

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROSELI DE MELO GERMANO MARQUES DOS SANTOS

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)  
na perspectiva de psicólogos que atuam na clínica e na escola

Maringá

2012

ROSELI DE MELO GERMANO MARQUES DOS SANTOS

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)  
na perspectiva de psicólogos que atuam na clínica e na escola

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilza Sanches Tessaro  
Leonardo

Maringá

2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROSELI DE MELO GERMANO MARQUES DOS SANTOS

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)  
na perspectiva de psicólogos que atuam na clínica e na escola

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilza Sanches Tessaro Leonardo  
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Proença Rebelo de Souza  
USP – São Paulo

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zaira Fátima de Rezende Gonzalez Leal  
PPI/Universidade Estadual de Maringá

## AGRADECIMENTOS:

Ao meu filho Vitor, luz que iluminou meu caminhar para essa direção, por todas as conquistas que me fizeram ver que não podemos impor limites às nossas possibilidades, e por ter me transformado numa pessoa melhor, obrigada.

À minha filha Olivia, por fazer meu coração bater mais forte com seu olhar sereno de menina transformada em mulher, mostrando a sua integridade, sua visão de mundo; obrigada pelo prazer de ser sua mãe.

Ao meu companheiro Alberto, pelos filhos que tivemos, pelo apoio nas horas mais difíceis, pelos nossos 26 anos juntos, pela participação direta e o apoio técnico nesta pesquisa, por ser a pessoa que me faz acreditar que a vida é muito melhor se tivermos ao nosso lado alguém para compartilhá-la. Amo muito você.

Ao meu irmão querido, Ricardo, pelo afeto concreto que me acompanha e me fortalece, de perto ou de longe, e por ser desses amores capazes de fazer, a qualquer momento, a vida ter sentido. Assim, simplesmente porque sim.

À minha orientadora, professora doutora Nilza Sanches Tessaro Leonardo, pela dedicação, pela segurança, pelos conhecimentos, por exigir e cobrar quando havia necessidade, por me estimular nos momentos de desânimo e por sua afetividade muitas vezes não revelada, mas sempre presente em cada gesto.

À professora doutora Marilene Proença Rebelo de Souza, pelas inestimáveis contribuições que enriqueceram este trabalho.

À professora doutora Zaira Fátima de Rezende Gonzalez Leal, que, ao longo destes anos, tanto me ensinou. Pelos ricos subsídios na fase decisiva deste trabalho. De modo especial, pelo carinho e incentivo.

Aos profissionais psicólogos que se dispuseram a participar da pesquisa. Sou grata a todos, pois sem a contribuição de vocês seria impossível a realização deste trabalho.

Aos colegas de turma do mestrado, que me proporcionaram aprendizado, novas experiências e desafios que me fizeram crescer teórica e profissionalmente.

À família, aos amigos e a todos os que de alguma forma fizeram parte de minha vida, pois cada um deles contribuiu para aquilo que sou hoje e, portanto, para concretização deste estudo.

Aos funcionários do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, pela cordialidade e solicitude.

## RESUMO

A maioria dos comportamentos considerados inadequados nas crianças têm sido diagnosticados como TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), com indicação de uso de medicação para seu controle. E a concepção dominante sobre o TDAH revela uma compreensão que desconsidera os fatores sociais, transformando-os numa das descrições médicas mais usadas para dar vazão ao mecanismo de psicopatologização das dificuldades que surgem na infância, especialmente na escola. Considerando isso, este estudo buscou estudar o transtorno por um viés crítico, procurando se afastar das concepções organicistas, que entendem os comportamentos hiperativos e desatentos das crianças como decorrentes de transtornos neurológicos. Para tanto, definiu-se como objetivos: aprofundar o conhecimento sobre a Teoria Histórico-Cultural, focando o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, sobretudo no desenvolvimento da atenção; e investigar a compreensão de psicólogos clínicos e escolares acerca do TDAH, buscando desvendar se eles atuam segundo a perspectiva biologizante/psicopatologizante, isto é, tratando como biológicos ou psicológicos conflitos que se relacionam com questões sociais, ou delas são sintomas. Tratamos os dados em grupos distintos – um com seis psicólogos escolares da Rede Pública de Ensino de três cidades do Paraná, outro com seis psicólogos que atendem em clínicas particulares –, na intenção de apurar nos dois ambientes, escola e clínica, se a concepção biologizante/psicopatologizante do TDAH predomina. O referencial teórico empregado na fundamentação e análise dos dados coletados pautou-se, principalmente, nos pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural, a qual se fundamenta no Materialismo Histórico-Dialético de Karl Marx, que considera o homem em suas relações de produção e em âmbito sócio-histórico. A coleta dos dados foi realizada pela técnica de entrevista semiestruturada. As informações colhidas foram submetidas à análise de conteúdo e organizadas em categorias. Os resultados apontam que a compreensão a respeito do TDAH por parte das participantes da pesquisa é corrompida pelo modelo médico de atendimento. Observou-se que a prática habitual tem sido a da admissão do uso da medicação como primeira opção. Verificou-se algumas intenções para a adoção de uma proposta crítica de atuação, fato que permeia a fala de determinados profissionais; no entanto, alguns ainda demonstram estar confusos, o que nos leva a observar a dificuldade de se posicionarem metodologicamente para a prática. Isso evidencia que há pouca apropriação dos conceitos fundamentais que primam por uma visão mais crítica no exercício da profissão. O material estudado permitiu concluir que, presentemente, aquilo que se considera como TDAH é, antes, um problema decorrente da forma como se estrutura e se organiza a sociedade e suas relações sociais de produção, também expressas na escola, que impede os indivíduos de desenvolverem suas funções psíquicas superiores (funções eminentemente humanas) de forma plena.

