é um tanto questionável. Muitos estudos locais apresentam estimativas discordantes entre si, sobretudo quando se trata de estudos realizados em populações social e economicamente desfavorecidas onde a proporção de indivíduos diagnosticados é, com frequência, mais alta, conforme mostra Vasconcelos (2003).

O argumento sobre a eficácia do tratamento medicamentoso baseia-se no fato de que, se o indivíduo após ter sido tratado com o medicamento, apresentar melhora dos sintomas, tal fenômeno seria indicativo de que ele é realmente portador do transtorno. Ortega e outros (2010) comentam que este é um argumento arbitrário, posto que o metilfenidato provoca os mesmos efeitos em pessoas consideradas saudáveis, tanto é que seu uso está disseminado entre estudantes ou profissionais que queiram aumentar sua capacidade e tempo de concentração.

Ainda no referido painel de especialistas brasileiros que sustentam a validade neurobiológica do TDAH, é acordo, entretanto, que “a adoção de um único modelo etiológico neurobiológico parece ser insuficiente até o momento para explicar a grande heterogeneidade observada no desempenho em testes neuropsicológicos” (MATTOS et al., 2006, p. 52).

Claudia Szobot e outros autores (2001) que fizeram parte de um estudo sobre neuroimagem e TDAH, afirmam que grande parte das pesquisas que procuram delimitar regiões específicas do cérebro, a fim de explicar o comportamento do TDAH, encontra resultados heterogêneos, inclusive com variações entre os sexos e, em sua maioria discordantes e não consensuais. Os autores concluíram que não há dados suficientes para utilizar a neuroimagem na prática clínica.

No dia a dia das clínicas, a prática do diagnóstico permanece embasada nos critérios do DSM-IV. Quando os pacientes são crianças, o preenchimento dos critérios depende do depoimento dos familiares e/ou professores. Em geral, as crianças que chegam aos consultórios foram encaminhadas por sugestão da escola e em razão de reclamações quanto ao comportamento, indisciplina, desobediência, distração, fraco desempenho, não cumprimento das tarefas propostas, entre outras queixas (FREITAS, 2011; BOARINI & BORGES, 2009) e não por questões de aprendizagem, especificamente.

Por conta disso, observa-se o aparecimento de iniciativas por parte de especialistas, muitas vezes com o incentivo de empresas farmacêuticas, que procuram “informar” professores acerca do TDAH (PHILLIPS, 2006). Por essa razão, incluo em minha análise alguns dos artefatos destinados aos professores e que parecem contribuir para uma maior divulgação do transtorno. Um desses grupos destinados à divulgação do TDAH é a Associação Brasileira do Déficit de Atenção.

3.2 A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA)

No Brasil, a ABDA é a principal organização relacionada ao TDAH. Ela é formada tanto por portadores de TDAH como por profissionais especializados. Fazem parte da equipe diretiva uma psicóloga (Iane Kestelman, presidenta da associação), um psicólogo, uma fonoaudióloga e um portador. O chamado Conselho Científico é composto por uma equipe de 14 membros, médicos e psicólogos, e pelo presidente, Paulo Mattos, e vice-presidente, Luís Augusto Rohde, ambos médicos e principais pesquisadores sobre o TDAH no Brasil. Conforme a própria descrição que consta no *site* www.tdah.org.br, a ABDA

é uma associação de pacientes, sem fins lucrativos, fundada em 1999, com o objetivo de disseminar informações corretas, baseadas em pesquisas científicas, sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Além disso, oferecemos suporte a portadores desse transtorno e a seus familiares através de grupos de apoio, atendimento telefônico e, especialmente, resposta a e-mails e postagens de conteúdos em nosso site que é tido como referência nacional na web, com uma média de 160 mil visitas mensais.

O *site* conta com o apoio principal de três laboratórios farmacêuticos (Janssen, Shire e Novartis), além da Associação Brasileira de Psiquiatria e de outras instituições.

Embora seja definida como uma associação de pacientes, em sua equipe diretiva há somente um portador, o vice-diretor executivo, cujo nome também aparece na lista de membros do conselho científico, mas com a designação de “médico” ao lado do nome. Além disso, todos os textos publicados são assinados por algum dos especialistas do conselho científico ou da equipe diretiva. Cabe observar que não se encontra um espaço para discussão ou comentários de portadores ou familiares. No *link* “Depoimentos” há apenas dois: um escrito pela presidenta da ABDA e outro por um jornalista, Rafael Alves, que faz reportagens quinzenais para a ABDA trazendo depoimentos de médicos e pacientes com “o objetivo de oferecer mais informações sobre o TDAH para quem convive com o problema e para o público em geral”.³⁹

O primeiro desses depoimentos data de fevereiro de 2011 e é feito pela presidenta da associação, Iane Kestelman. Ela fala de sua experiência particular como mãe de um portador e apresenta um texto escrito por seu filho.

O outro depoimento, que é um texto do jornalista da ABDA, é datado de outubro de 2010. No texto, o autor diz basear-se em depoimentos “reais” de portadores de TDAH, fazendo uma compilação de histórias e de episódios ocorridos com portadores, ou dos que convivem com eles, sobre gafes, distrações e esquecimentos. As histórias são entrelaçadas com trechos de falas de médicos (uma psiquiatra e um médico do conselho científico da associação) que apresentam para cada uma das situações uma explicação “científica”.

Os depoimentos de portadores chegam ao *site* somente de maneira indireta, selecionada, editada e reformulada. Corroborando a afirmação de Itaborahy (2009), de que há um monólogo no contexto das publicações científicas sobre o TDAH, verifica-se um monólogo no *site* da ABDA, onde não há espaço para opiniões divergentes ou provenientes de campos de saber que não sejam aqueles da medicina e da psicologia e que não compartilhem da ideia

³⁹ De acordo com o site www.tdah.org.br, consultado em 24/11/2011, às 18h15min.

de que o TDAH é um transtorno neurobiológico que precisa ser reconhecido e tratado. Esses textos enfatizam uma necessidade de conhecimento da doença para melhor driblá-la, além de que sempre procuram ser informativos (explicações sobre o que é o TDAH, como funciona o cérebro do portador, o que fazer para tratar a doença), mesmo na seção de “depoimentos”.

Rogério Azize (2010) chama a atenção para uma tendência nos discursos neurocientíficos – e que vêm sendo cada vez mais popularizada –, qual seja, a de apresentarem explicações neurológicas para uma ampla gama de comportamentos. Tais explicações vão além do estudo de patologias cerebrais e mentais, alcançando aspectos corriqueiros de nossa existência, dando respostas e explicações que abrangem níveis moleculares do funcionamento do cérebro a questões como: por que bocejamos?; Por que nos apaixonamos?; Por que sentimos prazer ao consumir?; Como a fé e a religião se expressam no nosso cérebro?; entre outras. Para o autor, “a neurociência se torna um modelo explicativo do mundo quando também se debruça sobre a ‘vida normal’” (AZIZE, 2010, p. 209). Com relação ao TDAH não é diferente, é possível notar essa tendência quando se trata, por exemplo, de explicar o porquê de os portadores conseguirem permanecer atentos a determinadas tarefas/atividade e a outras não. Para essa característica é dada uma explicação acerca de como funciona o cérebro nessas ocasiões, conforme consta no *site* da ABDA:

Quando elas se dedicam a fazer algo estimulante ou do seu interesse, conseguem permanecer mais tranquilas. Isto ocorre porque os centros de prazer no cérebro são ativados e conseguem dar um "reforço" no centro da atenção que é ligado a ele, passando a funcionar em níveis normais. (www.tdah.org.br, 25/11/2011, 16h00min)

3.3 A ABDA e a escola

É mais comum que os problemas na escola sejam de comportamento que de rendimento (notas). (ABDA)

A ABDA direciona eventos a médicos, psicólogos e professores. Um desses eventos direcionados à rede escolar pública e privada é o “Curso de Capacitação para Professores e Educadores”. Esses cursos são oferecidos gratuitamente e organizados por grupos de apoio e núcleos da ABDA distribuídos em sete cidades brasileiras⁴⁰. Em Porto Alegre, o grupo de apoio da ABDA organiza palestras e cursos para professores, portadores e familiares, e conta com uma “equipe de orientação ao escolar” formada por neurologistas, neuropediatras, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras e fonoaudiólogos.

⁴⁰ Rio de Janeiro-RJ, Volta Redonda-RJ, Salvador-BA, Porto Alegre-RS, Vitória-ES, Recife-PE e Passos-MG.

A associação também elabora um “material informativo para escolas” na forma de uma cartilha que pode ser também acessada no *site*.



Fig. 1. Capa e sumário de material informativo sobre o TDAH. Produzido pela ABDA para ser distribuído em escolas. Disponível no *site* www.tdah.otg.br.

A relação da ABDA com os professores é unidirecional, na qual a ABDA destina-se a informar os educadores no sentido de capacitá-los a identificar o TDAH. Os docentes não fazem parte da organização e da elaboração das temáticas dos cursos, participando somente como ouvintes. Do mesmo modo, embora sejam supostamente partes interessadas, os professores não participam ativamente da ABDA. Não há no *site* nenhum parecer, relato de experiência ou contribuição desse tipo feita por algum professor/educador.

Conforme veremos no próximo capítulo, a ABDA também utiliza alguns espaços destinados a professores para divulgar o TDAH, como a revista *Nova Escola*. Algumas das reportagens que a revista publica sobre o transtorno trazem a fala de especialistas que fazem parte da ABDA, como em “Indisciplinado ou hiperativo?”, matéria de maio de 2000. Além disso, a ABDA também utiliza o espaço da revista para a divulgação de cursos sobre TDAH para professores.

Professores desempenham um papel crucial nos processos de detecção, diagnóstico e tratamento dos chamados distúrbios relacionados ao desempenho escolar. Eles atuam como agentes intermediários nesses processos e, no caso do TDAH, este papel tem sido mais especificamente elaborado do que em relação a qualquer outro distúrbio (PHILLIPS, 2006). Nos Estados Unidos, por exemplo, muitas escolas têm recebido materiais de divulgação do TDAH. Segundo Phillips (2006), o fato de os professores terem alguma agência em diagnosticar o TDAH, e poderem contestar o diagnóstico, é um dos motivos pelos quais a indústria farmacêutica teria um interesse particular em direcionar os professores com respeito ao tratamento médico. As companhias farmacêuticas tem sido hábeis para explorar a *internet*, por exemplo, a fim de acessar os professores e influenciar seu papel enquanto intermediários no processo de diagnóstico. A aproximação com os professores tende a se espelhar em estratégias usadas para familiarizar médicos com produtos farmacêuticos (*idem*). Frente à profundamente instalada promoção e divulgação de medicamentos disfarçadas de educação profissional no domínio médico, a partir do que destaca a autora, muitas universidades preparam os estudantes de medicina a posicionar-se criticamente diante do material promocional.

De forma análoga, a divulgação do TDAH, promovida pelas indústrias farmacêuticas, reveste-se de educação profissional, inclusive através de cursos e palestras dirigidos aos profissionais das redes de ensino. A seguir, na figura 2, pode-se visualizar um anúncio publicitário de cursos voltados a professores de educação infantil, presente na edição de

outubro de 2008 da revista *Nova Escola*. Dentre os cursos, destaco o intitulado “A criança e o TDAH”.



www.cpt.com.br

Cursos CPT

PARA CAPACITAR PROFESSORES DE EDUCAÇÃO INFANTIL

CONSTITUÍDOS DE MANUAIS INTERATIVOS COM FILMES, EM DVD

- Cursos desenvolvidos por renomados especialistas;
- Para você estudar em casa ou na escola;
- Você faz uma avaliação e recebe um CERTIFICADO para cada curso estudado e um CERTIFICADO DE ESPECIALISTA para todos os cursos;
- Cada curso é constituído de um MANUAL INTERATIVO com FILMES, em DVD;
- Fundamentados no Referencial Curricular Nacional.

Adquirindo os 19 Cursos da área, a escola terá 15% DE DESCONTO.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL INFANTIL Manual: 181 p. Filmes: 78 min.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL INFANTIL Manual: 181 p. Filmes: 68 min.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL INFANTIL Manual: 229 p. Filmes: 62 min.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL INFANTIL Manual: 261 p. Filmes: 78 min.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL INFANTIL Manual: 188 p. Filmes: 63 min.

EDUCAÇÃO AMBIENTAL INFANTIL Manual: 102 p. Filmes: 55 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 282 p. Filmes: 104 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 209 p. Filmes: 76 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 60 p. Filmes: 53 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 76 p. Filmes: 66 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 200 p. Filmes: 61 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 175 p. Filmes: 80 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 191 p. Filmes: 69 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 283 p. Filmes: 89 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 148 p. Filmes: 81 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 144 p. Filmes: 70 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 162 p. Filmes: 55 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 132 p. Filmes: 61 min.

EDUCAÇÃO INFANTIL NA EDUCAÇÃO INFANTIL Manual: 158 p. Filmes: 60 min.

E PARA A EQUIPE ADMINISTRATIVA:

620 CURSOS PARA AUXILIAR NA IMPLANTAÇÃO DO SEU NEGÓCIO



[0xx] 31 LIGUE E FAÇA SEU PEDIDO

3899.7000



Solicite GRATUITAMENTE a revista "Tecnologia e Treinamento" com o catálogo completo de Cursos CPT e matérias assinadas pelos coordenadores técnicos.
E-mail: vendas@cpt.com.br - Caixa Postal 01 - CEP: 36570-000 - VIÇOSA / MG

Fig. 2. Anúncio publicitário na *Nova Escola* (outubro/2008) de cursos para professores, dentre os quais está o curso “A criança e o TDAH” (indicado pela seta).

O *site* www.atencaoprofessor.com.br é um dos exemplos que podem ser utilizados dentre os sites destinados a “conscientizar” professores e informá-los sobre diagnóstico e tratamento do TDAH. O *site* é um projeto financiado pela empresa farmacêutica Novartis e conta o apoio da Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Ele se propõe a ser um programa de atualização em TDAH para professores, cuja intenção é ajudar “educadores a conhecer e a lidar melhor com o assunto”. Ele é também citado pela revista *Nova Escola* para que professores busquem “maiores informações sobre o TDAH”. Em um dos exemplares da revista (abril/2000) está o anúncio publicitário dos cursos oferecidos pelo “Atenção Professor”, como na figura 3:

ATENÇÃO **Professor**

Programa de Atualização em TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) para Professores

Dificuldade de concentração, impulsividade e inquietude podem ser sintomas de TDAH.

Webmeetings ao Vivo, com médicos e psicólogos especialistas em TDAH

Inscrições gratuitas.

Acesse o site www.atencaoProfessor.com.br e assista às aulas ao vivo, sempre às 21h00. Após os webmeetings, as aulas ficam disponíveis no site para acesso.

Programação

TEMA	DATA	PALESTRANTE
1º Módulo Contexto histórico, etiologia e aspectos epidemiológicos do TDAH	12.03	Dr. Rubens Wajnsztein Dr. Daniel Segenreich
2º Módulo Neurobiologia, funções executivas do TDAH e suas conseqüências no processo de aprendizagem	26.03	Dr. Marco Arruda
3º Módulo Quadro clínico, diagnóstico e diagnóstico diferencial do TDAH	09.04	Dr. Enio de Andrade
4º Módulo O TDAH e os transtornos de aprendizagem em especial a dislexia	23.04	Dr. Rubens Wajnsztein
5º Módulo Transtornos disruptivos: as comorbidades mais freqüentes no TDAH (conduta, TOD, ansiedade e TOC)	07.05	Dr. Erasmo Casella
6º Módulo Transtornos do humor: diferenciar a comorbidade do erro diagnóstico comum	28.05	Dra. Isabella Ganen
7º Módulo Tratamento medicamentoso: a psicofarmacologia do TDAH e de suas comorbidades	04.06	Dr. Marcelo Schimitz
8º Módulo Tratamento não medicamentoso e prognóstico do TDAH	18.06	Dr. Rubens Wajnsztein Psicóloga Iane Kestelman



Apoio



Patrocínio



Fig. 3. Anúncio publicitário na revista Nova Escola de abril de 2000 divulgando o “Programa de Atualização em TDAH Atenção Professor” que conta com o patrocínio da empresa Novartis.

4. O PROFESSOR ATENTO AO TDAH: UMA ANÁLISE DO QUE É DIVULGADO NA REVISTA *NOVA ESCOLA*

No presente capítulo, analiso reportagens presentes na revista *Nova Escola* que apresentam alguma relação com os comportamentos que descrevem o TDAH ou tratam especificamente do transtorno. O objetivo geral desta análise foi investigar os modos apresentados pela revista para lidar com esses comportamentos em sala de aula, averiguando quais são os especialistas autorizados a falar, a que áreas do conhecimento pertencem e o que dizem.

4.1 Nova Escola: A revista de quem educa⁴¹

Uma das razões pelas quais optei por analisar a *Nova Escola* corresponde ao fato de que, dentre os periódicos brasileiros endereçados aos(as) professores(as), tal revista é a mais disseminada, principalmente entre os que atuam no ensino fundamental (COSTA, 2004; MARZOLA, 2004). Periódicos endereçados a professores e professoras, preocupados com o “fazer docente”, acabam por servir como uma forma de atualização desses profissionais e como contínua formação pós-acadêmica (COSTA & SILVEIRA, 2006).

Quando examinamos a revista *Nova Escola*, não estamos lidando com palavras e imagens, mas analisando um conjunto de perspectivas, métodos e “verdades”, organizados e colocados à disposição, constituindo práticas com propriedades prescritivas, moldadoras e fixadoras. (COSTA & SILVEIRA, 2006, p.26)

Nova Escola é publicada mensalmente, desde o ano de 1986, pela Fundação Victor Civita, entidade mantida pelo grupo Abril. Sua tiragem mensal é de 728.397 exemplares, a circulação líquida é 459.105 exemplares, sendo que destes, 378.685 são de assinaturas; os leitores são compostos por um público 78% feminino; 49% pertencem à classe B, 31% à classe C e 15% à classe A⁴².

Ela é a principal revista sobre educação em circulação no país. Sua inserção inicial junto ao público deve-se, em parte, ao fato de ter sido distribuída gratuitamente às escolas públicas nos seus primeiros cinco anos (COSTA, 2004). O acesso gratuito de professores à revista era possibilitado pela existência de um convênio entre a Fundação Victor Civita e o Ministério de Educação, que sustentava um contrato de 300.000 exemplares a serem distribuídos em todo Brasil. Após a retirada da verba por parte do governo, em 1991, a revista seguiu se mantendo

⁴¹ Assim descrita em suas capas.

⁴² www.publiabril. Consulta em 2 de dezembro de 2011, às 15h58min.

através da venda de exemplares em bancas e de assinaturas. Em 1998, a revista passou por uma redução do preço de venda em função de passar a ter boa parte de seus custos financiados pela editora Abril.

Costa (2004) observa que, frente aos desafios do mercado, a revista inovou em seus aspectos editoriais, passando a incorporar às suas páginas ilustrações coloridas, fotos de atividades em sala de aula, gráficos e tabelas. Além disso, estão presentes na revista propagandas de editoras de livros e materiais didáticos⁴³, materiais escolares, roupas infantis, redes de ensino, cursos de pós-graduação para professores, catálogos de produtos para revenda⁴⁴, entre outros produtos.