**Palavras-chave:** Psicologia Histórico-Cultural; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Atenção Voluntária.

## ABSTRACT

Most behaviors considered inadequate in children have been diagnosed as ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), with the indication of the use of medication in order to control it. The dominant conception about ADHD reveals a comprehension that ignores the social factors involved in its diagnosis, transforming it into one of the most adopted medical descriptions used to vent the mechanism of turning the difficulties emerged in childhood into psychopathologies, especially those that are related to school. Regarding this, the current inquiry focused on studying the disorder throughout a critical outlook, concerned about avoiding the Organicist conceptions built on the theme, which interpret hyperactive and distracted behaviors presented by children as consequences of neurological dysfunctions. In order to do so the following objectives have been defined: deepening the knowledge of the concepts of the Cultural-Historic Theory, focusing on the aspects that involve the development of the higher psychological functions, particularly regarding the development of attention; and investigating the comprehension adopted by clinical psychologists and scholars about the ADHD, in an attempt to discover if they operate according to the biological/psychopathological perspective, that is, treating the conflicts related to social issues as a biological or psychological phenomena, or if they function understanding these conflicts as symptoms of those issues. The data was treated within two different groups, one of them counting with six psychologists that work inside the public educational system in three cities located in Paraná state, and the other one with six psychologists that work in private clinics, with the objective of investigating if the biological/psychopathological ADHD perspective is the dominant paradigm in both educational and clinical environments. The theoretical framework adopted in the scientific foundation of the current work and the analysis of the collected data was mainly guided by the Cultural-Historic Psychology paradigm, which is based upon Karl Marx's Historical and Dialectic Materialism, a theoretical view that identifies men in his production relations on a social and historical extent. The data was collected using the semi structured interview technique. The gathered information was subjected to a content analysis and was organized in categories. The results demonstrate that the comprehension of the ADHD by the professionals interviewed in the research is corrupted by the medical treatment approach. It was observed that the common procedure adopted has been the acceptance of the use of medication as a first option of treatment. Intentions to adopt a more critical practice standard have been verified, intentions that permeate the speech of some professionals; however, some of them still demonstrate confusion about the theme, what leads us to observe their difficulty on adopting a methodological position on the practice. This shows that there is a small adhibition of fundamental concepts that value a more critical vision in the profession. The material studied allows us to conclude that, at the present times, what is considered to be ADHD is, at first, a problem that is emerged due to the way society and its social production relations are structured and organized, both factors that prevent the individuals from developing their higher psychological functions (eminently human functions) wholly.

**Key Words:** Cultural Historical Psychology; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Voluntary Attention.

[...] os jovens mudam inteiramente de caráter logo que principiam a ficar homens e, orientados pelas lições e pela experiência do mundo, entram na infeliz carreira da sabedoria. Vemos, então, desvanecer-se aos poucos a sua beleza, diminuir a sua vivacidade, desaparecerem aquela simplicidade e aquela candura tão apreciadas. E acaba por extinguir-se neles o natural vigor. [...] Um menino que falasse e agisse como um adulto não seria um pequeno monstro?

(Erasmus, Elogio da Loucura).

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Compreensão sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	61
Tabela 2: Como esses clientes/alunos chegam para atendimento/avaliação?.....	67
Tabela 3: Quando recebe um cliente/aluno com essa demanda (TDAH), como lida com ele?.....	72
Tabela 4: Quais são os encaminhamentos realizados diante da demanda?... ..	75
Tabela 5: O que pensa sobre a utilização da medicação para crianças com diagnóstico de TDAH?.....	78
Tabela 6: Quando essa criança precisa de medicação?.....	84
Tabela 7: Verbaliza à criança que ela tem TDAH?.....	87
Tabela 8: Qual a sua opinião sobre essa criança?.....	91
Tabela 9: Qual o comportamento dessa criança?.....	97
Tabela 10: Que abordagem teórica respalda sua prática?.....	100

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios diagnósticos do DSM-IV para TDAH.....	18
Quadro 2: Caracterização dos participantes.....	58

## SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	O TDAH (TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE) NOS LIVROS E MANUAIS: A COMPREENSÃO HEGEMÔNICA DO SEU SIGNIFICADO.....	13
1.1	Aspectos históricos.....	13
1.2	Das origens ou da etiologia.....	15
1.3	Do diagnóstico.....	17
1.4	Características e sintomatologia.....	21
1.5	Incidência.....	23
1.6	O tratamento.....	23
2	SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: COMPREENDENDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DE UMA SOCIEDADE HIPERATIVA.....	27
2.1	Do processo de desenvolvimento do homem.....	27
2.2	Das transformações no processo de trabalho: o capitalismo .....	29
2.3	Do processo de naturalização à medicalização das questões sociais...	33
3	A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL: DO PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES.....	35
3.1	Do desenvolvimento da função atenção.....	38
4	ALGUNS MARCOS HISTÓRICOS DA PSICOLOGIA NO BRASIL PARA COMPREENSÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO E ESCOLAR NA ATUALIDADE.....	45
5	A PESQUISA EMPÍRICA: A COMPREENSÃO DO TDAH ENTRE OS PSICÓLOGOS QUE ATUAM NA CLÍNICA E NA ESCOLA.....	56
5.1	Procedimento.....	57