De fato, a partir dos anos 1990, é possível observar um crescente investimento estético na revista, com a inclusão de mais figuras e fotos, que passam a ser maiores, mais numerosas e coloridas, ocupando um grande espaço nas páginas da revista. Essas figuras ilustram também o “passo-a-passo” de atividades com materiais propostas aos professores. Os textos tornam-se cada vez menores em conteúdo e maiores em quantidade e diversidade de assuntos. Parte desses textos apresenta pequenos itens que resumem simplificada e alguma ideia, conceito ou método em pequenas frases no imperativo e que mais se assemelham a uma “receita”. A ideia da revista *Nova Escola* como um receituário sobre o fazer docente é retomada por Costa (2004), que observa essa mesma fórmula em revistas destinadas ao público feminino, que comumente assumem uma forma de fácil e rápido entendimento através de dicas que explicam *como* fazer, por exemplo, como ficar mais bonita, como acertar o bolo, como perder quilos, como organizar a casa. De acordo com a autora, é possível fazer essa associação com revistas destinadas ao público feminino em razão de ser uma revista voltada ao professorado, que hoje é exercido em grande parte por mulheres, e que está necessariamente também voltada a um contingente majoritariamente feminino. Com base em declaração do editor de *Nova Escola*, em 1997, Marzola (2004) observa que a simplificação dos textos foi intencional na direção de tornar os conteúdos mais acessíveis a um público

⁴³ Saraiva, Scipione, Positivo e Ática são as principais.

⁴⁴ Catálogos de produtos Mix Lar (produtos de cama mesa e banho). Uma das propagandas (*Nova Escola* de janeiro de 2006) anuncia: “Aumente sua renda”. Outra propaganda do mesmo catálogo (abril de 2008) diz: “Para você que conhece tanta gente, uma ferramenta que é lucro certo”. Nela há uma ilustração da figura de uma mulher que se supõe que seja professora por conta do cenário: a mulher está sentada atrás de uma mesa retangular com uma pilha de livros em cima e logo atrás da mesa há um quadro negro. Da cabeça da mulher sai um “balão de pensamentos”, que seria o que ela estaria imaginando e no qual está escrito “Renda extra, tempo para a família, filhos, amigas...hum, e eu ainda vou poder conciliar com meu emprego e fazer umas comprinhas no shopping...” . .

composto, em grande parte, por professoras que, em muitos casos, não haviam completado o primeiro grau. Assim, a revista tornar-se-ia um guia prático para as ações das professoras.

No site da Editora Abril, *Nova Escola* é apresentada como a revista que “auxilia o educador na complexa tarefa de ensinar. Aborda temas atuais, apresenta soluções e as mais modernas práticas de sala de aula”. A “revista de quem educa” trata de questões referentes à aprendizagem, conteúdos, práticas em sala de aula, políticas públicas relacionadas à escola, saúde do aluno e do professor, tecnologia, pesquisa e temas diversos ligados à educação. Ela dá dicas sobre *o quê* e *como* ensinar, apresenta práticas didáticas e sugere maneiras de proceder em sala de aula no cotidiano ou em situações adversas. Assim, coloca em prática “uma cadeia de validação de enunciados, que acaba por produzir, com regularidade e suposta legitimidade, um padrão social de referência” (Costa & Silveira, 2006, p.26). Para Marzola (2004),

a revista cria um circuito fechado, no qual seu caráter de didaticidade (*socorro*) se autojustifica, se reforça e se reproduz: as leitoras e os leitores solicitam *ajudas didáticas*, a revista publica matérias com essa característica, [...] cartas de leitoras e de leitores agradecem e louvam esse caráter assumido pela revista. (MARZOLA, 2004, p.110). [Grifos da autora]

Meu objetivo ao operar com a *Nova Escola* foi o de observar a maneira como a hiperatividade ou o TDAH aparecem em suas páginas. Em um primeiro momento, procurei artigos sobre o TDAH e artigos nos quais o déficit de atenção e/ou a hiperatividade fossem citados. Para tanto, recorri à coleção completa de exemplares disponíveis na biblioteca da Faculdade de Educação desta Universidade e fiz uma busca auxiliar no site da revista, *revistaescola.abril.com*, onde estão disponíveis os conteúdos de edições publicadas desde o ano de 2006. Procurei os artigos através do sumário e folheei todas as revistas publicadas entre 1986 e 2011, tendo selecionado, primeiramente, todos os artigos e matérias que encontrei sobre o assunto. Em razão de haver uma quantidade restrita de matérias específicas sobre o TDAH, optei por considerar na seleção dos textos da revista também aqueles conteúdos que falavam indiretamente do TDAH e que tratavam de temas como comportamento agressivo em alunos ou temas relacionados à indisciplina, pois percebi nessas matérias uma convergência para a condição descrita como sintoma do TDAH. Isto é, embora a perspectiva de abordagem fosse distinta, muitas dessas reportagens convergiam para os “mesmos” problemas: desatenção, inquietude, comportamento inadequado, desinteresse. Esses comportamentos eram tratados ora como indisciplina, ora como caso de aluno-problema, ora como transtorno psíquico.

Com relação às temáticas abordadas pela revista nesta última década, aproximadamente a partir do ano 2000, destacam-se questões relativas a gênero, sexualidade, preconceito, violência, entre outros. Ao tratar desses assuntos, a revista propõe formas de abordar e discutir tais questões na escola ou como os docentes devem proceder diante delas. Em 2011, surge a seção “E agora Thelma”, na qual a psicóloga responde a dúvidas sobre comportamento, tais como “Tenho três alunos terríveis. O que fazer?” (abril/2011), ou “Qual a melhor maneira de lidar com alunos considerados agressivos?” (maio/2011). Temas que já passaram por essa seção incluem também discussões sobre *bullying*, preconceito, respeito entre colegas, ensinamentos acerca de como lidar com alunos de pais homossexuais (abril/2011), de como lidar com a ansiedade dos alunos e como agir em sala de aula com uma criança tímida (março/2011). O tema da inclusão é outro assunto que se tornou um dos mais recorrentes. Ele conta, inclusive, com uma seção a cada edição, na qual se fala sobre inclusão de surdos, cegos, portadores de necessidades especiais, entre outros. A inclusão passa a ser uma narrativa hegemônica. As matérias sobre o assunto apresentam exemplos de professores ou escolas que obtiveram sucesso com os chamados alunos especiais que passaram a frequentar a escola regular.

Foi também a partir dessa década que começaram a aparecer chamadas como: “aprenda a diagnosticar esse distúrbio de leitura” (sobre a dislexia); “como identificar os alunos que sofrem do distúrbio da atenção” (maio/2000); “falta de atenção: um teste para você descobrir se seu aluno precisa ou não de tratamento” (maio/2004). A perspectiva médica entra em cena indicando também um deslocamento dos discursos que procuravam inspirar práticas pedagógicas para o professor aplicar em sala de aula – a fim de lidar com as dificuldades dos alunos, problemas de comportamento ou diferenças nos ritmos de aprendizagem, nas capacidades de maior ou menor tempo de concentração, e na capacidade de permanecer quieto durante um maior ou menor tempo – para passar a falar dessas “diferenças” em termos médicos como “déficits” de atenção, distúrbios de leitura, (hiper)atividade. Ao trazer esses temas, a revista recorre aos saberes especializados de áreas como neuropsicologia infantil, neurologia, psicologia, pedagogia, e outros, através da palavra dos *experts*.

Vale comentar a reportagem de capa de outubro de 2011, “Você no centro das atenções”, na qual é enfatizada a importância da aula expositiva que, de acordo com a revista, andou esquecida. Neste caso, o foco volta-se para o professor. É curioso comparar com uma das reportagens no ano de 1987, cujo foco era o aluno: “O aluno aprende. É só você parar de ensinar”. Na edição de outubro de 2010, a reportagem de capa foi “O novo perfil do

professor”, na qual foram agrupadas as seis principais características que o professor deve ter, e que deixa evidente o espírito contemporâneo do profissional empreendedor e dinâmico. As características são as de que o professor deve: ter uma boa (e estar em contínua) formação; estar atualizado nas novas didáticas; trabalhar em equipe; planejar e avaliar sempre; e ter atitude e postura profissionais.

Cabe observar algumas modificações sofridas por *Nova Escola* ao longo dos seus 25 anos de publicação. Durante aproximadamente a primeira década de publicação, o conteúdo das edições contemplava, majoritariamente, práticas em sala de aula através de um viés didático, destacando conteúdos e atividades. Nesse período, os temas que se destacam, sendo recorrentes na revista, dizem respeito à pobreza (como driblar a pobreza dos alunos, a falta de recursos da escola e do professor), ao problema da repetência e evasão, ao ensino em escolas rurais, ao ensino de indígenas, à alfabetização, à problemática do racismo.

É notável, de forma mais geral, que assuntos relativos a problemas de comportamento vão gradativamente tornando-se mais frequentes ao longo dos anos de revista. Torna-se uma questão particularmente problemática. É comum *Nova Escola* dedicar matérias exclusivas para o tema da indisciplina; há alguns anos, há em todas as edições uma seção sobre comportamento. A mais recente é a já citada seção “E agora Thelma”. Muitas falas dessa seção enfatizam a dificuldade em lidar com a indisciplina, seja através de cartas de leitores pedindo sugestões para problemas de comportamento, seja através de especialistas, educadores ou estudiosos da educação que apontam para essa problemática como um fenômeno que afeta as escolas de um modo geral.

Com relação aos métodos, teorias e práticas pedagógicas, é bastante evidente, nos exemplares publicados nos anos 1980 e início da década de 1990, a priorização do “aprender brincado”, como, por exemplo, nas seguintes matérias: “Brincando de detetive eles aprendem melhor” (abril/1986); “Um jeito gostoso de aprender a própria história” (abril/1991); ou na seção “Brincando e aprendendo”. Sobre o processo de aprendizagem, o foco era colocado sobre o aluno; era a partir dele, de seus ritmos, de suas possibilidades, que o professor deveria conduzir as aulas. O professor deveria atentar para a realidade do aluno, despertar a curiosidade e a criatividade do aluno com base em conteúdos relacionados ao seu cotidiano, deixá-lo aprender por si mesmo, não ser excessivamente autoritário, e até evitar corrigir erros, conforme podemos perceber em alguns títulos e trechos de matérias: “Crianças aprendem errando e descobrindo por si mesmas” (setembro/1989); “Sem autoritarismo, as crianças

desenvolvem suas próprias formas de expressão” (setembro/1989); “O professor nunca deve corrigir erros” (setembro/89); “Redação: um método para desenvolver a criatividade (abril/1986)”;

“Um método de ensino baseado no raciocínio da criança” (março/1989); “Despertar a curiosidade” (abril/1990); “Despertar a criatividade” (abril/1990).

Ainda com relação aos primeiros anos de publicação, na década de 1980, no que diz respeito ao comportamento do aluno, ao modo de estar no mundo, o foco é também sobre seus processos interiores, suas vivências, sua realidade, aspectos para os quais o professor também deve estar atento e disposto a entender o que se passa com o aluno para, então, adaptar suas práticas. Na matéria “Como lidar com a criança agressiva”, de junho de 1986, os conselhos dados por uma psicanalista explicam que “é preciso entender a agressividade para, depois, lidar com ela”, pois

uma atitude agressiva, na verdade pode ser tudo: uma tomada de posição, uma marcação de limites, um gesto de autoafirmação, uma recusa a aceitar a autoridade...e até um grito de socorro.

Escutar o que está ali, armando relações, mas escondido, negado, e que por isso sai no chute, na explosão, no tapa.

Numa situação agressiva, o que existe de fato é um **comportamento a ser decifrado**. [Grifo no original]

Na percepção da psicanalista consultada, cada soco, cada chute, cada gesto agressivo representaria algo a ser decifrado e que é diferente em cada criança, que depende, por exemplo, de uma situação pela qual a criança está passando e reflete em uma atitude agressiva.

Uma criança descontrolada, que está sempre frustrada, xingando e chutando tudo, essa criança precisa de ajuda. [...] O que devemos, como educadores, é dar a essa criança recursos de linguagem, para que ela seja capaz de expressar verbalmente o que se passa dentro dela. (junho/1986)

Acerca de como “aumentar o rendimento da turma”, uma matéria publicada em setembro 1986 indica que a responsabilidade do professor em “conhecer a personalidade e o ritmo de cada aluno é muito importante para conseguir um bom rendimento no seu trabalho em sala de aula”. Assim, para aumentar o rendimento, deve-se levar em conta que cada aluno possui uma “natureza”, que é diferente dos demais, e, a partir disso, propor-lhe atividades específicas.

[...] você começa a descobrir a “natureza” de cada uma: aquela que passa o tempo todo quietinha, sem falar e quase sem se mover, e aquela que não aguenta esperar sua vez e a toda hora tenta interromper.

Crianças diferentes têm ritmos diferentes. A que demora a entender alguma coisa às vezes assimila e guarda melhor que a outra.

O professor teria que atentar tanto para as crianças mais “quietinhas”, chamando-as a socializar, quanto para as mais agitadas, distribuindo-lhes tarefas que as fizessem ficar ocupadas:

Há crianças que, por personalidade, têm muito maior capacidade de manter a atenção concentrada. Gostam de ficar sentadas, montar suas coisas, ler um livro tranquilamente. Podem produzir bem dentro de situações que exijam dela certa calma, mas se mantêm quase ausentes em situações de grupo. Cabe a você chamá-las a participar. [...] Outras crianças, também por personalidade, têm uma atividade motora muito acentuada. Podem até suportar ficar sentadas durante todo o tempo de aula – já que se trata de uma ordem, elas obedecem. Mas não conseguem prestar atenção nem produzir. São as que nos grupos, não têm paciência para esperar a sua vez. (setembro/1986)

A agitação de uma criança é vista como um traço da personalidade, um reflexo do seu “eu interior”. Essa tendência a psicologizar a criança transparece nas edições de *Nova Escola* do final dos anos 1980, que também enfatizam a influência do meio social e de fatores econômicos sobre o modo como ela age, como ela se relaciona com a escola, com o aprendizado e com os colegas. Qualquer que seja o comportamento apresentado pela criança, seja indisciplina, agressividade, distração, desinteresse ou agitação, seria fruto de uma gama de possíveis e distintas causas, as quais poderiam ser reflexos da história particular de cada criança, de situações pela qual a criança está passando, da inadequação do mobiliário, de uma aula mal administrada, ou simples traços da personalidade individual.

Como ressalta Rose (2007), durante boa parte do século XX, desde as primeiras décadas até aproximadamente a década de 1990, a “noção de pessoa” predominante na cultura das sociedades industriais nos remetia à ideia de um “eu” individualizado, um eu interior, psicológico. Esse autor também ressalta a importância dos conhecimentos e do vocabulário fornecido pelas ciências da psique e da articulação desses conhecimentos com relação ao “governo das almas”, pois na medida em que algo passa a ser cognoscível se torna também passível de ser governado, ou seja, faz-se necessário conhecer aquilo que se quer governar. Em outras palavras, o governo de algo, seja de si ou dos outros, passa primeiro pelo escrutínio, pela abertura do ininteligível para o inteligível, pela classificação, pela categorização, para que, por fim, esses saberes extraídos tornem possível a elaboração de estratégias de governo adequadas a cada ser ou a cada grupo. Para Rose, sob um ponto de

vista foucaultiano, o governo é concebido como abrangendo todos aqueles programas e estratégias mais ou menos racionalizados para a conduta da conduta. Ele igualmente afirma que o governo, seja de uma população, seja de um indivíduo, depende do conhecimento do objeto que se pretende governar. É necessário isolar uma população como um “setor da realidade” (ROSE, 1998, p. 37), agrupando os indivíduos de acordo com as semelhanças a fim de que se possa identificar seus traços e processos, torná-los visíveis, “observáveis, dizíveis, escrevíveis”, para então caracterizá-la e fazer-lhe certas prescrições, produzir certas verdades.

Os saberes produzidos pelas disciplinas “psi” penetraram ampla e profundamente em nossa cultura, sendo autorizadas a falar a verdade sobre o ser humano, propondo modelos que procuraram explicar a forma como pensamos, agimos e como nos relacionamos com nós mesmos e com os outros (ROSE, 2011). Segundo o autor, elas também nos ofereceram uma gama de modelos do eu, de modos de agir sobre si, através de receitas práticas, e que partem, sobretudo, da ideia de que devemos conhecer a nós mesmos para que possamos nos autogovernar. Esse conhecimento vale também quando se trata do governo dos outros, ou seja, para que possamos governar algo, é necessário que o conheçamos. Por essa razão, não é de se estranhar a imensa incorporação de conhecimentos psicológicos pela pedagogia, e mais recentemente o surgimento da psicopedagogia, da presença de psicólogos nas escolas, da presença expressiva de disciplinas da psicologia nos cursos de licenciatura, da formulação de teorias psicológicas da aprendizagem, do comportamento, da psicomotricidade, do desenvolvimento de métodos de ensino que tem como base teorias de como as crianças pensam e aprendem. Em *Nova Escola*, por exemplo, não são poucas as referências aos estudiosos da aprendizagem, do desenvolvimento e do pensamento, dentre os quais estão Jean Piaget, Lev Vygotsky e Henri Wallon⁴⁵, entre outros.