5.2	Caracterização dos profissionais entrevistados.....	58
5.3	Material.....	59
5.4	Resultado e discussões.....	59
5.4.1	Compreensão sobre o transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade	60
5.4.2	Como esses clientes/alunos chegam para atendimento/avaliação.....	66
5.4.3	Quando se recebe um cliente/aluno com essa demanda (TDAH), como lida com ele? .....	70
5.4.4	Quais são os encaminhamentos realizados diante da demanda? .....	74
5.4.5	O que pensa sobre a utilização da medicação para crianças com diagnóstico de TDAH: .....	76
5.4.6	Quando essa criança precisa de medicação?.....	82
5.4.7	Verbaliza à criança que ela tem TDAH? .....	86
5.4.8	Qual a sua opinião sobre essa criança? .....	90
5.4.9	Qual o comportamento dessa criança? .....	96
5.4.10	Que abordagem teórica respalda sua prática? .....	100
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICES.....	117
	Apêndice 1: Autorização.....	117
	Apêndice 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	118
	Apêndice 3: Ficha de identificação dos participantes.....	120
	Apêndice 4: Roteiro de entrevista.....	121
	Apêndice 5: Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.....	122

## INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido uma das descrições médicas mais empregadas para dar vazão ao mecanismo de psicopatologização das dificuldades que aparecem na infância, em uma concepção biologizante do desenvolvimento e do psiquismo humano. Nessa concepção, a condição do TDAH afeta uma grande parcela da população, especialmente a infantil. Embora o problema não seja novo ou recente, foi apenas a partir do século XX que começaram a aparecer vários estudos nesta área. Não obstante o conhecimento sobre o TDAH na comunidade científica pareça estar bastante avançado, ainda permanecem muitas variáveis interferindo na compreensão, e nada parece ser muito conclusivo.

Os aspectos acima descritos e a nossa prática profissional como psicóloga atuante em clínica nos despertaram o interesse pelo tema em questão. Pois temos nos defrontado com um crescente número de clientes que vêm encaminhados com a queixa de TDAH. E em decorrência disso, realizamos dois estudos anteriores a este sobre a mesma temática.

O primeiro desses estudos foi realizado no ano de 2004, como trabalho de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Educação Especial em Contexto de Inclusão e teve como objetivo entender o que vinha sendo discutido a respeito do transtorno em questão. Esse estudo apontou o fato de que a maioria das publicações entende o TDAH como originado por um fator biológico em que algo no organismo se desequilibra, causando os sintomas do mencionado transtorno.

O segundo estudo foi desenvolvido em 2008, como trabalho de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Teoria Histórico-Cultural, e teve por objetivo entender como teóricos da Psicologia Histórico-Cultural compreendem a gênese e o desenvolvimento da atenção, discutindo as implicações dessa compreensão para a educação dos homens no século XXI. Aquele estudo assinalou que a educação de um indivíduo depende de situações capazes de transformá-lo ou de permitir-lhe transformar-se. Se a educação sozinha não necessariamente transforma a sociedade, visto que não incide de modo imediato sobre as suas bases, segundo Vygotsky<sup>1</sup> e Luria (1996), a educação (não só a escolar) pode transformar os indivíduos.

---

<sup>1</sup> Pelo fato de o idioma russo possuir um alfabeto diferente do ocidental, foram registradas diferentes formas de escrever o nome deste autor, tais como “Vygotsky”, “Vygotski”, “Vigotski”. Optou-se por manter a grafia tal como aparece em cada obra citada.

No que se refere ao desenvolvimento da atenção, o estudo apontou, sobretudo, que esta pode ser desenvolvida na relação com o adulto, que insere a criança em novas atividades, orienta e organiza sua atenção. Para orientar a atenção, o adulto lhe proporciona os meios que mais tarde servirão para ela mesma dirigir sua atenção de forma consciente. Nesse sentido, entendemos que a atenção voluntária tem origem fora da personalidade da criança. Portanto, a evolução da atenção involuntária não provoca o surgimento da atenção voluntária.

Em nosso entendimento, esses estudos foram de grande valor e em muito contribuíram para nossa formação continuada e consequente prática profissional. Entretanto, como era esperado, não deram conta de esgotar o assunto, especialmente devido à sua complexidade. O que então fizemos foi dar continuidade a nossa caminhada, buscando sistematizar os estudos bibliográficos que vínhamos realizando sobre essa temática e ir a campo com o intuito de entender como os psicólogos clínicos e escolares compreendem o TDAH.

Nesse contexto, definiu-se como objetivos: aprofundar o conhecimento sobre a Teoria Histórico-Cultural, focando o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, sobretudo no desenvolvimento da atenção; e investigar a compreensão de psicólogos clínicos e escolares acerca do TDAH, buscando desvendar se eles atuam segundo a perspectiva biologizante/psicopatologizante, isto é, tratando como biológicos ou psicológicos conflitos que se relacionam com questões sociais, ou delas são sintomas.

Para atingir nossos objetivos, estruturamos a presente dissertação em cinco seções, além da introdução; I- O TDAH (déficit de atenção e hiperatividade) nos livros e manuais: a compreensão hegemônica do seu significado; II- Sociedade contemporânea: compreendendo algumas características de uma sociedade hiperativa; III- A Psicologia Histórico-Cultural: do processo do desenvolvimento das funções psicológicas superiores; IV- Alguns marcos históricos da Psicologia no Brasil para a compreensão da atuação do psicólogo clínico e escolar na atualidade; V- A pesquisa empírica: a compreensão do TDAH entre os psicólogos que atuam na clínica e na escola; Referências e Anexos.

Na primeira seção, em que abordamos o TDAH, fizemos uma revisão sobre seus principais aspectos, como sua história, sua etiologia, o diagnóstico, etc.. Cumpre-nos esclarecer que nessa seção apresentamos o que aparece na maioria dos livros e manuais sobre o assunto, que tem sido uma compreensão hegemônica do significado do referido transtorno.

Na segunda seção, dissertamos sobre como o homem cresce e se desenvolve. Entendemos que a educação não se limita ao ambiente escolar: ela é um processo social por meio do qual os indivíduos se apropriam daquilo que a humanidade vem produzindo (ciência, cultura, valores, símbolos, ferramentas/instrumentos, etc.). Os homens se tornam compatíveis

com a sua época por meio desse processo, que ocorre, então, de forma mais ampla do que as atividades escolares.

Na terceira seção, a discussão abrangeu o processo de apropriação da cultura humana transmitida de geração a geração, ou seja, o modo como se dá a formação das funções psicológicas superiores e das faculdades do homem enquanto ser social. Nesse processo, o homem se torna humano a partir do momento em que se apropria do conhecimento produzido historicamente e, ao fazê-lo, consegue entender a realidade das coisas, e assim pode transformar essa realidade de acordo com seus anseios e necessidades, os quais mudam ao longo do tempo.

Na quarta seção, abordamos a prática do psicólogo, buscando compreender um pouco do histórico da Psicologia no Brasil para entendermos a atuação do psicólogo clínico e escolar na atualidade.

Na quinta seção, discorremos sobre o processo de desenvolvimento da pesquisa empírica, expondo o modo como esta foi construída e realizada. Também descrevemos os participantes e o material utilizado. Apresentamos e discutimos ainda as informações construídas, buscando apreender as mediações constitutivas do fenômeno pesquisado. As informações constitutivas dos resultados estão estruturadas em tabelas, meio escolhido para melhorar a visualização e favorecer a análise.

Por fim, apresentamos as considerações finais e, em seguida, as referências bibliográficas consultadas para a fundamentação do presente estudo e, finalmente, vêm os anexos.

## **1. O TDAH (TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE) NOS LIVROS E MANUAIS: A COMPREENSÃO HEGEMÔNICA DO SEU SIGNIFICADO**

Nesta seção, será feita uma revisão dos principais aspectos do TDAH. É importante esclarecer que aqui se fará a apresentação do que aparece na maioria dos livros e manuais sobre o assunto, que tem sido a compreensão hegemônica do significado do referido transtorno.

### ***1.1 Aspectos históricos***

O TDAH tem sido estudado detalhadamente desde o século XIX e tem sofrido várias alterações em seu nome. De acordo com Barbosa, Barbosa e Amorim (2005), o primeiro a descrever alguns sintomas desse transtorno foi Heinrich Holffman, um psiquiatra alemão que no ano de 1845, em seu livro de contos “Zappel Philip” (Felipe, o travesso) ilustrou, por meio de desenhos, uma breve conduta de criança com transtorno hipercinético. Porém, foi em 1902 que George Still descreveu com detalhes o caso de vinte e quatro crianças que ele dizia sofrerem de um defeito da força de vontade ou inibição volitiva. Os comportamentos manifestos por elas eram os mesmos observados nas que hoje têm o diagnóstico de TDAH. Segundo Barkley (2008), Still ressaltava a “periculosidade” que tais crianças representavam para os demais, em virtude do comportamento agressivo e violento.

Schwartzman (2001) refere que em 1934 Eugene Kahn e Louis Cohen, estudando a encefalite letárgica, que ocorrera em 1917/1918, e deixara nas pessoas atingidas sequelas como hiperatividade, impulsividade e labilidade emocional, suspeitaram da existência de uma lesão neurológica, a qual, a partir de 1960, foi denominada de *Lesão cerebral*. Barkley (2008) complementa relatando que os sintomas eram tratados como um distúrbio comportamental pós-encefálico resultante de uma lesão cerebral. Recomendava-se a separação de tais crianças em instalações educacionais diferenciadas.

Esse autor assinala ainda que, após esse período, passou a ser usada a denominação de *criança com lesão cerebral*, o que gerou algumas controvérsias, no sentido de que seria muito simples fazer o diagnóstico, pois bastava uma criança apresentar os problemas comportamentais verificados no quadro do distúrbio pós-encefálico para ser diagnosticada como portadora de lesão cerebral. Com a falta de evidências de lesões, o termo foi modificado

para *Lesão cerebral mínima* e pode ser entendido como uma disfunção não detectável ou hipotética. Entre o final da década de 30 e início da de 40 do século XX, o uso de medicamentos para o tratamento de crianças que apresentavam este tipo de lesão foi difundido em artigos científicos. As pesquisas apresentadas em tais artigos apontavam melhoras no comportamento excessivamente agitado e no desempenho acadêmico quando se administrava anfetamina às crianças com problemas. A partir disso, de acordo com Barkley (2008), o uso de medicamento para o tratamento deste quadro tornou-se cada vez mais consolidado.