Além disso, como vimos em muitas das passagens da revista, nas quais se “ensina” o professor a lidar com situações ou comportamentos adversos do aluno, são psicólogas,

⁴⁵ *Jean Piaget, o biólogo que colocou a aprendizagem no microscópio* (*Nova Escola*, outubro de 2008, edição especial); *Esquemas de ação em Piaget* (NE, jan./fev. de 2011); *Jean Piaget: desenvolvimento e aprendizagem* (NE, série especial, disponível em www.revistaescola.abril.br, 19/12/2011). *Lev Vygotsky, o teórico do ensino como processo social* (NE, outubro de 2008, edição especial); *Vygotsky e o conceito de zona proximal* (NE, maio de 2011); *Vygotsky e o conceito de aprendizagem mediada* (NE, jun./jul. 2011); *A força da linguagem* (NE, agosto de 2011). *Henri Wallon e o conceito de sincretismo* (NE, setembro de 2011); *Henri Wallon, o educador integral* (*Nova Escola*, outubro de 2008). Na própria revista encontram-se determinadas informações sobre Piaget, Vygotsky e Wallon, as quais destacam que: a) Piaget (1896-1980) centrou seu estudo na forma como as crianças aprendiam, seu raciocínio e desenvolvimento, postulando que o pensamento infantil passa por quatro fases, desde o nascimento até a adolescência, quando, por fim, a capacidade de raciocínio alcançava a plenitude. b) Vygotsky (1896-1934) atribuía às relações sociais um importante papel no processo de aquisição do conhecimento. c) Wallon (1879-1962) desenvolveu sua teoria com base na ideia de que as crianças possuíam uma forma de pensar que diferia da dos adultos, permeando de mitos e fantasias os dados reais.

psicanalistas ou psicopedagogas que, em alusão ao conhecimento das ciências psi, orientam professoras e professores a primeiramente *conhecer* o aluno e sua história, descobrir se está passando por alguma situação que o leve a manifestar determinado comportamento (seja desinteresse, agressividade, rebeldia, distração). Toda essa investigação em torno do aluno procura descobrir, também, o modo através do qual esse aluno aprende, quais são as coisas que lhe despertam interesse, dentre outras estratégias empreendidas a fim de desenvolver procedimentos pelos quais se possa “capturá-lo”, prender sua atenção, fazê-lo cúmplice do processo de aprendizagem. Além da matéria em que são destacados “jogos para melhorar a atenção” (maio/2001), criados por uma professora de educação física como uma forma de atrair e desenvolver atenção dos alunos, destaco a seguir a orientação de uma psicóloga em “Dicas para sossegar alunos indóceis” (abril/1996):

Cada criança é um ser único. Possui sentimentos, desejos, tendências, aptidões e ritmo próprios. Precisa ser aceita e respeitada em sua individualidade. [...] É importante que [os professores] aprendam a encontrar soluções criativas para os problemas que a vida certamente colocará em seus caminhos. (abril/1996)

Sempre que se reuniam para discutir questões pedagógicas, os professores da Escola Municipal Mabio Gonçalves Palhano, em Londrina, interior do Paraná, levantavam uma mesma questão: como lidar com a falta de atenção de alguns alunos das séries iniciais? “Sabíamos da necessidade de oferecer algo estimulante para eles”. A professora de educação física encontrou uma solução: complementar as aulas de reforço [...] com jogos de atenção. [...] Como quebra-cabeças, jogo da velha, disputas de tabuleiro e brinquedos bem populares, como dança das cadeiras e pega-pega. [...] O resultado logo apareceu: estudantes mais concentrados, mais interessados e, sobretudo, mais confiantes. (maio/2001)

Nas edições da primeira década de publicação da *Nova Escola*, no período aproximado de 1986 a 1995, são as narrativas psi as que mais aparecem em matérias sobre comportamento, que em geral tratam da agressividade, propondo explicações acerca do motivo pelo qual alguns alunos são agressivos, e orientando os professores a como proceder com estes alunos. Estes textos remetem aos discursos psi não apenas por que os especialistas consultados são, majoritariamente, psicólogos ou psicanalistas, mas também por fazerem uso de um vocabulário psicanalítico. Muitos desses termos e expressões utilizadas descrevem os sujeitos como seres singulares, individuais, dotados de uma história e uma interioridade única, como pessoas que devem se expressar, verbalizar os sentimentos, ser ouvidos, ser decifrados, para que, a partir dessa compreensão, seja possível melhor lidar com eles. Palavras como “simbolizar” e “inconsciente” também fazem parte dessas narrativas:

Para entendermos o que está sendo dito por trás de um gesto agressivo, para entendermos o que ele realmente simboliza, precisamos escutar o inconsciente. [...] Numa situação

agressiva, o que existe de fato é um comportamento a ser decifrado. [...] É preciso entender a agressividade para depois lidar com ela. [...] O que devemos como educadores é dar a essa criança recursos de linguagem, para que ela seja capaz de expressar verbalmente o que se passa dentro dela. (junho/1986)

O desinteresse, a indisciplina e a cola não são comportamentos que acontecem por acaso na escola, e é preciso estarmos abertos para entender suas raízes. (dezembro/1986)

O desempenho dos alunos depende em grande parte da história pessoal de cada um. (outubro/1995)

Cada criança é um ser único. Possui sentimentos, desejos, tendências, aptidões e ritmo próprios. Precisa ser aceita e respeitada em sua individualidade. (abril/1996)

Para uma das psicanalistas consultadas a respeito de “Como lidar com a criança agressiva” (junho/1986), cada soco, cada chute, cada gesto agressivo representa algo que precisa ser decifrado e que é diferente em cada criança, que depende, por exemplo, de uma situação pela qual a criança está passando (um trauma, um sofrimento) e reflete em uma atitude agressiva. De acordo com essa narrativa, caberia ao professor encontrar uma forma de trabalho adequada a cada um de seus alunos. A agitação de uma criança pode ser nada mais que um “traço” de personalidade ou algo que se expressa externamente como resultado das (psico)dinâmicas do seu “eu interior”. As diferenças entre alunos seriam atribuídas à especificidade e singularidade de cada personalidade. Diferentes ritmos deveriam ser respeitados pelo professor ou professora, que deve atender seus alunos conforme suas demandas, como na matéria “O que fazer para conhecer o ritmo de cada aluno” (setembro/1986):

Conhecer a personalidade e o ritmo de cada aluno é muito importante para conseguir um bom rendimento no seu trabalho em sala de aula. [...] Você começa a descobrir a ‘natureza’ de cada uma: aquela que passa o tempo todo quietinha, sem falar e quase sem se mover, e aquela que não agüenta esperar sua vez e a toda hora tenta interromper.

Para lidar com os mais agitados, o professor deve propor atividades extras durante as aulas e esse é um dos conselhos mais frequentes entre os especialistas da revista: “Eles devem pegar tudo para você no armário, apagar a lousa, buscar não sei o quê, não sei onde” (setembro/1986). Tal recomendação vai de encontro ao que Foucault (1994) coloca em evidência na obra *Vigiar e Punir*. Conforme observa o autor, dentre os mecanismos de disciplinamento dos corpos, visando à organização da multiplicidade entre indivíduos de um determinado grupo (de uma escola ou de uma sala de aula, por exemplo) está a decomposição e a recomposição das forças. Ou seja, a atribuição de tarefas constantes a um indivíduo, a ocupação de seu tempo, a atribuição de recompensas após a execução de uma tarefa. Todas essas pequenas ações dirigem as forças, empregam-nas de forma a serem postas em tarefas

úteis ao invés de serem dispersas. Ao mesmo tempo em que o aluno adquire uma função, sendo responsável por algo, ele é recompensado com o reconhecimento de seu trabalho.

Augusto era tido como o terror em pessoa. [...] Era conhecido desde a 1ª série como agressivo e desinteressado. [A professora] começou a pedir ajuda na arrumação da sala e na distribuição e recolhimento de material. Em pouco tempo, ele tomou a iniciativa de abandonar as carteiras do fundão e a sentar-se na frente. Passou a prestar atenção, a frequentar as classes de reforço e a oferecer-se para executar as mais variadas tarefas. (NE, janeiro/fevereiro/2002)

O ato de educar exige firmeza. Não tenha medo. Além disso, colocar limites não é agredir a criança ou desrespeitá-la, mas ajudá-la a se tornar um ser humano útil, que usa melhor seu potencial. (NE, maio/1997)

Foucault (1994) ilustra, com uma passagem extraída da obra de Jean-Baptiste de La Salle⁴⁶, a importância dada à localização espacial de cada indivíduo de acordo com suas características. La Salle sugeria que um aluno “leviano ou distraído” fosse colocado entre dois comportados e ajuizados, que o “libertino” ficasse em uma posição isolada dos demais ou entre dois “piedosos”, os ricos deveriam ficar distantes dos pobres para que não fossem contaminados pelos piolhos. Observa-se também uma orientação para organizar a classe segundo as características de cada aluno, de acordo com especialistas na revista *Nova Escola*.

Como recurso didático você pode sugerir a seus colegas que distribuam os alunos segundo as seguintes características de suas personalidades. [...] Os agitados, por exemplo, ficariam próximos à parede, os quietinhos próximos à janela e os apáticos, ou aéreos, nas fileiras do meio. (outubro/1995)

Como vimos até o momento, a revista abordava o comportamento dos alunos a partir de perspectivas que procuravam percorrer o olhar sobre diversas causas possíveis de estarem afetando a criança considerada problemática, sua falta de atenção e de interesse, sua inquietude e indisciplina. As hipóteses levantadas em torno do comportamento da criança apontavam fatores psicológicos, problemas familiares, sociais ou econômicos que poderiam desfavorecer o aprendizado. A psicoterapia e/ou adoção de modificações pedagógicas pela escola eram os recursos mais sugeridos. Até mesmo a inadequação do mobiliário poderia causar a dispersão do aluno, assunto discutido em uma matéria da edição de abril de 1988. A matéria sugere que as inadequações das carteiras e do mobiliário em más condições podem

⁴⁶ *Conduite des écoles chrétiennes* (1706). La Salle (França, 1651-1719) foi fundador das escolas normais, voltadas à formação moral e cultural de professores. “Haverá em todas as salas de aula lugares determinados para todos os escolares de todas as classes, de maneira que todos os da mesma classe sejam colocados num mesmo lugar e sempre fixo. Os escolares das lições mais adiantadas serão colocados nos bancos mais próximos da parede e em seguida os outros segundo a ordem das lições avançando para o meio da sala. [...] que um escolar leviano e distraído seja colocado entre dois bem comportados e ajuizados, que o libertino ou fique sozinho ou entre dois piedosos”. (Jean-Baptiste de La Salle, citado por Foucault, 1994, p.135)

provocar agressões à saúde física, principalmente à coluna dos estudantes, além de promover problemas de comportamento que segundo especialistas podem refletir em: agressividade, agitação (devido ao incômodo provocado pela cadeira que as expulsaria do assento), ocorrência de acidentes, comprometimento da concentração (o aluno desajeitado se distrairia tentando se arrumar no lugar) e favorecimento de aulas cansativas devido ao desconforto corporal.

4.2 Hiperativo ou indisciplinado?

De acordo com meu levantamento, foi somente a partir de um exemplar de novembro de 1995 que começou a ser empregado o termo “hiperatividade”. Ela é mencionada em uma matéria sobre a falta de interesse dos alunos em sala de aula, mas não é tida como uma patologia específica⁴⁷ e sim como manifestação da criança diante da falta de estímulos da escola ou reflexo de um sofrimento.

Muitas vezes as crianças estão reagindo à mesmice da escola e à falta de desafios. [As crianças] concluem que a escola não serve para nada. Essa conclusão se manifesta em dispersão, hiperatividade, indisciplinada. [...] É fundamental rever as estratégias de ensino para torná-las mais dinâmicas, elásticas e estimulantes. (novembro/1995)

Por trás de um comportamento agressivo ou hiperativo podem estar escondidos o sofrimento e a necessidade de se defender. (maio/1997)

Antes de tudo tenha em mente que a hiperatividade não é uma doença. Descrita como um sintoma que se manifesta até os 7 ou 8 anos de idade, ela pode estar encobrendo dificuldades mais sérias no desenvolvimento motor, perceptivo ou emocional da criança. (dezembro/1997)

Em resposta a uma carta enviada por uma leitora de *Nova Escola*, uma psicóloga explica “o que é a hiperatividade” na matéria “Essas crianças que não têm sossego” (dezembro/1997). A especialista explica que um aluno hiperativo é aquele que “não para quieto”, que faz muitas perguntas sem que espere a resposta, podendo ser agressivo e desastrado. Ela sugere que caso o professor tenha em classe um aluno com essas características “o melhor é encaminhá-lo para uma avaliação médica”, pois pode ser que se trate de uma disfunção cerebral. Em matérias posteriores, a hiperatividade ou o TDAH são abordados como temas centrais, como em: Indisciplinado ou hiperativo? Como identificar os alunos que sofrem do distúrbio de atenção e ajudá-los a continuar aprendendo (maio/2000); Inquieto ou hiperativo? (maio/2003); Déficit de Atenção: um diagnóstico que você pode fazer

⁴⁷ Embora a hiperatividade já fosse catalogada pela psiquiatria desde a segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, em 1968.

(maio/2004). Nessas e outras matérias que abordam o tema, são explicadas diferenças entre o comportamento que representa o transtorno e o comportamento normal. Nelas, destaca-se a importância que haveria em o professor saber identificar alunos com TDAH, a fim de que possa encaminhá-los aos profissionais habilitados, ensinando-se, além disso, maneiras de lidar com esses alunos. É curioso observar que essas práticas sugeridas aos professores para lidar com o TDAH são similares àquelas práticas para lidar com alunos agressivos, indisciplinados, desinteressados, citadas pela revista em outras instâncias, como em matérias sobre indisciplina, comportamento, e outros temas relacionados. Assim, as descrições para que a criança com TDAH seja identificada pelo professor remetem claramente ao aluno anteriormente considerado indisciplinado, desobediente, agitado, impaciente, impulsivo.

Como vimos, muitas das características como impulsividade, inquietude, distração, entre outras, já vêm sendo consideradas pelo discurso científico atual não só como sintomas, mas como patologias. Tal como venho discutindo ao longo deste texto, é possível, novamente, perguntar: estaríamos em via de transformar a desobediência, a indisciplina, e outras características socialmente indesejadas, em patologias? Isso se já não foram transformadas, porém com outros nomes, como no caso de outros transtornos psiquiátricos, por exemplo, do Transtorno Desafiador Opositivo⁴⁸. Dentre os excertos aos quais me refiro, apresento o trecho extraído da matéria “Indisciplinado ou hiperativo”, como exemplo desse fenômeno:

Na sala de aula ele é o “pestinha”: arranca os brinquedos dos colegas, anda de um lado para o outro, não fica mais de dois minutos sentado no mesmo lugar. Nunca termina as tarefas solicitadas e sai da sala várias vezes sem pedir licença. Em algumas ocasiões chega a ser agressivo. Esse comportamento, geralmente confundido com indisciplina, é característico de um distúrbio de atenção que atinge cerca de 5% das crianças de todo o mundo: a hiperatividade. (maio/2000)

Segundo os textos, os hiperativos são também aqueles que

não param quietos e são confusos na organização das ideias e dos trabalhos, distraem-se com qualquer estímulo, como uma buzina de automóvel ou uma pessoa que passa. Em brincadeiras e jogos, não dão atenção às regras, se remexem na cadeira, falam demais e interrompem quem está falando. Enfim, estão sempre a mil. (maio/2003)

⁴⁸ De acordo com o DSM-IV, a característica essencial do Transtorno Desafiador Opositivo é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, que persiste por pelo menos 6 meses (Critério A) e se caracteriza pela ocorrência freqüente de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: perder a paciência (Critério A1), discutir com adultos (Critério A2), desafiar ativamente ou recusar-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos (Critério A3), deliberadamente fazer coisas que aborrecem outras pessoas (Critério A4), responsabilizar outras pessoas por seus próprios erros ou mau comportamento (Critério A5), ser suscetível ou facilmente aborrecido pelos outros (Critério A6), mostrar-se enraivecido e ressentido (Critério A7), ou ser rancoroso ou vingativo (Critério A8).

Entretanto, em textos de outras matérias, como em “Calma, isso pode ser estresse. E tem jeito” (novembro/2003), é utilizada uma descrição similar para um problema diferente.

Seu aluno anda irritado e agressivo e não consegue ficar parado. Tira a concentração dos colegas, atrapalha a aula, não presta atenção nas explicações e se sai cada vez pior nas avaliações. Ele pode sofrer de estresse. (novembro, 2003)

Parece que o que importa é poder encontrar uma justificativa, discernir coisas, “dar nomes aos bois”, definir se um problema é estresse, TDAH ou outro distúrbio. Sobre a “indispensabilidade” que os diagnósticos médicos assumem em nossa sociedade, como formas elucidativas que substituem as incertezas diante de fenômenos obscuros, Charles Rosenberg (2002) observa que os diagnósticos são centrais na gerência de fenômenos sociais os quais, muitas vezes, denominamos doenças. Isto ocorre devido ao fato de que eles apresentam soluções objetivas para questões subjetivas e acabam por oferecer instrumentos para a gerência do dia-a-dia do sistema. É por esta razão que o diagnóstico possui uma eficácia social, afirma o autor, realizando um trabalho cultural ao naturalizar, legitimar e reforçar normas e definir desvios. Nesse sentido, o autor refere-se a categorias de diagnósticos particularmente problemáticos e controversos, que vão desde o TDAH até a homossexualidade, por serem subjacentes às concepções de comportamento normal social e culturalmente construídas. No que tange aos efeitos que a patologização de comportamentos e sua interpretação baseada em mecanismos biológicos – e também determinista – suscitam, Rosenberg (2002) crê que “tais diagnósticos, necessariamente, minam noções tradicionais de agência (agência sobre si) e engendramento jurídico legal, bem como conflito ideológico” (p.252) [Tradução livre].

Para Rosenberg, os diagnósticos oferecem uma narrativa estruturada, que engloba justificativas (causas) para um determinado problema, apresenta soluções práticas (tratamento) e, por vezes, acaba por produzir a própria experiência do indivíduo consigo. Em alguns relatos trazidos por *Nova Escola*, alunos, que ao reconhecerem-se como portadores de TDAH, passaram a compreender suas próprias limitações, e com a ajuda dos pais e da escola, reorganizaram sua rotina e superaram o estigma de desordeiros, distraídos ou atrasados, como no exemplo trazido na matéria “Comprimidos em excesso”, de maio de 2007 (Anexo 3).

Embora muitas das maneiras sugeridas pela revista para lidar com o aluno hiperativo/desatento sejam praticamente idênticas àquelas sugeridas para lidar com a indisciplina, em matérias distintas, como veremos pouco mais adiante, passa a ser a partir de uma narrativa médica, científica, neuronal ou, enfim, organicista, que são oferecidas soluções

práticas para que os professores lidem com a hiperatividade. Com relação às causas do comportamento que caracteriza o TDAH, a matéria “Indisciplinado ou hiperativo”, de maio de 2000, explica que:

O distúrbio ainda não tem uma causa única comprovada. Sabe-se que a origem é genética e que seus portadores produzem menos dopamina, um neurotransmissor responsável pelo controle motor e pelo poder de concentração, que atua com maior intensidade nos gânglios frontais do cérebro. Isso explica o fato de os hiperativos não se concentrarem e esquecerem facilmente o que lhes é pedido. (maio/2000)

Como referi anteriormente, embora exista uma narrativa médica fornecendo explicações e subsídios para criar maneiras de lidar com os alunos com TDAH, as orientações práticas para a sala de aula coincidem com “velhas e conhecidas” operações disciplinares e pedagógicas. As reportagens sobre o TDAH incluem uma lista de procedimentos sobre “como lidar” com a inquietude dos alunos. Essas dicas sugerem ao professor que reposicione estrategicamente o aluno para que ele não se disperse, que organize suas tarefas e ocupe seu tempo a fim de não deixá-lo “livre”, e que o recompense através de elogios, entre outras sugestões. Abaixo um quadro comparativo (Quadro 2) de recomendações para atuar junto aos alunos inquietos/indisciplinados ou hiperativos a partir de duas reportagens da *Nova Escola*:

Indisciplina ou hiperatividade? (maio/2000)	Inquieto ou hiperativo? (maio/2003)
<p>Dê tarefas curtas ou intercaladas, para que eles possam concluí-la antes de se dispersar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elogie sempre os resultados; - Use jogos e desafios para motivá-los; - Valorize a rotina, pois ela deixa as crianças mais seguras, mas mantenha sempre elevado o nível de estímulo, através de novidades no material pedagógico; - Permita que elas compensem os erros: sutilmente, faça-as pedir desculpas quando ofenderem os colegas ou convença-as a arrumar a bagunça em classe; - Dê uma função oficial às crianças, como a de ajudante do professor; isso pode melhorar o relacionamento delas com os colegas e abrir espaço para que elas se movimentem mais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ao falar com ele, olhe-o nos olhos e leve suas dúvidas em consideração; - Coloque-o sentado em uma carteira próximo a você; - Ajude-o a organizar cadernos, pesquisas e atividades em sala. Divida o trabalho em pequenas tarefas e ensine a utilizar de forma sistemática agendas e cronogramas. - Mantenha o ambiente organizado e sem focos de distração; - Tenha paciência e simplifique as instruções das atividades; - Estabeleça regras e limites e repita as diretrizes sempre que possível.