Em relação ao nome, o autor informa que, na década de 1970, a denominação mais usada foi a de *Síndrome Hiperkinética e Hiperatividade*. Em 1987, ocorreu uma nova alteração no termo, e o Manual Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-III) atribuiu-lhe o nome de *Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (DDA/H) (Barkley, 2008).

Na década de 1980, a hiperatividade tornou-se o transtorno psiquiátrico infantil mais estudado nos Estados Unidos. A ênfase dos estudos era desenvolver critérios diagnósticos específicos para demarcar um diferencial na manifestação de comportamento hiperativo desse transtorno em relação a outros com sintomas parecidos. Nesse período, ocorreu a publicação do DSM-III, que traz critérios diagnósticos para o Transtorno de Déficit de Atenção com e sem hiperatividade. A escrita para se referir ao problema ficou definida assim: TDA - H = sem hiperatividade e TDA + H = com hiperatividade. Alguns anos mais tarde, com a revisão do manual, com o nome de DSM III-R, publicou-se que a grafia passaria a ser TDAH. Entre os critérios diagnósticos estabelecidos nessa publicação do DSM III-R consta que os sintomas deveriam: 1) ocorrer em pelo menos dois de três ambientes frequentados pela criança (por exemplo, a casa, a escola e a clínica); 2) ocorrer antes dos seis anos de idade; 3) ser mensurados objetivamente, e não por pais e professores; 4) durar pelo menos seis meses e não se encaixar em outros transtornos, como autismo, psicoses e transtornos do humor. Cabe destacar que o estabelecimento de critérios diagnósticos precisos se deu em virtude de contestações por parte da comunidade científica, a qual queria que o TDAH ficasse bem diferenciado em relação a outros transtornos, e não somente em relação à população normal. São desse período também as primeiras pesquisas que sugerem problemas no lobo frontal do córtex cerebral e consideram fatores hereditários de transmissão dos sintomas desse transtorno (Barkley, 2008).

Barkley (2008) mostra a dificuldade de se qualificar o transtorno e descreve estudos realizados em vários países nas últimas décadas nos quais se verificou que o referido transtorno existe em todos os países e grupos étnicos estudados até hoje. De acordo com o autor, esses estudos apontaram, entre outros, os seguintes países e respectivos índices de

incidência: “Nova Zelândia, 2 a 7%; Alemanha, 4%; Índia 5 a 9%; Japão, 7 a 8%; Holanda, 1 a 3% dos adolescentes (crianças não foram estudadas), e Brasil, 5 a 6%”.

Atualmente, a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) denomina o distúrbio de *Transtorno hipercinético*. O Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV) denomina o distúrbio de *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade impulsividade* (TDAH/I). Neste trabalho utilizaremos a denominação do DSM-IV, TDAH.

## ***1.2 Das origens ou da etiologia***

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é definido por características comportamentais observáveis que incluem uma duração curta da atenção, distração fácil, impulsividade e hiperatividade (Mattos, 2003). A etiologia do TDAH vem sendo objeto de muitas pesquisas, especialmente, a partir da década de 1990, mas, apesar disso, as causas precisas do TDAH ainda são desconhecidas (Roman, Schmitz, Polanczyk & Hutz, 2003).

De acordo com Goldstein & Goldstein (2003), é preciso lembrar que não se sabe precisamente qual o fator que causa o TDAH. Existem muitas causas prováveis, como origem biológica, lesão cerebral, epilepsia, medicamentos, dietas, envenenamento por chumbo, hereditariedade, traumas durante o parto ou ainda algum desequilíbrio da química do cérebro. Dentre as hipóteses levantadas sobre a causa do TDAH, até o presente momento as lesões cerebrais aparecem como a causa mais comum.

Para Barkley (2008), fatores biológicos (anormalidade no desenvolvimento cerebral) estão mais intimamente associados e talvez sejam causadores do TDAH. De acordo com o autor, até o momento, os estudos indicam uma contribuição genética muito forte para essas anormalidades, maior que a contribuição dos agentes ambientais ou fatores puramente sociais. As causas, segundo Cypel (2003), podem ser várias, porém fatores emocionais sempre estão presentes, isto é, o contexto familiar é de extrema importância nesses casos.

É fundamental conhecer como se deu ou está se dando a relação dessa criança com seus pais e irmãos, para que se tenha uma melhor compreensão do problema. De acordo com o citado autor, as pesquisas mais recentes na perspectiva organicista apontam disfunções em neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos, que atuam na região cortical do lobo frontal do cérebro, justamente uma região relacionada a comportamentos adequados à capacidade de prestar atenção, ao autocontrole e ao planejamento. Estas pesquisas, por sua

vez, geram estudos psicofarmacológicos que se respaldam na utilização de psicofármacos para avaliar os efeitos decorrentes desses medicamentos no funcionamento cerebral.