Quadro 2 – Comparativo de recomendações para atuar junto aos alunos inquietos/indisciplinados ou hiperativos presentes em duas reportagens da Noba Escola.

Algo comum às matérias sobre TDAH na *Nova Escola* é a responsabilidade atribuída ao professor no sentido de que ele seja capaz de reconhecer o transtorno. Assim que identificar os alunos com TDAH, o professor deve encaminhá-los a uma ajuda especializada a fim de que as crianças acometidas não deixem de receber tratamento adequado, visto que “a demora em diagnosticar o caso pode trazer consequências sérias para o desenvolvimento das crianças” (maio/2000). Uma psicóloga da ABDA, Mônica Duchesne, foi consultada por *Nova Escola* e respondeu que uma das consequências do não tratamento seria a baixa autoestima das crianças, que surge quando elas notam que são diferentes das demais, por frequentemente não conseguirem concluir o dever, por exemplo. Para ela,

se a hiperatividade não for adequadamente tratada na infância, pode deixar sequelas na fase adulta, como desorganização para executar tarefas e rotinas diárias, distração excessiva, sonolência diurna e cansaço mental. Além disso, a pessoa corre o risco de se tornar hipersensível a críticas e irritadiça, apresentar aparente falta de motivação e rancor exagerado, bem como problemas de memorização. (maio/2000)

Diante do que diz a especialista acima, pergunto se baixa autoestima, rancor e falta de motivação poderiam ser tão simplesmente relacionados às consequências do não tratamento. Há de se pensar acerca do quê representa, de fato, o tratamento a que se refere a psicóloga da ABDA, se farmacológico, psicológico ou ambos. De qualquer forma, o que fica evidente é que tentar solucionar problemas escolares, de comportamento ou de aprendizagem, sob a forma de “tratamento” é uma maneira de pensar o problema de forma individualizante. Ao mesmo tempo, a fala da especialista justifica o tratamento pela “vitimização” do sujeito em questão.

4.3 O cérebro no centro das explicações para o comportamento

Diversos autores têm apontado em direção à centralidade que o cérebro e as explicações fisicalistas têm adquirido na nossa cultura, no sentido de que elas fornecem explicações acerca de nossa subjetividade, nossa personalidade, nossos atos e nossas escolhas (ROSE, 2007; AZIZE, 2008; EHRENBERG, 2009; ORTEGA & ZORZANELLI, 2010). Temos assistido à popularização do conhecimento sobre o cérebro, de como ele atua, de quais áreas correspondem a determinadas tarefas, quais moléculas são responsáveis por nossas sensações. Para Azize (2008), é visível o modo como passamos a conviver com a linguagem dos neurotransmissores, dos níveis de serotonina, dopamina, noradrenalina e a aceitá-los como os moduladores do nosso humor, da nossa felicidade, da nossa concentração. Um dos argumentos que sustentam que muitos de nossos estados de espírito são, de fato, patologias é

o de que ao experimentarmos a depressão – para dar um dos exemplos mais visíveis desse fenômeno em nosso tempo –, a ansiedade, a euforia, ou a desatenção, o nível de algum desses neurotransmissores encontra-se alterado em nosso organismo, de modo que para retornarmos ao estado original podemos/devemos lançar mão de fármacos, supostamente capazes de corrigir esses desequilíbrios.

Contudo, essas explicações não estão somente voltadas à descrição de patologias. Como vimos, elas dão suporte aos mais variados e corriqueiros fenômenos da vida, servindo, inclusive, de base para a forma como devemos proceder no nosso dia-a-dia, seja para “turbinar” o cérebro, seja para melhor reagirmos a uma determinada situação (ORTEGA & ZORZANELLI, 2010). Não é diferente quando o assunto é dar aula, atrair a atenção dos alunos e potencializar seu aprendizado. Em *Nova Escola*, a partir de 2000, os mecanismos cerebrais começam a fazer parte das narrativas que procuram esclarecer o porquê de várias manifestações comportamentais dos alunos, tais como a atenção em sala de aula, a agressividade, a tendência ao uso de drogas na adolescência, entre outras. Segundo afirmam os especialistas da revista, o professor atento ao modo como funciona o cérebro dos seus alunos, saberá como melhor desempenhar suas tarefas.

Entenda o cérebro e ensine melhor. [...] Conhecendo como o cérebro guarda informações você vai ajudar os alunos a fixar os conteúdos estudados em classe (jun./jul./ 2003).

Saber como funciona o cérebro da criança vai ajudar você, professor, a planejar suas aulas e a escolher as melhores atividades para a turma (jan./fev./ 2005).

A atenção é produto da noradrenalina, que ajuda a deixar os sentidos voltados para a realização de uma atividade e turбина a superfície do cérebro (córtex), onde ficam as memórias. [...] Todo esse processo é desencadeado por decisão da pessoa em se concentrar (com a ordem para a noradrenalina ser distribuída vindo do lóbulo pré-frontal, parte do córtex responsável pelas operações mentais sofisticadas) ou por estímulos externos (jan./fev./ 2005).

Mudanças fisiológicas também explicam a parte da agressividade. Na passagem para a adolescência, o centro de recompensa, área cerebral relacionada à produção de serotonina (neurotransmissor responsável pela sensação de bem-estar) é reduzido à metade. Como os níveis da substância caem, o adolescente tem mais dificuldade em ficar satisfeito – daí vem a irritabilidade que marca o período (setembro/ 2010).

De início é preciso explicar que a atração por entorpecentes tem um forte componente biológico. A principal razão é que o chamado sistema inibitório, a área do cérebro responsável pela ponderação de atitudes, ainda está se desenvolvendo durante a adolescência. A dificuldade em dizer não, por sua vez, abre caminho para o estímulo do sistema dopaminérgico, relacionado à busca de recompensa (agosto/ 2010).

Embora as explicações cerebralistas ganhem força e espaço, sobrepondo-se ao discurso “psi” – cujo foco era posto sobre a história de vida e na interioridade do indivíduo, como

fatores que refletiam no comportamento do aluno – esse discurso não desaparece, mas continua fazendo parte das explicações sobre o sujeito, confundindo-se em meio a narrativas que mesclam neurotransmissores, traumas psicológicos, córtex cerebral e emoções. A hiperatividade é comumente relacionada a traumas e situações difíceis, ao mesmo tempo em que é tida como um transtorno de origem genética:

O cérebro recebe todos os estímulos do ambiente, mas é incapaz de focar em apenas um. Por ser uma síndrome de origem genética, se estende por toda a vida e, portanto, não tem cura. Na maioria dos casos o atendimento psicológico e o apoio da família e da escola são suficientes para atender às necessidades dos que sofrem de TDA. (maio/2007)

A hiperatividade pode se manifestar, por exemplo, em uma criança que esteja com depressão ou que tenha sofrido um trauma, como a separação dos pais. Quando a criança consegue superar o problema, o sintoma pode desaparecer sozinho. (dezembro/1997)

Sintomas de desatenção e hiperatividade ansiosa podem ser considerados normais em crianças que acabaram de passar por situações traumáticas como a perda de uma pessoa querida. (maio/2003)

Foi possível notar que, ao longo dos anos de publicação de *Nova Escola*, distintas narrativas estiveram atravessadas nos discursos que pretendiam apresentar maneiras de lidar com alguns dos desafios que a escola enfrenta: falta de atenção, desinteresse, inquietude, indisciplina. Durante certo período de tempo, os textos da revista mostraram a predominância de narrativas que psicologizavam a criança escolar e que procuravam privilegiar seus aspectos sociais, familiares, psicológicos, suas particularidades, sua personalidade, e orientavam os professores a pensar sua prática docente sempre vinculada às demandas e peculiaridades de cada aluno, como seus ritmos, necessidades e interesses. “As diferenças são até bem-vindas”, dizia um dos textos.

Sem que essa narrativa fosse totalmente posta de lado, entra em cena uma nova maneira de olhar para a criança. Aspectos cognitivos, comportamentais e de aprendizado são apresentados a partir da ótica das neurociências, em especial. O conjunto de especialistas convidado a dar sua opinião sobre estes aspectos passa a incluir, além de psicólogos, psicopedagogos e afins, psiquiatras, neurologistas e neuropsicólogos. Eles falam da participação do cérebro como o protagonista de inúmeras ações e comportamentos, e de processos de memória, de aprendizado e de concentração. Eles indicam ao professor que o rendimento da turma pode ser elevado caso observem a importância do cérebro nesses processos e desenvolvam atividades especialmente estimulantes que possam exercitar este órgão e potencializar sua capacidade. Muitas das “fórmulas” ensinadas aos professores, entretanto, permanecem fiéis retratos aos mecanismos disciplinares que procuravam docilizar

os corpos através da ocupação e reorganização do tempo, do emprego e canalização de suas forças, do uso de recompensas, etc. O que é provavelmente modificado, em certos aspectos, é o modo de falar sobre esses corpos (às vezes moralizado, outras psicologizado, ou, cada vez mais visivelmente, patologizado). Diversifica-se, também, o lugar de onde emergem esses discursos (pedagogia, psicologia ou neurociências), entrando em cena outros campos de saber autorizados a falar, ora sobrepondo-se aos antigos, ora disputando território, ou, ainda, reforçando as antigas crenças com novas “descobertas” acerca do corpo e, conseqüentemente, do sujeito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chego ao final deste trabalho e percebo que as expectativas com as quais dei início ao estudo foram gradativamente dando lugar a outras. O próprio processo de pesquisa foi mostrando novas possibilidades e descobertas. De uma forma ou de outra, penso que, ao darmos início a um estudo, imaginamos encontrar um ponto de chegada previamente conhecido, mas ao final não é isso o que a pesquisa nos mostra (ao menos conforme o que me mostrou essa experiência).

Ela, a pesquisa (e tudo o mais que a envolve), nos apresenta muito além do que se pode colocar nas páginas de uma dissertação. Ela desconstrói, desacomoda, rearranja a nós mesmos, nossa escrita, nosso olhar de pesquisador/a. A própria estrutura e organização do texto que acaba por resultar é bastante distinta daquela que planejamos inicialmente.

Assim, ao olhar para este percurso, procurarei retomar a forma como desenvolvi o trabalho. Sobre o capítulo “Disciplinamento do corpo infantil” diria que tem como “essência” a ideia de que o corpo infantil-escolar é uma noção culturalmente construída. Não, se trata de um corpo naturalmente predisposto à escolarização, ao horário, ao silêncio, à quietude, ou qualquer que seja o comportamento esperado dele. Por isso, propus retomar algumas das discussões sobre disciplina escolar e formas de controle do corpo que se desenvolveram nas sociedades ocidentais, sobretudo a partir da Modernidade, e que hoje adquirem novos meios, como é o caso do uso de psicofármacos. Neste sentido, busquei problematizar a classificação de corpos inquietos em diagnósticos médicos, que justificam o uso de tais substâncias.

Posteriormente, busquei mostrar o quanto o modelo de sujeito infantil escolar presente em nossa cultura tornou-se “naturalizado”, talvez ao ponto de patologizarmos todos aqueles fugidios a ele. Intimamente ligado a esse fenômeno, encontra-se a biologização de aspectos da personalidade, fenômeno que transparece através de argumentos pautados na biologia molecular, genética e neuroquímica. Contudo, muito embora essa forma biologizada de explicar o ser humano esteja bastante disseminada em nosso cotidiano, em jornais, revistas e programas de televisão, ela opera muito mais como uma promessa, como um farol guiando as pesquisas em direção a um lugar onde se quer chegar. O caso do TDAH parece servir como um bom exemplo desse fenômeno, visto que especialistas partem do pressuposto (utilizado como uma certeza) de que ele é um transtorno neurobiológico, embora não se tenha chegado a nenhum modelo etiológico suficiente para comprovar tal prerrogativa. Ademais, foi possível

visualizar o quanto essa perspectiva biologicista/cerebralista está também atravessada nos discursos presentes em uma revista que se destina a professores, muitas vezes ensinando-os a entender o cérebro de seus alunos para melhor lidar com eles.

Até o momento, o que busquei não foi apresentar ou apontar alguma proposta com a qual se tente contornar os desafios que a escola enfrenta, em especial os desafios frente aos comportamentos não desejados. Espero apenas contribuir como parte da discussão que, junto a outros trabalhos, advindos de diversas perspectivas, tem-se proposto a problematizar a chamada medicalização do ensino, especialmente em relação ao TDAH. Penso que, deste modo, frente aos inúmeros discursos dirigidos às práticas nas escolas e aos/às professores/as, há que se adotar uma postura crítica e de se repensar o papel da própria escola acerca de problemas que muitas vezes estão sendo facilmente transferidos a outras esferas do conhecimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.ed. rev. (DSM-IV-TR TM). Associação Americana de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

AZIZE, R. L., Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, 14(1): p. 7-30. 2008.

AZIZE, Rogério Lopes. **A nova ordem cerebral: a concepção de ‘pessoa’ na difusão neurocientífica**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. 294 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social)– Programa de pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2010.

BOARINI, Maria Lúcia; BORGES, Roselania Francisconi. **Hiperatividade, higiene mental, psicotrópicos: enigmas da caixa de pandora**. Maringá: Eduem, 2009.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social. In: CAPONI, S. et al. (Orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Editora Unisul, 2010. P. 214-228.

BUCKINGHAM, David. Cultura Digital, Educação Midiática e o Lugar da Escolarização. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, UFRGS/FACED, v. 35, n. 3, p.37-58, set/dez, 2010.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Infância e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Outras Infâncias? In : SOMMER, Luis Henrique ; _____. (Orgs.). **Educação e Cultura Contemporânea: articulações e transgressões em novas paisagens**. Canoas: ULBRA, 2006. P.217-231.

CALIMAN, Luciana Vieira. **A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (90eu)atento**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. 173 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, v.21 n.1, p. 135-144. 2009.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.30 n.1, p. 46-61. 2010.

CANGUILHEM, Georges. Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico – 1963 1966. In: **O normal e o Patológico**. 6ª 90e. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. (p.193-249).

CAPONI, Sandra. Da Herança à Localização Cerebral: sobre o Determinismo Biológico de Condutas Indesejadas. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2): p.343-352. 2007.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault** – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232. 1992.

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

COSTA, Marisa Vorraber. Mídia, magistério e política cultural. In: _____; VEIGA_NETO, Alfredo...[*et al*] (Orgs.). **Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema...** – 2. 91e. Porto Alegre: UFRGS, 2004. Cap. 3, p. 73-91.

COSTA, Marisa Vorraber; SILVEIRA, Rosa M. Hessel. A revista *Nova Escola* e a constituição de identidades femininas para o magistério. In: COSTA, M. V. **O magistério na política cultural**. Canoas: Ulbra, 2006, p. 19-68.

COSTA, Themis Cardoso. **Crianças indóceis em sala de aula**. Canoas: ULBRA, 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação). – Programa de pós-graduação em Educação, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2006b.

COUTO, Edvaldo Souza. Uma estética para corpos mutantes. In: _____; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

COUTO, Edvaldo Souza. Corpos dopados. Medicalização e vida feliz. In: RIBEIRO, Paula Regina; SILVA, Méri R. S.; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: composições e desafios para a vida docente**. Rio Grande: FURG, 2009.

DORNELLES, Leni Vieira. **Infâncias que nos escapam: da criança na rua à criança cyber**. Petrópolis: Vozes, 2005.

DSM-IV. 4.ed. rev. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4.ed.). Washington: American Psychiatric Association, 1994.

EHRENBERG, Alain. O sujeito cerebral. **Psic. Clín.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.187-213. 2009.

FERRAZA, Daniele de Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da; ROGONE, Heloísa Maria Heradão. A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. **Revista de Psicologia da UNESP**. V.9, n.1, 2010, p.36-44.

IORE, Mariana de Araújo. Medicalização do corpo na infância – Considerações acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v.1, n.1, 2005.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, Faculdade de Educação/UFRGS, v.22, n.2, p. 59-79, jul/dez. 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Tradução de Raquel Ramallete. 11. 92e. Petrópolis: Vozes, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade** – Curso no Collège de France (1975-1976). (Aula de 17 de março de 1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.285-315.

FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade – 1984. In: _____. **Ditos e escritos V** – Ética, Sexualidade, Política. Michel Foucault. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p.264-288.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martin Fontes, 2006b.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População** – Curso no Collège de France (1977-1978). (Aula de 25 de janeiro de 1978). São Paulo: Martins Fontes, 2009, p. 73-116.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de. **Corpos que não param**: criança, “TDAH” e escola. Porto Alegre: UFRGS, 2011. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

GIROUX, Henri A. Praticando Estudos Culturais nas faculdades de Educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). **Alienígenas na sala de aula**: uma introdução aos estudos culturais em educação. 7. 92e. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. P.85-103.

GREEN, Bill; BIGUM, Chris. Alienígenas na sala de aula. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.) **Alienígenas na sala de aula**. Uma introdução aos estudos culturais em educação. 7.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. P. 208-243.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura – notas sobre as revoluções culturais de nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, UFRGS/FACED, v. 22, n. 2, p. 14-46. 1997.

ITABORAHY, Cláudia. **A Ritalina no Brasil: Uma década de produção, divulgação e consumo**. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, Homero Luís Alves de. Corpo *cyborg* e o dispositivo das novas tecnologias. In: COUTO, Edvaldo Souza; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpos mutantes**: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. P.25-39.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MAYER, Valéria Neves Kroeff. **Para quieto menino, presta atenção!!** : Proposições para um outro olhar sobre o corpo atento. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 148 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Educação, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MARZOLA, Norma. Os sentidos da alfabetização na revista *Nova Escola*. In: COSTA, Marisa Vorraber; VEIGA_NETO, Alfredo...[*et al*] (Orgs.). **Estudos Culturais em educação**:

mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema... – 2ª Ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004. P. 93-115. Cap.4.

Ó, Jorge Ramos do. A criança transformada em aluno: a emergência da psicopedagogia moderna e os cenários de subjectivação dos escolares a partir do último quartel do século XX. In: SOMMER, Luis Henrique; BUJES, M. Isabel Edelweiss. **Educação e cultura contemporânea**: articulações, provocações e transgressões em novas paisagens. Canoas: ULBRA, 2006. P. 281-302.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. Vírus, genes, cérebros e outros reducionismos na contemporaneidade. In: _____. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. Cap. 3, p. 97-122.

ORTEGA, Francisco; BARROS, Denise; CALIMAN, Luciana et al. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., v. 14, n.34, p.499-510, jul/set. 2010.

ORTEGA, Francisco. **O sujeito cerebral**: identidade e neurociências. São Paulo: Cultura. 2006 (DVD).

ORTEGA, Francisco. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: ALMEIDA, M. I. M., EUGENIO, F. (Orgs.). **Culturas jovens**: novos mapas de afeto. Rio de Janeiro: Zahar, 2006b. P.42-58.

PHILLIPS, Christine B. Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHA. **PloS Medicine**, vol. 3, issue 4, e182, p. 433-435 Abril. 2006. Disponível em www.plosmedicine.org.

POPKEWITZ, Thomas. História do Currículo, Regulação Social e Poder. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 2008. P. 173-210.

PRECIADO, Beatriz. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. (capítulo: Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade, p.135-157).

RAVALOVICH, Adam. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877 – 1929. **Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal**, v.23, p. 93-115. 2001.

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

ROCHA, Cristianne Maria Famer. As “novas” tecnologias e os(s) dispositivo(s) de controle. In: SOMMER, Luís Henrique; BUJES, M. I. Edelweiss (Orgs.). **Educação e cultura contemporânea**: articulações, provocações e transgressões em novas paisagens. Canoas: ULBRA, 2006. P. 77-91.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SIVA, Tomaz adeu (Org.). **Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo eu**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 30-45.

ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do Eu. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.26, n.1, p. 33-57, jan.-jul., 2001.

ROSE, N. **The politics of life itself** – biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROSE, Nikolas. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos; RIBEIRO, Paula Regina Costa (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011. P.13-31.

ROSE, Steven. **O cérebro do século XXI: como entender, manipular e desenvolver a mente**. São Paulo: Globo, 2006.

ROSEMBERG, Charles. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. **The Milbank Quarterly**, v. 80, n. 2, p. 237-259. 2002.

SANTOS, Cláudia Amaral dos; SILVEIRA, Rosa M. Hessel. A produção de uma infância escolarizada anormal na pós-modernidade: o discurso sobre a hiperatividade na mídia. In: TRINDADE, I. M. F (Org.). **Múltiplas alfabetizações e alfabetismos**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. P. 85-96.

SIBILIA, Paula. Biopoder. In: _____. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Dumará, 2002. Cap. 5, p. 157-202.

SILVERSTONE, Roger. **Por que estudar a mídia?** 2. 94e. São Paulo: Loyola, 2005.

TAVERNA, Carmen Silvia Rotondano. Medicalização de Crianças e Adolescentes. **Revista Semestral da Assoc. Bras. De Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1609-171, jan/jun. 2001.

VARELA, Julia. O Estatuto do Saber Pedagógico. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 2008. P. 87-96.

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

WORTMANN, Maria Lúcia Castagna; VEIGA-NETO, Alfredo. **Estudos Culturais da Ciência & Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

XAVIER, Maria Luísa M. **Os incluídos na escola: o disciplinamento nos processos emancipatórios**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 264 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

ZAMUDIO, Guillermo Bustamante. ¿Escuela em crisis?, ¿O Educación Impossible? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, UFRGS/FACED, v. 35, n. 3, p.59-75, set/dez, 2010.

Artigos publicados em periódicos de psiquiatria:

MATTOS, Paulo; PALMINI, André; SALGADO, Carlos Alberto et al. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev. Psiquiatria RS**, v. 28, n. 1, p.50-60, jan/abr. 2006.

MEISTER, Eduardo Kaehler; BRUCK, Isac; ANTONIUK, Sérgio Antonio *et al.* Learning disabilities: analysis of 69 childrens. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.59(2-B), p. 338-341. 2001.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev. Psic. Clínica**, v. 31 n.2, p.100-104. 2004.

RIZZUTTI, Sueli ; SINNES, Elaine S. ; SCARAMUZA, Luzia F. Et al. Clinical and neuropsychological profile in a sample of children with attention deficit hyperactivity disorders. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.66, n.4, p.821-827. 2008.

ROHDE, L. A.; BIEDERMAN, J.; BUSNELLO, E. A. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.38, p.716-722. 1999.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá et al. Transtorno de déficit de atenção /hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.22, supl. II, p.7-11. 2000.

ROHDE, Luis Augusto; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: atualização. **Jornal de Psiquiatria**, v. 80, n.2 (supl.), p. 61-70. 2004.

ROMAN, Tatiana; ROHDE, Luís Augusto; HUTZ, Mara Helena. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n.4, p. 196-201. 2002.

SWANSON, J. M. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. **Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry**, v.40, n. 2, fev, p. 168-179. 2001.

SZOBOT, Cláudia M. ; EIZIRIK, Mariana; CUNHA, Renato et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23 Supl I, p. 32-35, maio. 2001.

VASCONCELOS, Marcio M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, vol. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.

6. ANEXOS

ANEXO 1. Escala para diagnóstico de TDAH em crianças aplicada aos pais e professores (MTA-SNAP-IV).

		Nada	Um pouco	Bastante	Demais
1	Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2	Tem dificuldade para manter atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4	Não segue instruções até o fim e não termina os deveres da escola, tarefas ou obrigações				
5	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7	Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, livros, deveres de escola, lápis...)				
8	Distrai-se facilmente com estímulos externos				
9	É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10	Mexe bastante as mãos, pés ou na cadeira				
11	Sai dos lugares onde se espera que fique sentado				
12	Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações inapropriadas				
13	Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14	Não tem parada, frequentemente está “a mil por hora”				
15	Fala em excesso				
16	Responde as perguntas de forma precipitada,				

	antes de terem sido terminadas				
17	Tem dificuldade de esperar sua vez				
18	Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, brincadeiras)				
19	Descontrola-se				
20	Discute com adultos				
21	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras dos adultos				
22	Faz coisas que incomodam os outros de propósito				
23	Culpa os outros pelos seus erros e mau comportamento				
24	É irritável ou facilmente incomodado pelos outros				
25	É raivoso e ressentido				
26	É rancoroso ou vingativo				
<p>A escala validada para português tem 26 quesitos, em inglês apenas 20.</p> <p>A pontuação é a seguinte: nada= 0, apenas um pouco=1, bastante=2, e demais=3. O escore calcula-se somando os pontos e dividindo por 26 (no. de quesitos).</p>					

Fonte: www.psiqweb.med.br. [Grifos meus].

ANEXO 2. Depoimentos retirados do *site* da Associação Brasileira do Déficit de Atenção

*consultado em 24 novembro de 2011, 18h00min.

"Amor, quando é mesmo o seu aniversário?"

Qui, 10 de Fevereiro de 2011 01:50 Escrito por **ABDA**

Portadores do TDAH e seus parceiros precisam aprender a conviver com os percalços causados pelo problema e até desenvolver algumas estratégias para escapar das gafes, saias-justas e demais contratempos causados pelo distúrbio

*Por Rafael Alves Pereira** - rafa_alves@hotmail.com

Alguma vez você já experimentou a situação de passar semanas planejando uma viagem com o seu marido ou namorado, escolher o melhor roteiro, garimpar as pousadas mais charmosas, pesquisar as datas mais convenientes para as reservas de passagens e, quando você imaginava que já estava tudo pronto, agendado e organizado, ele sem nem ao menos te consultar decide cancelar tudo, muda os planos e só te avisa na última hora? Alguém também já deve ter passado pelo exercício de paciência de ter uma namorada daquelas que não param quietas um minuto, estão sempre buscando algo novo para fazer – na verdade nem precisa procurar muito, a criatividade dela se encarrega de ir emendando uma coisa na outra com uma rapidez impressionante – e nem quando vocês tiram aquele merecido descanso de final de semana, isolados em algum lugarejo nas montanhas ou numa praia tranquila, o quadro se altera: levanta, dá uma volta, senta de novo, irrita-se porque o celular está sem sinal e ela não consegue falar com ninguém, abre uma revista, folheia outra... Pois se você se identificou com algum destes casos tem grandes chances de ser o premiado parceiro de um portador do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

As situações descritas podem parecer exageradas, mas são baseadas em depoimentos reais de pessoas que convivem com portadores de TDAH, um distúrbio ainda sub-diagnosticado, e que pode transformar em um rodadoiro a vida de quem sofre do problema. E os namorados, maridos, esposas e demais parceiros, que convivem diretamente com a pessoa, são carregados para o olho do furacão sem nem bem saber porquê.

O nome da enfermidade é auto-explicativo. Uma das principais queixas das pessoas que apresentam o TDAH é a falta de atenção, que vem acompanhada de dificuldade de se lembrar de pequenas coisas (e de outras nem tão pequenas assim), de guardar nomes ou ficar concentrado durante muito tempo em uma mesma atividade. Há ainda a tendência a se distrair facilmente com qualquer coisa (qualquer coisa mesmo), perder objetos, esquecer compromissos e não prestar atenção no que os outros dizem.

"Alô? Você está aí?"

Pequenos problemas como esses podem não incomodar muito quando surgem isoladamente, mas se uma mesma pessoa apresenta todos em grau acentuado, a vida íntima e social pode ficar bastante comprometida. O relacionamento a dois do portador de TDAH é muitas vezes uma prova de paciência para ambos: ao portador cabe um grande esforço para tentar vencer as limitações impostas pela enfermidade, e o parceiro precisa ter paciência redobrada para lidar com a desatenção crônica e os esquecimentos frequentes. Quem já teve um namorado que sempre se atrasa, esquece compromissos que foram marcados com antecedência e até mesmo se distrai quando está ao telefone sabe o que é isso.

- Às vezes eu estou ao telefone com a minha namorada e ela me pergunta "Alô, você ainda está aí?". É que eu me distraio com qualquer coisa, me desligo sem saber. Posso estar olhando

pela janela e ver um carro passando que “plim”, passo literalmente para o mundo da lua, como num passe de mágica - relata o estudante de engenharia Marcelo Medeiros, de Campinas, que descobriu recentemente que é portador de TDAH. - Mas agora ela já se acostumou e não se irrita tanto. Ela é bem relaxada e lida bem com os meus atrasos e esquecimentos – completa Marcelo, que também sofre de uma dificuldade aguda de cumprir horários.

- Nunca consigo chegar no horário. Não é exagero quando digo que me distraio muito. Quando estou me arrumando para sair com a minha namorada, às vezes, saio do banho e, quando passo pelo quarto para me vestir, vejo um CD em cima da mesa e coloco para ouvir. Depois esqueço do CD (e do encontro) e pego uma revista ou ligo a TV. Quando me lembro do que estava fazendo e olho no relógio, já estou atrasado e tenho que sair correndo – conta Marcelo. Ele lembra que já teve muitas brigas com antigas namoradas por causa dos atrasos.

- Mas a minha namorada de agora já não liga tanto. Nestes 8 meses em que estamos juntos ela já se acostumou e até faz piada. Quando digo para ela que vou passar para buscá-la às oito em ponto, ela ri e diz que vai começar a se arrumar às dez e meia.

Problemas com atrasos são uma queixa freqüente. A pessoa sai de casa às 17h, na hora em que a reunião estava marcada. Mas e se esquece do fato de escritório ficar do outro lado da cidade. O curioso é que os pacientes de TDAH são pontuais no seu atraso, eles se atrasam sempre os mesmo minutos. Se o horário é às 7h, ele vai sempre chegar às 7h15, não varia muito – explica o psiquiatra Marcos Romano, professor da PUC de Campinas.

"Pontualmente atrasado?"

É exatamente esse último item que tira muitas pessoas do sério. Partindo de um pensamento racional e perfeitamente aceitável se não fosse a lógica particular que envolve transtorno, muita gente se indaga: se a pessoa consegue chegar todos dias “pontualmente atrasado”, por que afinal é incapaz de chegar no horário?

- Há estudos que mostram que a percepção da passagem do tempo em quem sofre de TDAH é diferente da de uma pessoa normal. Ele sempre acha que pode fazer mais alguma coisa antes de sair para o compromisso. Se passa em frente ao computador acha que pode parar um minuto e responder alguns emails. Depois resolve aproveitar para fazer um telefonema e por aí vai. O paciente com TDAH vive o presente e tem dificuldade planejar o futuro – completa Marcos Romano, lembrando que em seu consultório recebe diversas pessoas que sofrem com o problema. Ele explica que em geral as mulheres procuram tratamento médico por outros problemas e depois acabam se descobrindo portadoras do TDAH. Já os homens em geral já aparecem devidamente “auto-diagnosticados”, esperando nada mais que uma confirmação médica.

Isso ocorre por que há três formas do TDAH. A forma hiperativa-impulsiva tem predomínio dos sintomas de hiperatividade e impulsividade. A forma desatenta apresenta principalmente os sintomas de desatenção e falta de memória. Já a forma combinada possui os dois tipos de sintomas em freqüência semelhante. A maioria dos homens sofre da forma combinada, com uma freqüência maior de sintomas hiperativo-impulsivos, como impulsividade, impaciência, ter “pavio-curto” e ficar em movimento o tempo todo. As mulheres, por sua vez, sofrem principalmente da modalidade desatenta. Uma moça distraída, quieta, esquecida, que nunca se lembra de onde deixou a sua bolsa e troca os nomes das pessoas é em geral mais bem tolerada que um sujeito explosivo, que se irrita com facilidade, não mede as suas palavras e não para quieto um minuto, fazendo com que as mulheres procurem ajuda profissional em um número bem menor que o de homens.

Gafes em série

Bastante paciência e jogo de cintura são essenciais para quem é parceiro de um portador de TDAH. Paciência para conviver diariamente com os esquecimentos e com a desatenção. E jogo de cintura para conseguir contornar as situações delicadas e constrangedoras que podem eventualmente ocorrer. Na verdade, que podem ocorrer com certa frequência. A impulsividade é um dos sintomas mais visíveis no TDAH. O portador frequentemente age por impulso e não costuma ponderar muito sobre suas atitudes, falando o que vem à cabeça. A combinação de falta de atenção, lapsos de memória e mais o ímpeto de não ter papas na língua pode fazer do portador um especialista em cometer gafes em série.

- O Eduardo às vezes solta umas frases no meio de uma conversa que me deixam morta de vergonha. Ele é muito impulsivo e, para os outros, chega a dar a impressão de que não tem muita noção dos limites e convenções sociais. Mas a verdade é que ele em geral se arrepende do que falou imediatamente – conta a jornalista Sílvia de Andrade, do Rio de Janeiro, acrescentando que nos 3 anos e meio de relação já se tornou campeã em sair de saias-justas causados pelo TDAH do marido.

- Logo que nos casamos, a irmã do Eduardo nos deu um quadro de presente para a nossa casa nova. E ele, sem nenhum traquejo ou cerimônia, disse na cara dela que não tinha gostado do quadro, que achou feio. A pobrezinha ficou com uma cara de taxo.

Sílvia diz que acontecimentos como esse são relativamente frequentes, mas que em certa medida já aprendeu a conviver com isso.

- Mas não vou dizer que é fácil por que não é. A pessoa tem que ter muita paciência e capacidade de compreensão. De vez em quando é difícil. E tenho que tentar entender e resolver o problema, por mais irritada que eu esteja.

O doutor Romano avisa que o cônjuge precisa conhecer o TDAH e saber o que é a doença. Ele sempre recomenda que o marido ou a esposa leia sobre o assunto, que busque informações para compreender melhor como funciona o cérebro de uma pessoa que tem TDAH. O parceiro tem que saber que o transtorno faz com que a pessoa tenha uma consciência de si própria bastante precária. Romano comenta, bem humorado, que costuma dizer que a pessoa é “tão distraída que não percebe que é distraída”.

Ofender sem querer

O administrador Ricardo de Oliveira, que mora em São Paulo, admite que por mais que tente se controlar, não consegue evitar as gafes. Para ele, assim como para muitos outros que vivem com o TDAH, já se tornou rotina se arrepender daquilo que falou segundos atrás.

- Você até sabe que não deveria falar e logo depois se arrepende. Mas aí já foi, não tem o que fazer. Uma ex-namorada minha era uma garota super tranqüila e relaxada, e não se preocupava tanto quanto eu com as roupas, em se produzir. Uma vez íamos sair e logo que ela terminou de se arrumar eu disse “Mas você vai assim?”. O jeito com que ela me olhou foi suficiente para eu me arrepender na hora. A gente sabe que nunca deve falar uma coisa dessas para uma mulher assim, na cara. Mas na hora não pensei e quando vi já tinha falado.

A psiquiatra carioca Vanessa Ayrão, que realiza pesquisa sobre o TDAH no IPUB, o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, explica que por causa da doença os pacientes, sem ter intenção, chegam a falar coisas que podem magoar os outros. Ela conta que eles frequentemente agem no ímpeto, antes de pensar e colocam os fatos até mesmo de uma maneira agressiva, o que pode acabar minando e comprometendo a relação. O caso de Ricardo ilustra bem esse problema. Ele conta que por causa disso, muitas namoradas já o acusaram de

ser "sincero demais".

"Ele não me escuta!!!"

Mas a maior queixa dos maridos, esposas, namorados e de quem convive com portadores TDAH é a dificuldade de conseguir conversar com as pessoas sem que ela se distraia, pense em outras coisas e fuja para o mundo da lua no meio da conversa. Se em casamentos em que nenhum dos dois apresenta TDAH a dificuldade de comunicação é um problema constante, imagine então quando o marido ou a esposa simplesmente não consegue prestar atenção ao que o outro diz por muito tempo. A cena é clássica: um deles fala, fala... enquanto o outro parece escutar. Ele pode até ter se concentrado no início, mas depois se distrai com o som da TV ou olhando o quadro que está na parede logo atrás do parceiro: "Amor, você está me ouvindo?"; "Ah, o que é? Desculpe estava distraído...". E está o aí estopim para uma discussão das boas, que podem incluir acusações como "você nunca me escuta", "nada do que eu falo é importante para você", "você não se importa comigo. Eu te falo uma coisa e na semana seguinte você já não se lembra!".

- No início, logo que eu conheci a Débora, eu achava um pouco grosseiro o fato de ela se desligar da conversa. Já estamos juntos há quase quatro anos e ainda hoje isso é o que mais me chama a atenção no nosso cotidiano. Muitas vezes eu falo com ela e tenho a sensação de que ela está fazendo uma viagem astral, que está num mundo à parte – brinca o economista carioca Henrique Bastos. Ele conta que já aprendeu a lidar com as "viagens" da esposa, mas que isso não o impede de se irritar em certas ocasiões - Quando estou falando sobre um assunto sério e ela se distrai, eu me irrita. Posso ser compreensivo mas não sou de ferro.

- Eu até tento me concentrar e prestar atenção ao que ele me diz. Mas eu me distraio sem querer. Quando vejo já estou pensando em outra coisa ou olhando para o lado. Depois que iniciei o tratamento médico o problema melhorou bastante. Me sinto mais paciente, consigo ouvi-lo melhor, não sou mais tão impulsiva – se defende a esposa. E como as maiores queixas eram do marido, ele se encarrega agora de fiscalizar os horários em que ela toma os remédios. Henrique diz que percebe pelo comportamento da esposa quando ela se esqueceu dos comprimidos e é o primeiro a cobrar.

Disfunções no funcionamento do cérebro

Mas problemas como esse não são comuns e afetam também pessoas tidas como normais? Os médicos dizem que sim, mas ressaltam que quando a pessoa tem TDAH, os problemas são mais freqüentes e acentuados, o que pode ser bastante desgastante para um relacionamento. Quem não ficaria chateado se o parceiro se esquecesse sempre dos compromissos, datas, aniversários e mesmo do seu prato preferido? Não se trata de falta de interesse ou descaso, mas sim de uma incapacidade com explicações biológicas. Inúmeros estudos científicos já demonstraram que o TDAH sofre forte influência genética e está relacionado a uma alteração de neurotransmissores em determinadas regiões cerebrais.

Se os parceiros reclamam, a situação também não é das mais simples para o portador. Eles tentam, fazem um esforço sobre-humano para vencer as limitações da doença e freqüentemente se sentem frustrados o por não conseguirem agradar ao cônjuge. Os médicos contam que muitos pacientes procuram tratamento médico inicialmente por causa das reclamações dos parceiros. O estímulo para continuar o tratamento e conseguir conviver com a doença também costuma vir deles. É consenso entre os médicos que sem a ajuda e compreensão daquele que está ao lado, convivendo com o portador, o trabalho fica muito mais difícil.