Estudos em gêmeos idênticos, adotados por duas famílias diferentes, têm apontado os genes como causa do TDAH. Algumas das crianças portadoras desta “doença” foram bebês que apresentavam distúrbio do sono e irritabilidade sem causa definida (Barkley, 2008).

Uma contribuição genética substancial no TDAH é sugerida pelos estudos genéticos clássicos. Numerosos estudos sobre TDAH já foram realizados com famílias, e todos mostraram consistentemente uma concorrência familiar significativa para este transtorno. O risco para o TDAH parece ser de duas a oito vezes maior em crianças cujos pais são afetados do que na população em geral (Benczik & Bromberg, 2003). Estes autores destacam que, apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas, porém as influências de fatores genéticos são muito fortes, maiores que a contribuição dos agentes ambientais e sociais, e que isso é amplamente aceito na literatura. Assim como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis pela vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno, somando-se a eles diferentes agentes ambientais.

Desta forma, o surgimento e a evolução do TDAH em um indivíduo parecem depender de quais genes de suscetibilidade estejam agindo, de quanto cada um deles contribua para a doença (ou seja, qual a intensidade do efeito de cada um) e da interação desses genes entre si e com o ambiente. Embora caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, o TDAH é uma patologia bastante heterogênea, pelo menos no nível fenotípico. Provavelmente, casos diversos com fenomenologias particulares (heterogeneidade clínica) também apresentem heterogeneidade etiológica (Benczik & Bromberg, 2003).

Segundo Mattos (2003), o TDAH se caracteriza por uma combinação de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade. Afirma este autor que o TDAH pode ser definido como uma disposição que perturba a vida familiar, pois faz esgarçar-se o relacionamento pessoal e cair o rendimento escolar. Afirma ainda ser importante entender que a criança hiperativa apresenta as dificuldades mais comuns da infância, porém de forma mais exagerada, ou seja, um modo exacerbado daquilo que pode ser um comportamento apropriado para a idade.

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidado nos trabalhos escolares ou outras tarefas.

### ***1.3 Do diagnóstico***

O processo que determina se uma criança tem TDAH é constituído de muitas facetas. Diversos problemas biológicos e psicológicos podem manifestar sintomas similares aos apresentados pelos portadores. Ansiedade, depressão e certos tipos de problemas de aprendizagem causam sintomas semelhantes aos provocados pelo TDAH.

De acordo com Cypel (2003), a avaliação e o diagnóstico têm sido eminentemente clínicos. Tipicamente, a avaliação inclui uma anamnese detalhada, um exame físico abrangente, uma avaliação funcional do neurodesenvolvimento e a realização de exames que objetivam uma avaliação funcional do rendimento pedagógico e comportamental, focando aquilo que o sujeito apresenta de imediato e retomando aspectos da sua história de vida.

De acordo com Mattos (2003), a maioria dos pesquisadores e muitos clínicos empregam a estrutura apresentada no Manual Diagnóstico e Estatístico IV (DSM-IV, 1994) como base de sua abordagem diagnóstica, embora este tenha limitações. Os critérios de diagnóstico de TDAH, conforme delineado no DSM- IV, são citados no Quadro 1, adiante.

É importante salientar que nesses dois quadros não há indicativos diagnósticos e critérios específicos para a população adulta.

Isso se dá, segundo Mattos (1998), pela existência de um reconhecimento tardio da forma residual do TDAH (somente em 1980 com publicação do DSM-III) e mais ainda, pela demora da divulgação nos meios científicos, justificando o fato como decorrente da pouca interação entre psiquiatras e neurologistas adultos e infantis, com publicações, congressos e organizações separadas.

Além disso, outras razões contribuíram para a impressão médica da remissão dos sintomas na adolescência.

Uma delas é que, com o decorrer do tempo, os indivíduos desenvolvem a sua capacidade de prestar atenção, até mesmo o sujeito com TDAH que, apesar de ter problemas sérios, consegue apresentar uma melhora nas suas dificuldades.

Outra é o fato de a hiperatividade (que é o sintoma que mais chama a atenção) poder diminuir com a idade, dando a impressão de que o transtorno desapareceu, o que de fato não ocorreu, pois, de acordo com o autor, o comportamento hiperativo se transformou em inquietude.

Ainda outra razão é o fato dos casos complicados do TDAH estarem associados a problemas comportamentais sérios (como uso de drogas, por exemplo) que se sobrepõem aos sintomas básicos do TDAH (Mattos, 2003).