-Para que a vida do portador de TDAH e de seu parceiro seja melhor, os dois precisam estar

atentos ao problema. Todas as recomendações valem para ambos. Na hora de uma conversa, é preciso se livrar de quaisquer outros estímulos que possam atrapalhar. Não adianta tentar conversar fazendo outras coisas, como ver TV, preparar um jantar etc. Um marido que tentar falar com a esposa enquanto ela procura um objeto dentro da bolsa está perdendo o seu tempo – explica Marcos Romano. Ele acrescenta que o contato visual é muito importante para facilitar a “ativação” da atenção.

- Na hora de conversar, olho no olho. Nada de tentar conversar a distância, gritando lá do outro cômodo da casa. Eu sei que pode ser chato, mas não adianta tentar falar enquanto vê assiste a um filme. Use sempre o contato visual.

Montanha-russa amorosa

É preciso ainda estar atento a um outro problema causado pelo TDAH. Muitos portadores reclamam que não conseguem estabelecer relações mais duradouras por que, depois de algum tempo, simplesmente se cansam das pessoas. Essa postura traz dificuldade em todas as relações, sejam amorosas, profissionais ou sociais. A doutora Vanessa Ayrão explica que quem tem TDAH tende a se cansar das situações e das pessoas com muita facilidade. Eles estão sempre buscando novidades e, dentro desta lógica, o relacionamento só é interessante enquanto é uma coisa nova.

- Um relacionamento que para uma pessoa comum é tranquilo, pode ser extremamente entediante para quem tem TDAH. Ele precisa estar sempre criando estímulos para manter o interesse pela relação. Um dos recursos é até mesmo estimular conflitos, criar brigas. Se os dois não tiverem uma postura crítica e se o parceiro “entrar no jogo”, a relação pode se transformar em uma montanha-russa nada agradável – observa Vanessa.

Na tentativa de levar uma vida em um ritmo mais agradável e diminuir os problemas causados pelo transtorno - e evitar assim as broncas da namorada por ter chegado atrasado ou do marido por que você se esqueceu pela vigésima quinta vez de pagar a conta de telefone - os portadores podem criar estratégias que ajudam a vencer a falta de atenção e a memória fraca. O estudante Marcelo - o mesmo que no início da matéria confessou que, enquanto ouvia música, assistia tv ou lia revistas, se esquecia de buscar a pobre namorada que o estava esperando – dá algumas dicas que já testou na prática:

- Passei a anotar tudo e deixo escrito em um bloquinho que levo comigo na carteira. Escrevo inclusive um roteiro de coisas a fazer durante o dia. Pendurei também uma lousa no meu quarto, bem em frente a minha cama, e ali coloco com letras garrafais as coisas importantes.

Mas os compromissos sociais marcados com muita antecedência, no entanto, ele já desistiu de guardar.

- Quem geralmente me lembra do que a gente tem para fazer é a minha namorada. Nós confiamos mais na memória dela - brinca o rapaz.

* **Rafael Alves Pereira** é jornalista formado pela PUC-Rio e trabalha atualmente na Rádio CBN. Ele escreve para a ABDA reportagens quinzenais, que trazem depoimentos de médicos e pacientes e têm o objetivo de oferecer mais informações sobre o TDAH para quem convive com o problema e para o público em geral. São abordados assuntos como o cotidiano do portador de TDAH, avanços médicos na área e o tratamento dos pacientes.

rafa_alves@hotmail.com

TDAH - Um Depoimento

Qui, 09 de Dezembro de 2010 13:42 Escrito por **ABDA**

No último Congresso Internacional da ABDA, apresentei durante uma palestra um texto escrito por meu filho para a cadeira de filosofia do curso de economia da PUC-RJ. O texto, cuja avaliação implicava em nota, foi solicitado a cada aluno pelo professor da cadeira, com o objetivo de conhecer um pouco da trajetória pessoal da turma. Ele, meu filho, recebeu grau dez, fazendo com que todos nós chegássemos às lágrimas, inclusive o próprio professor que acabara de conhecê-lo.

A partir das inúmeras solicitações de cópias que tenho recebido do Brasil inteiro, decidi postar o texto aqui no site. No entanto, na condição de mãe, preciso fazer alguns comentários ligados ao texto que vocês lerão em seguida.

Em primeiro lugar, quero enfatizar que apesar de todas as dificuldades que enfrentamos naquela época, em função da falta de informação sobre TDAH por parte de algumas escolas, médicos, profissionais... talvez o pior obstáculo com o qual nos deparamos tenha sido a arrogância, a prepotência e a insensibilidade daqueles que se diziam educadores, mas que optaram por EXCLUIR covardemente o que desconheciam, O TDAH representado naquele momento pelo meu filho, para não terem que experimentar o desafio e a impotência de encarar as suas próprias limitações ou a ignorância que não ousa se superar pela busca do conhecimento.

Aos "terapeutas" que tanto insistiram na tese de que TDAH não existe, que era uma doença inventada pela Indústria Farmacêutica, que a medicação era absolutamente perigosa e desnecessária, que se tratava de "falta de limites", culpa minha, complexo de Édipo, blá, blá, blá... Se por um lado lamento o tempo perdido, por outro, agradeço-os por terem me dado à oportunidade de olhar nos seus olhos e perceber o quanto estavam equivocados, aprisionados no estreito universo daqueles que só admitem uma corrente de saber - a própria.

A escola, em especial aquela que sumariamente reprovou o meu filho por não conseguir "ficar atento e ser muito agitado", ao coordenador que disse que "o conselho de classe era soberano para punir alunos que não se esforçam"... a todos que um dia tentaram atrapalhar o seu caminho, plagiando o poeta Mario Quintana, digo:

Eles passaram, ficaram no passado.

Meu filho é que era passarinho, voa com sucesso rumo ao futuro.

Finalmente, meu afeto e eterna gratidão ao Prof. Paulo Mattos, grande amigo, por ter mostrado ao meu filho um caminho que ele já acreditava não existir e, ao Colégio A. Liessin pela forma acolhedora com que o recebeu, o que fez toda diferença para que ele pudesse provar que o sucesso era possível.

Iane Kestelman Presidente da ABDA

Minha Vida

Ele era uma criança levada, que não parava no lugar e não se concentrava em nada. Diziam que ele era hiperativo, mas pera aí? Como podia ser hiperativo uma criança que ao jogar videogame ou assistir um jogo do Flamengo na televisão ficava horas e horas parada sem ao menos piscar os olhos?

"Mal educado!!!!" " Sem limites!!!!" "Capeta!!!!" "Disperso!!!!" "Louco!!!!" eram frases que ele

comumente ouvia.

Ele sofria com isso, porém, sempre se considerou como os outros, pois tinha uma vida parecida com a dos seus amigos, mesmos hábitos, costumes, cultura, mas sempre fazendo as coisas muitas vezes sem pensar. Mesmo assim, ele não era somente defeitos, assim como perdia amigos facilmente, os recuperava com seu carisma e sua inteligência.

Inteligência que incomodava a muitos, pois não o viam estudar muito, se empenhar e mesmo assim colher como frutos, bons resultados... "Mas pera aí, ele nunca pode ser um bom aluno!" "Ele só pode estar colando".

Eis então que ele cresceu, a criança hiperativa mal educada virou um jovem. Ele, agora mais velho, continuava tendo muitos amigos, saía, se divertia e jogava muito bem futebol, algo em que definitivamente se concentrava e parecia até uma pessoa "normal"; ele era o capitão de seu time da escola, exercia toda sua liderança em quadra e se orgulhava muito disso.

Na sala de aula, parecia que sua liderança se tornava algo negativo, o fazia não ter forças para estudar, para prestar atenção, atrapalhava a turma, desconcentrava os professores e criava muitas inimizades. Inimizades essas que não acreditavam como ele podia obter bons resultados. E as vítimas de sua tenebrosa atitude sem limites? Ele não pode corresponder às expectativas.

Ele era o capitão do time, ele era querido.....

Ele era um menino problema; em sala de aula, ele era odiado.

Como sua vida não era feita só de futebol, ele foi campeão no campo, e foi derrotado fora dele; foi perseguido como um bandido sem direito a legítima defesa, afinal foi pego várias vezes em flagrante, com sua maligna hiperatividade e sua temível impulsividade.

Orgulhosamente, foi lhe dado o veredicto final, como um juiz que dá uma sentença a um réu, sua reprovação em matemática foi ovacionada pelos guardiões da boa conduta e da paz escolar, e sua conseqüente saída da escola como um início de um novo ciclo de alegria, sem ele, aquele menino, que jogava bem futebol, mas somente isso.

Ele chorou, perdeu seus amigos, sua escola, mas mais do que tudo isso, perdeu sua autoconfiança.

Ele já estava se tornando um adulto, e por meios do destino sua mãe conheceu um médico que tratava de um tal "déficit de atenção". Seria tão somente o 445º tipo de tratamento para curar aquele garoto-problema, algo que até o mesmo já estava praticamente convencido que era.

Mandaram-lhe tomar Ritalina, um remédio ruim, que tira fome, e que lhe daria mais atenção e blá blá blá !!! Algo que ele já estava cansado de ouvir. Ele tomou a medicação sem crença nenhuma naquilo.

E o tempo foi passando, ele vivendo sua vida, em uma nova escola, procurando seu lugar no time de futebol do colégio...

Em 4 anos ele se tornou capitão do time. E mais, foi campeão vencendo a sua ex-escola; se formou como um dos melhores alunos da turma, passou para a faculdade que queria, tirando nota 10 na prova de matemática, a matéria que o fez passar um dos seus piores momentos ao ser reprovado.

Hoje ele está na faculdade. Ele ainda tem muito o que viver, com seu jeito hiperativo, desatento, mas agora controlado, sem deixar de ser ele mesmo. Ele vai vivendo, com o intuito

de um dia poder mostrar que não era um bandido, um mal educado, nem um "sem limites"; era apenas uma pessoa diferente e, como todas outras pessoas diferentes, pode e deu certo na vida.

Hoje ele é feliz, tem uma namorada, estuda o que gosta, tem muitos amigos, sua família se orgulha dele e, acima de tudo, ele próprio sabe o que tem e vive feliz com a sua realidade.

Ele deseja que o que ele sofreu, outras pessoas não sofram um dia.

Ele?

Sou eu...

Beto

Obs: Solicitamos em caso de reprodução do texto, citar o nome do autor e a fonte (copyright).

Quadro clínico

Sintomas em crianças e adolescentes:

As crianças com TDAH, em especial os meninos, são agitadas ou inquietas. Frequentemente têm apelido de "bicho carpinteiro" ou coisa parecida. Na idade pré-escolar, estas crianças mostram-se agitadas, movendo-se sem parar pelo ambiente, mexendo em vários objetos como se estivessem "ligadas" por um motor. Mexem pés e mãos, não param quietas na cadeira, falam muito e constantemente pedem para sair de sala ou da mesa de jantar.

Elas têm dificuldades para manter atenção em atividades muito longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes. Elas são facilmente distraídas por estímulos do ambiente externo, mas também se distraem com pensamentos "internos", isto é, vivem "voando". Nas provas, são visíveis os erros por distração (erram sinais, vírgulas, acentos, etc.). Como a atenção é imprescindível para o bom funcionamento da memória, elas em geral são tidas como "esquecidas": esquecem recados ou material escolar, aquilo que estudaram na véspera da prova, etc. (o "esquecimento" é uma das principais queixas dos pais). Quando elas se dedicam a fazer algo estimulante ou do seu interesse, conseguem permanecer mais tranquilas. Isto ocorre porque os centros de prazer no cérebro são ativados e conseguem dar um "reforço" no centro da atenção que é ligado a ele, passando a funcionar em níveis normais. O fato de uma criança conseguir ficar concentrada em alguma atividade não exclui o diagnóstico de TDAH. É claro que não fazemos coisas interessantes ou estimulantes desde a hora que acordamos até a hora em que vamos dormir: os portadores de TDAH vão ter muitas dificuldades em manter a atenção em um monte de coisas.

Elas também tendem a ser impulsivas (não esperam a vez, não lêem a pergunta até o final e já respondem, interrompem os outros, agem antes de pensar). Frequentemente também apresentam dificuldades em se organizar e planejar aquilo que querem ou precisam fazer. Seu desempenho sempre parece inferior ao esperado para a sua capacidade intelectual. O TDAH não se associa necessariamente a dificuldades na vida escolar, embora esta seja uma queixa frequente de pais e professores. É mais comum que os problemas na escola sejam de comportamento que de rendimento (notas).

Um aspecto importante: as meninas têm menos sintomas de hiperatividade-impulsividade que os meninos (embora sejam igualmente desatentas), o que fez com que se acreditasse que o TDAH só ocorresse no sexo masculino. Como as meninas não incomodam tanto, eram menos

encaminhadas para diagnóstico e tratamento médicos.

Sintomas em adultos:

A existência da forma adulta do TDAH foi oficialmente reconhecida apenas em 1980 pela Associação Psiquiátrica Americana. E, desde então inúmeros estudos têm demonstrado a presença do TDAH em adultos. Passou-se muito tempo até que ela fosse amplamente divulgada no meio médico e ainda hoje, observa-se que este diagnóstico é apenas raramente realizado, persistindo o estereótipo equivocado de TDAH: um transtorno acometendo meninos hiperativos que têm mau desempenho escolar. Muitos médicos desconhecem a existência do TDAH em adultos e quando são procurados por estes pacientes, tendem a tratá-los como se tivessem outros problemas (de personalidade, por exemplo). Quando existe realmente um outro problema associado (depressão, ansiedade ou drogas), o médico só diagnostica este último e “deixa passar” o TDAH.

Atualmente acredita-se que em torno de 60% das crianças com TDAH ingressarão na vida adulta com alguns dos sintomas (tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade) porém em menor número do que apresentavam quando eram crianças ou adolescentes. Para se fazer o diagnóstico de TDAH em adultos é obrigatório demonstrar que o transtorno esteve presente desde criança. Isto pode ser difícil em algumas situações, porque o indivíduo pode não se lembrar de sua infância e também os pais podem ser falecidos ou estar bastante idosos para relatar ao médico. Mas em geral o indivíduo lembra de um apelido (tal como “bicho carpinteiro”, etc.) que denuncia os sintomas de hiperatividade-impulsividade e lembra de ser muito “avocado”, com queixas freqüentes de professores e pais.

Os adultos com TDAH costumam ter dificuldade de organizar e planejar suas atividades do dia a dia. Por exemplo, pode ser difícil para uma pessoa com TDAH determinar o que é mais importante dentre muitas coisas que tem para fazer, escolher o que vai fazer primeiro e o que pode deixar para depois. Em consequência disso, quem TDAH fica muito “estressado” quando se vê sobrecarregado (e é muito comum que se sobrecarregue com freqüência, uma vez que assume vários compromissos diferentes), pois não sabe por onde começar e tem medo de não conseguir dar conta de tudo. Os indivíduos com TDAH acabam deixando trabalhos pela metade, interrompem no meio o que estão fazendo e começam outra coisa, só voltando ao trabalho anterior bem mais tarde do que o pretendido ou então se esquecendo dele.

O portador de TDAH fica com dificuldade para realizar sozinho suas tarefas, principalmente quando são muitas, e o tempo todo precisa ser lembrado pelos outros sobre o que tem para fazer. Isso tudo pode causar problemas na faculdade, no trabalho ou nos relacionamentos com outras pessoas. A persistência nas tarefas também pode ser difícil para o portador de TDAH, que freqüentemente “deixa as coisas pela metade”.

ANEXO 3. Quadro com a sistematização das matérias retiradas da revista Nova Escola.

Título	Ano/Edição	Especialistas consultados
Como lidar com a criança hiperativa	JUNHO 1986 – V. 1, n. 4.	Psicanalista
<p>Excertos:</p> <p>É preciso entender a agressividade para, depois, lidar com ela. [...]</p> <p>Uma atitude agressiva, na verdade pode ser tudo: uma tomada de posição, uma marcação de limites, um gesto de auto-afirmação, uma recusa a aceitar a autoridade...e até um grito de socorro. [...]</p> <p>Para entendermos o que está sendo dito por trás de um gesto agressivo, para entendermos o que ele realmente simboliza, precisamos escutar o inconsciente. Escutar o que está ali, armando relações, mas escondido, negado, e que por isso sai no chute, na explosão, no tapa. [...]</p> <p>Numa situação agressiva, o que existe de fato é um comportamento a ser decifrado.</p> <p>Uma criança descontrolada, que está sempre frustrada, xingando e chutando tudo, essa criança precisa de ajuda. [...] O que devemos, como educadores, é dar a essa criança recursos de linguagem, para que ela seja capaz de expressar verbalmente o que se passa dentro dela.</p>		

O que fazer para descobrir o ritmo de cada aluno.	SETEMBRO 1986 – v.1, n. 6	Psicanalista
<p>Conhecer a personalidade e o ritmo de cada aluno é muito importante para conseguir um bom rendimento no seu trabalho em sala de aula.</p> <p>[...] você começa a descobrir a 'natureza' de cada uma: aquela que passa o tempo todo quietinha, sem falar e quase sem se mover, e aquela que não agüenta esperar sua vez e a toda hora tenta interromper.</p> <p>Há crianças que, por personalidade, têm muito maior capacidade de manter a atenção concentrada. Gostam de ficar sentadas, montar suas coisas, ler um livro tranquilamente. Podem produzir bem dentro de situações que exijam dela certa calma, mas se mantêm quase ausentes em 'situações' de grupo. Cabe a você</p>		

chamá-las a participar.

Outras crianças, também por personalidade, têm uma atividade motora muito acentuada. Podem até suportar ficar sentadas durante todo o tempo de aula – já que se trata de uma ordem, elas obedecem. Mas não conseguem prestar atenção nem produzir. São as que nos grupos, não têm paciência para esperar a sua vez.

Crianças diferentes têm ritmos diferentes. A que demora a entender alguma coisa às vezes assimila e guarda melhor que a outra.

Elas devem pegar tudo para você no armário, apagar a lousa, buscar não sei o quê, não sei onde...

No Ceará a psicoterapia entra na briga	DEZEMBRO 1986 V.1, n. 9.	Psicólogos
Um projeto começa a acompanhar, através da Psicologia, as dificuldades de aprendizado e o desinteresse dos alunos.		

Indisciplina: o problema está na falta de limites	AGOSTO 1995 V.10, n.86.	Pedagoga
Para trabalhar de forma eficaz com a questão da (in)disciplina, diminuindo ou eliminando o problema, é necessário levar em conta os fatores que a determinam – sociais, familiares, escolares, do professor e do próprio aluno. E também atuar sempre em conjunto com as partes envolvidas. Se o problema, como avalia a professora Maria Gomes, é gerado pela falta de limites em casa, o melhor a fazer é entrar em contato com os pais e conversar com eles sobre o que está acontecendo. Mostre a eles que a família pode ajudar tomando algumas atitudes, todas elas centradas no diálogo.		

O problema da agressividade	SETEMBRO 1995 V.10, n.87.	Psicopedagoga especialista em distúrbios de aprendizagem
------------------------------------	------------------------------	--

A cada dia, aumenta a agressividade dos alunos. Por quase nada saem aos tapas e armam brigas feias na própria sala de aula. De onde vem essa agressividade? O que fazer para enfrentá-la? [Carta de uma professora]

Alguns valores estão em desuso em nossa sociedade, como a tolerância, o respeito ao outro, a compreensão, a paciência. Assim como a família, a escola tem um papel importante na modificação desse quadro. Aprender é um ato de afetividade. Só aprendemos através dos sentidos, das sensações, das ações. A ação escolar precisa ser canalizada para uma aprendizagem construtiva, que ensine as crianças a conviver, a ouvir, a compartilhar seu espaço – que ensine, enfim, a participação corporal, mental e afetiva do grupo. Dêem espaço aos seus alunos, ouçam o que eles têm a dizer, trabalhem com o querer, o sentir, o pensar. O egocentrismo será aos poucos inibido e o esforço para perceber o outro só poderá resultar em tolerância e respeito.

Explorar a diversidade	OUTUBRO 1995 V.10, n. 88.	
<p>As diferenças são até bem vindas. O educador precisa ter segurança para integrar as diferenças e não deve esquecer que o desempenho dos alunos depende em grande parte da história pessoal de cada um. Como recurso didático você pode sugerir a seus colegas que distribuam os alunos os alunos segundo as seguintes características de suas personalidades.</p> <p>Os agitados, por exemplo, ficariam próximos á parede, os quietinhos próximos à janela e os apáticos, ou aéreos, nas fileiras do meio.</p>		

Saiba como lidar com os capetas da sala de aula	NOVEMBRO 1995 V.10, n.89.	Psicopedagoga especialista em distúrbios da aprendizagem
<p>Muitas vezes as crianças estão reagindo à mesmice da escola e à falta de desafios. [Elas concluem] que a escola não serve para nada. Essa conclusão se manifesta em dispersão, hiperatividade, indisciplina.</p> <p>É fundamental rever as estratégias de ensino para torná-las mais dinâmicas, elásticas e estimulantes.</p>		

Dicas para sossegar	ABRIL 1996	Psicóloga
----------------------------	------------	-----------

alunos indóceis	V.11, n.92.	
<p>Cada criança é um ser único. Possui sentimentos, desejos, tendências, aptidões e ritmo próprios. Precisa ser aceita e respeitada em sua individualidade.</p> <p>É importante que (os professores) aprendam a encontrar soluções criativas para os problemas que a vida certamente colocará em seus caminhos.</p> <p>Uma criança de sete anos não possui o desenvolvimento neuromotor necessário para ficar quieta, em silêncio e sem atividades enquanto espera seus colegas terminarem a lição.</p>		

Carinho e firmeza	atenção MAIO 1997 V.12, n.102.	Psicóloga e consultora de escolas e empresas sobre comportamento infantil.
<p>Onde estão os pais, que não educam mais os filhos?</p> <p>As crianças chegam à escola quase sem limites.</p> <p>O ato de educar exige firmeza. Não tenha medo. Colocar limites não é agredir a criança ou desrespeitá-la, mas ajudá-la a se tornar um ser humano mais útil, que usa melhor seu potencial.</p> <p>Preocupe-se em observar o aluno com atenção. Às vezes a criança precisa de ajuda especializada. Por trás de um comportamento agressivo ou hiperativo, podem estar escondidos o sofrimento e a necessidade de se defender.</p>		

Essas crianças que não têm sossego	DEZEMBRO 1997 V.12, n.108.	Psicóloga
<p>O que é a hiperatividade? A criança hiperativa pode frequentar escolas normais? [leitora]</p> <p>Antes de tudo tenha em mente que a hiperatividade não é uma doença. Descrita como um sintoma que se manifesta até os 7 ou 8 anos de idade, ela pode estar encobrendo dificuldades mais sérias no desenvolvimento motor, perceptivo ou emocional da criança.</p> <p>Um aluno hiperativo não pára quieto. Faz muitas perguntas e não espera as respostas. Pode ser agressivo com os colegas e é considerado desastrado, pois constantemente se envolve em acidentes.</p>		

Se você tem em classe um aluno com essas características, o melhor a fazer é encaminhá-lo para uma avaliação médica. O psicólogo analisará o caso com base em dados colhidos na escola, de seu contato com o estudante e de testes intelectuais, motores, emocionais e pedagógicos.

A hiperatividade pode se manifestar, por exemplo, em uma criança que esteja com depressão ou que tenha sofrido um trauma, como a separação dos pais. Quando a criança consegue superar o problema, o sintoma pode desaparecer sozinho.

Algumas vezes, porém, a hiperatividade é decorrência de uma disfunção cerebral conhecida como “síndrome do déficit de atenção” ou de outros transtornos neurológicos. Nestes casos, somente tratamento específico poderá ajudar a criança.

Indisciplinado hiperativo?	ou	MAIO 2000 V. 15, n.132.	Coordenadora pedagógica, psiquiatra, psicóloga.
<p>Na sala de aula ele é o “pestinha”: arranca os brinquedos dos colegas, anda de um lado para o outro, não fica mais de dois minutos sentado no mesmo lugar. Nunca termina as tarefas solicitadas e sai da sala várias vezes sem pedir licença. Em algumas ocasiões chega a ser agressivo. Esse comportamento, geralmente confundido com indisciplina, é característico de um distúrbio de atenção que atinge cerca de 5% das crianças de todo o mundo: a hiperatividade.</p> <p>Conhecer os sintomas e aprender a lidar com esse problema é uma obrigação de qualquer professor que não queira causar danos aos alunos. Afinal, a demora em diagnosticar pode trazer consequências sérias para o desenvolvimento da criança.</p> <p>Professor observe!</p> <p>Geralmente os hiperativos se mexem muito durante o sono quando bebês. São mais estabados assim que começam a andar.</p> <p>O distúrbio ainda não tem uma causa única comprovada. Sabe-se que a origem é genética e que seus portadores produzem menos dopamina, um neurotransmissor responsável pelo controle motor e pelo poder de concentração, que atua com maior intensidade nos gânglios frontais do cérebro. Isso explica o fato de os hiperativos não se concentrarem e esquecerem facilmente o que lhes é pedido. Pela alta incidência em meninos – cerca de 80% dos casos –, acredita-se que o problema possa estar relacionado também ao hormônio masculino testosterona.</p> <p>Os professores que tem alunos hiperativos precisam de paciência e disponibilidade, pois eles exigem tratamento diferente, mais atenção e uma rotina especialmente estimulante.</p> <p>Os pais chegaram avisando que o filho precisava de limites claros, pois era “desobediente e mal educado”. Bastaram dois meses para a educadora suspeitar de hiperatividade. A escola então sugeriu aos pais uma consulta com um psiquiatra</p>			

ou neurologista para confirmar o diagnóstico e, simultaneamente passou a trabalhar de forma diferenciada com o garoto. **Ele era colocado junto de alunos mais tranquilos, para que sua agitação não encontrasse seguidores, e nas atividades de roda a professora estava sempre ao seu lado.**

Todas as manhãs, Vicente faz três riscos com giz no quadro-negro. É o número de vezes que pode sair. Sempre que ele se levanta ele apaga uma das marcas.

Nem sempre os pais admitem que o filho é hiperativo. “Muitos acham que a criança é esperta demais e, por isso, está sempre interessada em novidades”, afirma Helena Samara [diretora de escola]. Além disso, eles acreditam que o tratamento com medicamentos pode tirar a espontaneidade do pequeno.

O tratamento é feito por um período de no mínimo dois anos, mas deve durar até a adolescência, quando os sintomas diminuem ou desaparecem, graças ao amadurecimento do cérebro, que equilibra a produção da dopamina.

Para a psicóloga Mônica Duchesne, da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, outra consequência da hiperatividade é a baixa auto-estima das crianças, que surge quando elas notam que são diferentes das demais – em alguns casos, são as únicas a não concluir o dever. “Isso pode criar um estigma que traz repercussões sociais, analisa”.

O aluno Matheus, cujos pais também refutam o diagnóstico de hiperatividade sofreu essas consequências. Ele se sentia inferior porque era repreendido por seu comportamento agressivo. As professoras, então, começaram a elogiar o que ele produzia. Seis meses depois, notaram diferença: Ele está afável com os amigos e já relata em casa o que faz na escola, sinal de que sua percepção aumentou.

Para [a psicóloga], se a hiperatividade não for adequadamente tratada na infância, pode deixar sequelas na fase adulta, como desorganização para executar tarefas e rotinas diárias, distração excessiva, sonolência diurna e cansaço mental. Além disso, a pessoa corre o risco de se tornar hipersensível a críticas e irritadiça, apresentar aparente falta de motivação e rancor exagerado, bem como problemas de memorização.

Como lidar com a agitação dos alunos [algumas]:

Crianças hiperativas podem apresentar melhoras consideráveis em seu comportamento e desenvolvimento pedagógico se algumas regras forem seguidas [dicas de Mônica Duchesne, da ABDA, e Ênio Andrade, psiquiatra do Ambulatório de Hiperatividade do Hospital das Clínicas de São Paulo).

- Dê tarefas curtas ou intercaladas, para que eles possam concluí-la antes de se dispersar;
- Elogie sempre os resultados;
- Use jogos e desafios para motivá-los;
- Valorize a rotina, pois ela deixa as crianças mais seguras, mas mantenha sempre elevado o nível de estímulo, através de novidades no material pedagógico;
- Permita que elas compensem os erros: sutilmente, faça-as pedir desculpas quando ofenderem os colegas ou convença-as a arrumar a bagunça em classe;

- Dê uma função oficial às crianças, como a de ajudante do professor; isso pode melhorar o relacionamento delas com os colegas e abrir espaço para que elas se movimentem mais;

- Oriente os pais a procurar um psiquiatra, um neurologista ou um psicólogo.

Exclusivo Online:

Dicas práticas para lidar com hiperativos e um teste para diagnosticar casos de desatenção, você encontra no Site do Professor: www.novaescola.com.br

Jogos para melhorar a atenção	MAIO 2001 V.16, n.42	
<p>Sempre que se reuniam para discutir questões pedagógicas, os professores da Escola Municipal Mabio Gonçalves Palhano, em Londrina, interior do Paraná, levantavam uma mesma questão: como lidar com a falta de atenção de alguns alunos das séries iniciais? “Sabíamos da necessidade de oferecer algo estimulante para eles”. A professora de educação física encontrou uma solução: complementar as aulas de reforço [...] com jogos de atenção. [...] Como quebra-cabeças, jogo da velha, disputas de tabuleiro e brinquedos bem populares, como dança das cadeiras e pega-pega.</p> <p>O resultado logo apareceu: estudantes mais concentrados, mais interessados e, sobretudo, mais confiantes.</p>		

	AGOSTO 2001 V.16, n. 144.	
<p>Uma criança de 7 anos tem um poder concentração de 5 a 10 minutos, no máximo; além disso, ele dispersa. Mas o professor dá uma aula expositiva de 40 minutos! Se ele soubesse dessa limitação física, provavelmente perceberia que teria de mudar sua aula.</p>		

A indisciplina como aliada	JAN/FEV 2002 V.17, n. 149.	
-----------------------------------	-------------------------------	--

Como enfrentar os “rebeldes”

- Esqueça a imagem do aluno “ideal”;
- Observe a criança e o grupo com atenção;
- Converse com os que atrapalham a aula, ouvindo suas razões; - Não rotule o aluno, em hipótese alguma;
- Esclareça as consequências para a aprendizagem das atitudes consideradas inadequadas;
- Procure criar situações, com histórias ou brincadeiras que levam a turma a refletir sobre o comportamento de um ou mais colegas, sem expô-los;
- Não abra mão de seu objeto de trabalho, que é o conhecimento;
- Diferencie as aulas, evitando rotinas; lembre-se de que os conteúdos podem ser atitudinais, e não apenas factuais e conceituais.

Augusto era tido como o terror em pessoa. [...] Era conhecido desde a 1ª série como agressivo e desinteressado. [A professora] começou a pedir ajuda na arrumação da sala e na distribuição e recolhimento de material. Em pouco tempo, ele tomou a iniciativa de abandonar as carteiras do fundo e a sentar-se na frente. Passou a prestar atenção, a frequentar as classes de reforço e a oferecer-se para executar as mais variadas tarefas.

Inquieto ou hiperativo?	MAIO 2003 V. 18, n. 162.	Doutora em Educação
<p>Qual a diferença entre a agitação natural das crianças e o transtorno de déficit de atenção?</p> <p>Sintomas de desatenção e hiperatividade ansiosa podem ser considerados normais em crianças que acabaram de passar por situações traumáticas como a perda de uma pessoa querida. Nesses casos em geral as manifestações são passageiras. O que os diferencia do transtorno de déficit de atenção é a duração do problema. Fique atento e verifique se a inquietude é insistente – mais de cinco ou seis meses. Pode ser sinal de que a desatenção é provocada não por questões pontuais, mas por distúrbios mais profundos.</p> <p>Eles não param quietos e são confusos na organização das ideias e dos trabalhos.</p> <p>Alunos que apresentam essa síndrome distraem-se com qualquer estímulo, como uma buzina de automóvel ou uma pessoa que passa. [não poderíamos substituir por “atentam para uma buzina de automóvel ou uma pessoa que passa”?] Em brincadeiras e jogos, não dão atenção às regras, se remexem na cadeira, falam demais e interrompem quem está falando. Enfim, estão sempre “a mil”.</p> <p>Você vai precisar da ajuda dos pais, de um psicólogo ou psiquiatra e de colegas mais</p>		

experientes.

COMO LIDAR

- Ao falar com ele, olhe-o nos olhos e leve suas dúvidas em consideração.
- Coloque-o sentado em uma carteira próximo a você.
- Ajude-o a organizar cadernos, pesquisas e atividades em sala. Divida o trabalho em pequenas tarefas e ensine a utilizar de forma sistemática agendas e cronogramas.
- Mantenha o ambiente organizado e sem focos de distração.
- tenha paciência e simplifique as instruções das atividades.
- Estabeleça regras e limites e repita as diretrizes sempre que possível.
- Encaminhe-o à avaliação psicológica.

	JUNHO/JULHO 2003 V. 18, n.163	
Conhecendo como o cérebro guarda informações você vai ajudar os alunos a fixar os conteúdos estudados em classe. Entenda o cérebro e ensine melhor.		

Agressividade é assunto seu	NOVEMBRO 2003 V.18, n. 167.	Escritor, educador, psicanalista, fonoaudiólogo
A agressividade é um processo primário presente em todo ser humano. Nossa civilização não existiria, tal qual a conhecemos, se não fosse a luta travada pelos homens diante do domínio das forças da natureza.		
Calma, isso pode ser estresse. E tem jeito.		
Seu aluno anda irritado agressivo e não consegue ficar parado. Tira a concentração dos colegas, atrapalha a aula, não presta atenção nas explicações e se sai cada vez pior nas avaliações. [...] Ele pode sofrer de estresse. O problema é que os sintomas se confundem com mau comportamento, rebeldia ou hiperatividade.		

Déficit de atenção: um diagnóstico que você pode fazer	MAIO 2004 V. 19, n. 172.	Coordenadora pedagógica de uma escola, psicanalista, orientadora educacional.
---	-----------------------------	---

Algumas crianças vivem no mundo da lua, outras parecem plugadas na tomada. Mas nem todas precisam de tratamento. Que tal medir o grau de TDA do seu aluno, antes de encaminhá-lo ao psicólogo?

Alunos agitados ou desatentos sempre causam preocupação. Antes de atribuir a eles algum tipo de perturbação, contudo, é preciso observá-los atentamente. Existe hoje uma tendência pelo diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção (TDA). Mas nem sempre o comportamento que destaca a aluno do grupo está relacionado ao distúrbio. Há uma série de componentes sociais que também levam a criança a manifestar-se de modo não convencional. Por isso, informar-se sobre o assunto ou conversar com os pais são os primeiros passos na busca de um encaminhamento para a questão.

Apesar de a medicina ainda não contar com dados conclusivos sobre formas de tratamento, o TDA é considerado um distúrbio psiquiátrico, portanto uma doença.

De um lado há o temor de que diagnósticos errados levem crianças com apenas 6 anos a usar medicamentos controlados – os de tarja preta. De outro, existe a necessidade de identificar o transtorno com a ajuda médica e fazer uso do tratamento.

Há dois anos a escola acolheu um menino diagnosticado e tomando medicação. A equipe conseguiu integrá-lo ao grupo com estratégias nada complicadas, como sentá-lo sempre na primeira fileira, e manter contato estreito com a família.

O TDA pode se manifestar de maneiras opostas. Uma delas mais frequente em meninas, se caracteriza pela desatenção. Os alunos parecem fingir que não escutam quando lhe dirigem a palavra e têm dificuldade em seguir instruções ou concluir tarefas.

De outro tipo de TDA, que acomete mais meninos, resultam a hiperatividade ou a impulsividade. Os hiperativos mexem-se sempre, falam muito e não se envolvem silenciosamente nos projetos. Os impulsivos, por sua vez, antecipam respostas antes da questão ser concluída, intrometem-se nas tarefas dos outros e nunca esperam a vez.

Uma série de tratamentos vem sendo pesquisados, mas nada se mostrou superior à associação de remédios com acompanhamento psicológico.

Me espantei com a inteligência do pestinha	JAN./FEV. 2005	
---	----------------	--

	V. 20, n.179.	
<p>Tínhamos na escola um aluno que fazia muita bagunça e todo tipo de travessura. Um dia enquanto tentava ensinar para a turma palavras com acento agudo, o garoto subiu no armário, no canto da sala, ameaçando pular. Eu havia planejado tudinho para essa aula – seguindo as orientações da coordenadora. Mas onde estava o meu caderno de anotações? O aluno tinha levado para cima do armário. Quase em pânico, eu não lembrava nenhum exemplo de frase com palavras acentuadas. Então escrevi no quadro-negro a primeira coisa que veio à minha cabeça e pedi para a turma acentuar: “A jiboia bebe cafe na xícara”, Nesse momento, o menino, que, de acordo com psicólogos, tinha “lesão mental”, falou: “Professora, quem escreveu essa frase é muito burro. Onde já se viu jibóia beber café e ainda na xícara?” Foi um choque! Parei a aula e disse que ele tinha toda razão. A partir daquele dia, comecei a olhar para o “pestinha” de outra maneira... E ele se tornou o ajudante da professora “burrinha”. Depois de dez anos, somos ótimos amigos e nos admiramos muito.</p>		
O corpo ajuda o aluno a aprender		Psicomotricista
<p>Durante a Educação Infantil, a necessidade de movimentar-se é mais respeitada pela escola: o corpo é usado em brincadeiras, em atividades de arte e música etc. A criança pode correr, pular, espreguiçar-se sem censura alguma. O problema é na passagem para a 1º série. Geralmente, os professores exigem uma postura totalmente diferente do que era permitida até então. Com 7 anos os alunos são colocados em carteiras, precisam ficar quietos, supostamente prestando atenção no mestre – forma pela qual estaria incorporando os conteúdos. [...] Os momentos de usar o corpo ficam restritos à hora do recreio e às aulas de Educação Física.</p> <p>ESCOLA: O que pode acontecer a uma criança que é obrigada a ficar sentada muito tempo?</p> <p>LEVIN: A obrigação de deixar o corpo estático, sem movimento, pode ser uma das causas da hiperatividade – um dos distúrbios de aprendizagem mais comuns hoje em dia – ,de manias e de comportamentos repetitivos sem significados.</p>		
É assim que se aprende		
<p>Está provado: um aluno emocionalmente envolvido com o conteúdo aprende mais. Saber como funciona o cérebro da criança vai ajudar você, professor, a planejar suas aulas e a escolher as melhores atividades para a turma.</p> <p>Se por um lado a máquina cérebro perde em velocidade para o computador, por outro, ganha por ter a capacidade de operar vários circuitos ao mesmo tempo. Um exemplo: quando a criança lê, faz funcionar vários circuitos cerebrais, como os que armazenam o vocabulário, a gramática, o discurso, sem contar todas as informações contidas na interpretação da imagem, por exemplo. Cada uma dessas funções tem um lugar certo no cérebro.</p> <p>Sem concentração, o cérebro não armazena nada, “Estar atento é abrir as portas sensoriais, linguísticas e cognitivas para o novo conteúdo”, afirma Sidarta Ribeiro, pesquisador da Duke University Medical Center, nos Estados Unidos. A atenção é produto da noradrenalina, que ajuda a deixar os sentidos voltados para a realização de uma atividade e turbinava a superfície do cérebro (córtex), onde ficam as memórias.</p>		

Todo esse processo é desencadeado por decisão da pessoa em se concentrar (com a ordem para a noradrenalina ser distribuída vindo do lobo pré-frontal, parte do córtex responsável pelas operações mentais sofisticadas) ou por estímulos externos.