**Quadro 1. Critérios diagnósticos do DSM-IV para TDAH**

<b>A. Ou (1) ou (2)</b>	<b>(1)</b> seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistirem por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:	Desatenção	(a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.
	<b>(2)</b> seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade / impulsividade persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:	Hiperatividade	(b) Com frequência, tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
Impulsividade		(c) Com frequência, parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.	
		Desatenção	(d) Com frequência, não segue instruções e não termina deveres de casa, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).
		Hiperatividade	(e) Com frequência, tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
		Impulsividade	(f) Com frequência, evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).
		Desatenção	(g) Com frequência, perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p.ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais).
		Hiperatividade	(h) É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
		Impulsividade	(i) Com frequência, apresenta esquecimento em atividades diárias.
		Desatenção	(a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
		Hiperatividade	(b) Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
		Impulsividade	(c) Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes ou adultos pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação).
		Desatenção	(d) Com frequência, tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
		Hiperatividade	(e) Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor.”
		Impulsividade	(f) Frequentemente fala em demasia.
		Desatenção	(g) Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas.
		Hiperatividade	(h) Com frequência, tem dificuldade para aguardar a sua vez.
		Impulsividade	(i) Frequentemente interrompe ou se intromete em assunto dos outros (p. ex. intromete-se em conversas ou brincadeiras).
<b>B.</b> Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos sete anos de idade.			
<b>C.</b> Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p.ex. na escola [ou trabalho] e em casa).			
<b>D.</b> Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.			
<b>E.</b> Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo de Desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p.ex. Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno de Personalidade)			
<i>Codificar com base no tipo</i>	<b>314.01 Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, Tipo combinado:</b> se tanto o critério A1 quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos seis meses.		
	<b>314.00 Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento:</b> se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos seis meses.		
	<b>314.01 Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo:</b> se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos seis meses.		

Na avaliação de adultos, além dos critérios do DSM-IV, conforme já mencionados, não há critérios específicos para a população adulta. Assim, se utiliza outros instrumentos, entre eles: a lista de verificação de sintomas Copeland para transtornos com déficit de atenção - que avalia a presença dos sintomas e em que grau e quais áreas de função estão mais afetadas; a Brown ADD Scale ou escala de déficit de atenção Brown, que explora os aspectos da função executiva da cognição associados ao TDAH; a Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (WRAADS) ou Escala de Déficit de Atenção em Adultos Wender-Reimherr, que mede os sintomas do TDAH em adultos em sete categorias: dificuldades de atenção, hiperatividade/inquietação, temperamento, labilidade afetiva, hiper-reatividade emocional, desorganização e impulsividade; a Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) ou Escala de Auto-Avaliação de Adultos, que tem 18 itens e pode ser utilizada para que o próprio indivíduo responda de forma a identificar aqueles prováveis portadores de TDAH (Adler & Cohen, 2005).

Barkley (2008, p. 104) ressalta a importância de um diagnóstico bem-feito, e é bastante contundente quanto a essa questão. Para ele, “o TDAH nunca deve ser diagnosticado simplesmente tendo por base os escores de uma criança nas escalas de comportamento completadas por pais ou professores”. Considera tratar-se de um diagnóstico complexo, o qual exige uma análise exaustiva do contexto em que a criança vive, não se limitando à constatação, pelo médico e/ou psicólogo, da presença dos sintomas existentes na lista de critérios do DSM-IV. O autor indica alguns dos componentes mais importantes de uma avaliação profissional abrangente para uma criança com TDAH como pode ser observado a seguir:

Entrevista clínica com os pais; o exame médico (se necessário); a conclusão e os resultados na escala de comportamento completada pelos pais; uma entrevista com o(s) professor(es) da criança; o preenchimento de escalas semelhantes de comportamento sobre a criança feitas pelo(s) professor(es); possivelmente, testes de QI para habilidades e realização acadêmicas, se não forem realizados pelo sistema escolar. Conforme a possibilidade, recomendo que a avaliação também inclua métodos de medição de objetividade de sintomas de TDAH, tais como observações diretas sobre o comportamento da criança na escola durante o trabalho escolar. Entretanto, esses

passos adicionais não são críticos na obtenção do diagnóstico (Barkley, 2002, p.141).

Para Werner (1997), os traços de impulsividade e hiperatividade, assim como os de desatenção, não podem ser explicados apenas do ponto de vista de um déficit biológico primário (lesão neurológica, disfunção neuroquímica), pois pertencem a uma complexa esfera da ação voluntária e da linguagem. Portanto, são traços de natureza intrinsecamente social, e não um distúrbio isolado dos processos intersubjetivos e dialógicos<sup>2</sup>.

Para Silva (2003), uma criança pode apresentar-se indisciplinada e com baixa tolerância à frustração e não ter TDAH, e na investigação de sua história pode ser constatado que ela é oriunda de um ambiente em que características comportamentais como disciplina e contenção não são valorizadas. Pode também estar recebendo atenção insuficiente ou sofrendo maus-tratos. O importante é que todos os fatores que possam contribuir para algum comportamento inadequado por parte da criança devem ser cuidadosamente investigados e considerados como fatores de exclusão para um diagnóstico de TDAH ou mesmo fatores que intensifiquem o TDAH preexistente. Como já foi ressaltado, é importante ter em mente que fatores que se constituem em situações de desconforto, precariedade e sofrimento podem até intensificar o funcionamento do TDAH preexistente de uma criança, mas não a caracterizam como portadora de TDAH se ela apresentar comportamentos semelhantes em função de suas dificuldades. Silva (2003, p. 56) aponta que o TDAH

(...) simplesmente independe de tais variáveis, é um funcionamento de origem biológica, marcado pela hereditariedade que irá manifestar-se no comportamento infantil já bem cedo, antes dos sete anos de idade, sendo ou não esta criança oriunda de um ambiente hostil e estar passando por

---

<sup>2</sup> Para Bakhtin (1997), o homem não é um ser individual, mas uma relação dialógica entre “eu” e “tu”, não é um ser que se define sozinho, pelo contrário, sua identidade se edifica nas relações sociais que estabelece, através de uma intersubjetividade própria das práticas enunciativas. O princípio dialógico funda a alteridade e estabelece a intersubjetividade como antecedente à subjetividade. Reconhecer a dialogia é encarar a diferença, e perceber que o pensamento dos outros sempre difere do nosso, sendo, muitas vezes, antagônico. A palavra-chave nos estudos bakhtinianos é diálogo, uma vez que a língua não é um sistema abstrato de regras. Dessa forma, o fundamento da linguagem é o dialogismo, e viver significa participar de um diálogo (Bakhtin, 1997).

problemas. Mesmo no lar mais estruturado e seguro uma criança TDAH irá comportar-se como tal.