O que você espera deles?	ABRIL 2005	
<p>Ao mesmo tempo que não acreditam nos alunos, muitos professores não confiam também na apropriada capacidade de ensinar. Maria Cristina Mantovanini [psicopedagoga] percebeu que, ao encaminhar uma criança ou adolescente a especialistas, como médico ou psicólogo, muitos professores se sentiam diminuídos, como se o magistério não desse conta do recado.</p> <p>Lael [professora de educação especial] já recebeu na APAE muitas crianças com diagnósticos errados. As escolas encaminhavam os estudantes para se livrarem dos “problemas”. “O professor deve entender que casos de saúde são resolvidos por um médico, que questões emocionais podem ser amenizadas por um terapeuta e que quem domina o processo de aprendizagem é ele”, ressalta Maria Cristina. Ela destaca que a consciência do valor do magistério aumenta a confiança dos educadores na própria capacidade e também na dos estudantes.</p>	V. 20, n. 181.	

Aluno agressivo? Ele precisa de afeto e de limites	AGOSTO 2005	Professor de Filosofia da Educação, Prof ^a de Psicologia e Orientação Educacional; Diretora de espaço infantil; terapeuta.
<p>Até os 3 anos de idade, dar tapas, empurrar o amigo ou qualquer outro tipo de contato físico pode significar desejo de aproximação e não necessariamente vontade de incomodar.</p> <p>Entre as causas estão a falta de cuidado e a violência.</p> <p>Entre os fatores desencadeadores de procedimentos agressivos estão: temperamento difícil e impulsivo; falta de carinho; violência física ou emocional; ausência de limites ou tolerância excessiva dos pais; excesso de energia mal canalizada; necessidade de experimentar limites até reconhecer os próprios controles; não tolerar frustrações; deficiências físicas ou mentais ainda não descobertas.</p> <p>A criança com comportamento agressivo pode estar passando por situações especiais sem o devido apoio, como separação dos pais, nascimento de um irmão ou morte de alguém querido.</p>	V. 20, n. 184.	

Uma das funções da escola é civilizar o indivíduo, não sendo condescendente com a agressividade exagerada.

Indique psicólogos de confiança ou sugira alternativas gratuitas em faculdades ou postos de saúde de sua região.

Comprimidos em excesso	MAIO 2007 V. 22, n. 202	Psicóloga, professora, pediatra, psicopedagoga, psiquiatra integrante da ABDA, neurologista.
-------------------------------	----------------------------	--

Encaminhar alunos “com dificuldades” aos consultórios médicos é cada vez mais comum, assim como o uso abusivo de remédios dentro e fora da escola. Tudo porque ainda há quem acredite que a criança que não aprende é doente.

Ao assumir a Secretaria de Educação do Distrito federal, [...] Maria Helena Guimarães de Castro sabia que teria de combater os altos índices de repetência – 20% no Ensino Fundamental. Ela reuniu uma equipe de técnicos e pedagogos para investigar as causas dessa tragédia e ficou chocada com algumas justificativas. No lugar de avaliações pedagógicas recebeu fichas clínicas. Grande parte das crianças é acusada pelos próprios professores de ser incapaz de aprender. “Só pode ser mais uma forma de exclusão”, indigna-se Maria Helena. Não se trata de ignorar as doenças, de acordo com ela, mas de expor (e discutir) uma espécie de tradição nas salas de aula: encaminhar os estudantes “difíceis” para os consultórios médicos.

Levantamento realizado em 2006 pelo Instituto de Saúde, de São Paulo, mostrou que mais de 50% dos encaminhamentos que chegam à rede pública de saúde são, na verdade, reclamações de dificuldade de aprendizagem. “Essa questão deve ser resolvida na escola, não em consultórios e hospitais”, afirma Sabrina Gasparetti Braga, psicóloga responsável pela pesquisa.

“O estigma de ser tachado de incapaz é cruel e paralisa uma criança para o resto da vida. A culpa do fracasso escolar não pode mais ser atribuída a ela”, completa Cecília [professora].

Nos Estados Unidos, pesquisa realizada pelo jornal The New York Times revelou que em 2006 cerca de 1,6 milhão de crianças e adolescentes tomaram pelos menos duas drogas psiquiátricas combinadas. Desse total quase 300 mil tinham menos de 10 anos!

Muitos médicos argumentam que a facilidade de acesso aos remédios se explica porque a medicina está evoluindo e consegue detectar novos transtornos – todos eles típicos da infância e adolescência e agravados pelo ritmo frenético da vida atual. “A ciência avançou, mas só uma pequena parcela da população tem acesso a tratamentos”, afirma o Psiquiatra Paulo Mattos, da Universidade de Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) [e também integrante da ABDA].

1. Como distinguir uma inquietude natural de um transtorno psíquico?

Na infância todos gostam de correr, pular, gritar. [...] O limite entre a normalidade e a doença está na frequência dessas atitudes. É preciso observar e acompanhar a vida do estudante por pelo menos seis meses para fazer um diagnóstico. Fatos traumáticos, como a separação dos pais ou a morte de um ente querido, podem gerar mudanças importantes, ainda que temporárias. O transtorno só se manifesta mesmo quando esse hábito passa a atrapalhar os relacionamentos e o desenvolvimento escolar.

Só um profissional de saúde tem condições de fazer essa avaliação.

2. Quem precisa de remédios? Como eles agem no cérebro

[...] Nos casos mais graves, as anfetaminas são os remédios mais recomendados para diminuir a falta de atenção e a agitação. As anfetaminas agem em uma área muito delicada, o sistema nervoso central e, de maneira semelhante à cocaína, aumentam a atividade cerebral. Após a estimulação, a produção dos neurotransmissores cai e a sensação de bem-estar vai embora. “O organismo cobra a conta pelo gasto excessivo dessas substâncias”, explica o neurologista Vicente José Assêncio-Ferreira.

Atenção artificial: Após a ingestão, o medicamento atua no lóbulo frontal e no tronco cerebral, áreas responsáveis pela capacidade de motivação e concentração. Assim, a criança fica mais ligada na aula.

Efeito da medicação: A droga atua para superativar a produção de dopamina e serotonina, substâncias químicas que causam o estado de alerta e o bem-estar.

Da euforia à depressão: Quando acaba o efeito do remédio, há queda na produção dos neurotransmissores e, com isso, a criança pode sentir depressão ou ficar prostrada. Esse efeito colateral acontece após cada dose da medicação ou no fim de um tratamento.

Você deve observar muito seu aluno antes de achar que os remédios são a solução para o menino que não se comporta do jeito esperado.

Os remédios não são a salvação para todos os males da vida moderna. E não há medicamento que possa substituir um bom professor. Em casos extremos, como autismo, transtorno bipolar, dislexia, depressão e outros transtornos, os remédios melhoram a capacidade de manter a atenção, o que se traduz em ganhos no rendimento escolar. O problema é que todos os alunos que fogem a um determinado padrão de normalidade estão sendo medicados para não incomodar e atender à expectativa de pais e professores”.

Pergunta da leitora: Criança que não pára quieta é hiperativa? (Ana Maria Fernandez, Juazeiro, BA)

Não, nem todos os agitados têm algum tipo de doença. Eles podem ser assim mesmo ou estar passando por algum momento difícil. Os principais sintomas da hiperatividade são esquecer objetos com muita frequência, falar excessivamente, distrair-se com facilidade e ter extrema dificuldade de organização.

Gabriela Mukai [...], aos nove anos, recebeu o diagnóstico de TDAH e dislexia. Mas a família e a escola encontraram uma alternativa mais adequada ao caso: atenção, respeito aos limites e acompanhamento constante. [...] Apesar do estigma, Gabriela

nunca foi reprovada, acompanha a turma – no seu ritmo – e pratica esportes para gastar energia. A direção apoiou totalmente a opção da família em não medicá-la e atua junto com a psicopedagoga Isabel Parolin. “Não há remédio que substitua um bom professor. Quem não entende que o mundo está agitado e que as crianças são o reflexo desse ritmo opta pela medicação”, diz Isabel.

Cabe a você, professor, contemplar todos, inclusive os muito agitados. Especialistas sugerem colocar os mais ativos perto de você, dar a eles estímulos e atividades diferenciadas capazes de explorar todos os sentidos e nunca promover tarefas extremamente longas.

Quais são os sintomas do TDAH? Ele tem cura?

A pessoa parece não ouvir ninguém e fica excessivamente inquieta e impulsiva. O cérebro recebe todos os estímulos do ambiente, mas é incapaz de focar em apenas um. Por ser uma síndrome de origem genética, se estende por toda a vida e, portanto, não tem cura. Na maioria dos casos o atendimento psicológico e o apoio da família e da escola são suficientes para atender às necessidades dos que sofrem de TDA.

Nunca é demais lembrar que cada criança é única e seu desenvolvimento depende dos estímulos recebidos. Pais agitados geralmente têm filhos agitados, assim como os mais imaginativos se desconcentram com mais facilidade – e nem por isso são doentes.

A maioria dos diagnósticos é feita com base nos sintomas clínicos relatados por professores e pais e interpretados por um pediatra, neurologista, psiquiatra ou psicólogo.

4 mitos da dislexia	JAN/FEV 2008	
*Seção saúde – Distúrbios de aprendizagem	V. 23, n. 209	
<p>Criança que não aprende é doente, dizem muitos. Mas a solução para as dificuldades de aprender a ler a escrever, entre outros problemas, passa primeiro pela sala de aula.</p> <p>Existe uma espécie de fantasma que assombra as salas de aula brasileiras. Ele atende pelo nome de dislexia e é corresponsável pelas dificuldades de milhões de crianças, sobretudo nas séries iniciais. Mas será que ela é a causa de tantos problemas de aprendizagem? É quase consenso que esse distúrbio é um grande obstáculo que impede o pleno desenvolvimento da leitura e da escrita. Especialistas ouvidos por NOVA ESCOLA, no entanto, discordam da análise. “Ela tem sido usada para justificar o fracasso escolar e a evasão e, com isso, muitos tiram o foco da baixa qualidade do ensino, deixando os alunos como os únicos responsáveis pelas deficiências”.</p> <p>E as causas genéticas e emocionais da dislexia? Se você prefere rotular seus alunos</p>		

em vez de se interessar pela forma como ele aprende conhecimentos não há muito a fazer. Se, contudo, você prefere acreditar que todos podem se desenvolver do ponto de vista cognitivo e intelectual, vai concordar que essa é uma das formas mais cruéis de barrar os avanços porque acaba por envolver também as famílias nesse processo preconceituoso de determinar o futuro das crianças.

Então a dislexia não existe? Sim, ela é uma doença catalogada. O que não está clara é a ideia estabelecida em alguns consultórios e sala de aula de que a patologia está na origem das dificuldades de aprendizagem. Os conhecimentos de pedagogia e os estudos sobre como se constrói o conhecimento simplesmente não são levados em conta nas discussões atuais sobre o tema. Talvez por isso pareça tranquilo “encaminhar” esses estudantes aos serviços de saúde.

Para a psicopedagoga Marice Ribenboim [...], marcar uma criança como portadora de um distúrbio é, em qualquer situação, uma forma de limitação.

Vinícius Lobo Camargo, 13 anos, nunca foi considerado um bom aluno. Para a sua mãe, as notas baixas e a falta de concentração pareciam o sinal de pouco empenho nos estudos, já que o garoto vai muito bem em Matemática e se comunica com facilidade.

Aos 9 anos, uma tia o levou a um centro especializado em dislexia para uma bateria de exames neurológicos, fonoaudiológicos e psicológicos. O resultado dos testes apontou dislexia severa. “Eu nunca gostei de ler e escrever mas estou provando que essa doença não me impede de aprender”, diz o menino. Hoje, Vinícius não toma nenhum tipo de medicação e frequenta a 7ª série numa escola pública de São Paulo. Quando necessário faz sessões de psicopedagogia e participa de aulas de reforço.

A melhor receita	MARÇO 2010 V.25, n.231.	Especialista em Neuropsicologia Infantil; neurologista especialista em distúrbios do desenvolvimento.
<p>Geralmente a inquietação costuma estar mais relacionada com a dinâmica da escola do que com o transtorno.</p> <p>Antes de sugerir que um aluno tem hiperatividade, veja se é a sua aula que não anda prendendo a atenção. Cinco pontos essenciais sobre esse transtorno.</p> <p>Há dias em que os alunos parecem estar a mil por hora e nada prende a atenção deles. Isso não significa que sejam hiperativos. O problema pode ter raízes na própria aula – atividades que exijam concentração superior à da faixa etária, propostas abaixo (ou muito acima) do nível cognitivo da turma e ambientes desorganizados e que favorecem a dispersão por exemplo. Em outras ocasiões, as cousas são emocionais.</p> <p>Quando ocorre o TDAH, [os sintomas] se mantêm e são tão exacerbados que prejudicam a relação com os colegas.</p> <p>Só o médico dá o diagnóstico.</p>		

Um levantamento realizado recentemente pela Unifesp aponta que 36% dos encaminhamentos por TDAH recebidos no setor de atendimento neuropsicológico infantil da instituição são originados da escola por meio de cartas solicitando aos pais que procurem tratamento para o filho. Em muitos casos, o transtorno não se confirma.

Nem todos precisam de remédio.

Entre os anos de 2004 e 2008, a venda de medicamentos cresceu 80%, chegando a cerca de 1,2 milhão de receitas, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Diversos especialistas criticam essa elevação apontando-a como um dos sinais da chamada “medicalização do Educação” – a ideia de tratar com remédios todo tipo de problema de sala de aula. “Muitas vezes, o transtorno não é tão prejudicial e iniciativas como a alteração da rotina da própria escola, para acolher melhor o comportamento do aluno, podem trazer resultados satisfatórios”, explica Schwartzman [neurologista]. Quando a medicação é necessária, os estimulantes à base de metilfenidato são os mais prescritos pelos médicos. Ao elevar o nível de alerta do sistema nervoso central, ele auxilia na concentração e no controle da impulsividade.

O que se espera é que, juntamente com o acompanhamento psicológico, as dificuldades se reduzam e deixem de atrapalhar a qualidade de vida.

O diálogo com a família é essencial. [...] É importante lembrar ainda que não é por causa do transtorno que os professores e pais devem pegar leve com a criança e deixar de estabelecer limites – a maioria das dificuldades gira em torno da competência cognitiva, da falta de organização e da apreensão de informações, e não da relação com a obediência.

O professor pode ajudar (e muito). Adaptar algumas tarefas ajuda a amenizar os efeitos mais prejudiciais do transtorno. Evitar salas com muitos estímulos é a primeira providência. Deixar os alunos com TDAH próximos a janelas pode prejudicá-los, uma vez que o movimento da rua ou do pátio é um fator de distração. Outra dica é o trabalho em pequenos grupos que favorece a concentração.

Já a energia típica dessa condição pode ser canalizada para funções práticas na sala, como distribuir e organizar o material das atividades.

Vale sempre avaliar se as atividades propostas são desafiadoras e se a rotina não está repetitiva. Esta, aliás, é uma reflexão importante para motivar não apenas os estudantes com TDAH, mas toda a turma.

Bullying: Consequências para vítimas e professores são parecidas	MAIO 2010 V.25, n.232.	
Uma pesquisa com mais de 5 mil alunos em todo Brasil realizada pela Plan – uma organização não-governamental de origem inglesa voltada para a defesa dos direitos da infância – mostrou que alguns dos efeitos da violência escolar atingem vítimas e agressores de forma semelhante. A perda de concentração e entusiasmo, por exemplo, afeta ambos.		

Em cena uma nova forma de pensar		Psicóloga educacional
<p>Adolescentes são rebeldes. Se alguém diz algo de que eles não gostam ou impõe proibições com as quais não concordam, eles rebatem, contestam e até gritam para defender suas opiniões.</p> <p>Novo raciocínio influencia juízo moral e a obediência a regras. [...] O jovem já consegue situar a lei fora da ordem. Por essa razão ele precisa de muito mais justificativas para acatar qualquer norma. Nessa fase, não costuma aceitar nada imposto, explica Luciene [psicóloga educacional]</p>		

Pau. Pedra. É o fim?	SETEMBRO 2010 V.25 n.235.	Doutora em psicologia escolar
<p>A agressividade faz parte da adolescência. Mas porque os jovens estão tão violentos? Entender o fenômeno é o primeiro passo para preveni-lo.</p> <p>Mudanças fisiológicas também explicam a parte da agressividade. Na passagem para a adolescência, o centro de recompensa, área cerebral relacionada à produção de serotonina (neurotransmissor responsável pela sensação de bem-estar) é reduzido à metade. Como os níveis da substância caem, o adolescente tem mais dificuldade em ficar satisfeito – daí vem a irritabilidade que marca o período.</p> <p>Há mais fatores em jogo. Pesquisas sugerem que o ambiente familiar é um dos aspectos que mais influenciam nas condutas agressivas.</p> <p>O correto é ensinar que todos, sem exceção, precisam respeitar o outro, independentemente de quem seja e do comportamento que adote.</p>		

Flerte perigoso	AGOSTO 2010 V.25, n. 234.	
<p>De início é preciso explicar que a atração por entorpecentes tem um forte componente biológico. A principal razão é que o chamado sistema inibitório, a área do cérebro responsável pela ponderação de atitudes, ainda está se desenvolvendo durante a adolescência. A dificuldade em dizer não, por sua vez, abre caminho para o estímulo do sistema dopaminérgico, relacionado à busca de recompensa. As substâncias psicotrópicas agem justamente sobre essa estrutura, influenciando a produção de hormônios responsáveis pela sensação de prazer.</p>		

Qual é a melhor maneira de lidar com uma criança considerada agressiva?	JUNHO/JULHO 2011 V.26, n.243.	Psicóloga educacional
<p>Entre 2 e 6 anos as crianças estão apenas no início de um longo processo de socialização mais elaboradas. É fundamental que você intervenha para favorecer esse desenvolvimento. [...] Ajude-o a verbalizar sentimentos. Se a criança for mais velha, auxilie-a a fazer um acordo com o colega agredido, dando-lhe a oportunidade de reparar o que fez.</p>		