#### ***1.4 Características e sintomatologia***

O TDAH se caracteriza por uma combinação de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Existem três subtipos de TDAH: a forma predominantemente desatenta, a forma predominantemente hiperativo-impulsiva e a forma combinada.

Quando o problema é para manter a atenção, a queixa de pais e de professores é de que a criança parece não ouvir, não termina as tarefas que lhe são designadas, sonha acordada, perde as coisas com frequência, não consegue concentrar-se e se distrai com facilidade, não parece trabalhar de forma independente e sem supervisão, requer mais direcionamentos, muda de uma atividade incompleta para outra, é frequentemente confusa ou parece estar num nevoeiro. Tudo isso são problemas relacionados à atenção e concentração. Essas dificuldades, segundo Barkley (2008, p. 50), são assim compreendidas: o TDAH é imaginado como envolvendo uma dificuldade significativa, como prestar a atenção, o período de atenção ou a persistência de esforço. Em resumo, pessoas com TDAH têm mais problemas do que outras em fixar sua atenção em coisas por longo tempo. É importante compreender que isso não ocorre por vontade da criança:

Elas lutam, às vezes com tenacidade, para manter sua atenção em atividades mais longas que as usuais, especialmente aquelas mais maçantes, repetitivas ou tediosas. Tarefas escolares desinteressantes, atividades domésticas extensas e palestras longas são problemáticas, assim como leituras extensas, trabalhos desinteressantes, prestar atenção a explicações sobre assuntos desinteressantes e finalizar projetos extensos (Barkley, 2008, p. 50)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Do nosso ponto de vista, para qualquer pessoa, de qualquer idade, é difícil manter a atenção em atividades longas, maçantes, repetitivas ou tediosas. Portanto, essa dificuldade de atenção prolongada, sendo natural, e estando também presente no adulto, não se pode configurar como uma “doença” da criança.

Já a forma hiperativo-impulsiva implica em inquietação excessiva, especialmente em situações que requeiram calma relativa. A depender da situação, pode envolver correr, pular, levantar-se, inquietar-se e se remexer, quando é esperado que a criança fique sentada, além de loquacidade e algazarra excessivas. O padrão para julgamento deve ser que a atividade é excessiva no contexto do que é esperado na situação e na comparação com outras crianças da mesma idade e QI. Esse comportamento é mais evidente em situações estruturadas e organizadas que necessitam de um alto grau de autocontrole de comportamento (Louzã, 2003).

A forma combinada se caracteriza pela presença de muitos sintomas de desatenção e de hiperatividade. Para dizer que alguém tem a forma predominantemente desatenta, o autor destaca que é necessário que este apresente pelo menos seis dos nove sintomas do módulo “A” (exclusivamente desatenção). E no caso da forma predominantemente hiperativa, é necessário apresentar pelo menos seis dos nove sintomas módulo “B” (exclusivamente hiperativo). Na forma combinada, é preciso apresentar pelo menos seis sintomas de cada um dos módulos “A” e “B”. Esses sintomas também atrapalham a vida do indivíduo e devem estar presentes desde idade precoce.

Acredita-se que o TDAH é mais comum em meninos do que em meninas; por isso os meninos tendem a “criar mais confusão” e incomodar mais em sala de aula, sendo, então encaminhados para avaliação médica a pedido dos professores (Mattos, 2003). Barkley (2008) complementa expondo que isso se deve ao fato de que, diferentemente dos homens, mulheres com TDAH podem muitas vezes passar incógnitas aos olhos mais atentos. Entre elas predomina o tipo “sem hiperatividade”. Tal diferença, determinada por particularidades biológicas dos sexos, além do auxílio do componente cultural, pode contribuir para a aparente superioridade numérica da população masculina entre os que têm diagnóstico de TDAH.

Mattos (2003) explicita que, independentemente do sexo, é importante compreender que os portadores de TDAH não são iguais, que cada caso é um caso. Ocorre que estes indivíduos têm muito em comum, mas não são necessariamente iguais em seus comportamentos. Isso, de acordo com esse autor, significa dizer que os portadores serão indivíduos com um determinado histórico pessoal, personalidades diferentes, estilos de vida particulares, idiosincrasias, outros problemas associados, contexto familiar etc..

### ***1.5 Incidência***

Para Cypel (2003), o TDAH é o distúrbio do neurodesenvolvimento mais comum na infância. O índice de incidência do TDAH é de 3% a 7% das crianças em idade escolar, o que significa que, em uma escola com 200 alunos, de 6 a 14 crianças apresentam esse quadro. O início é precoce, geralmente antes dos cinco anos de idade. Ocorre mais em meninos que em meninas, em uma relação de 4 por 1, segundo alguns autores mencionados por Cypel (2003), mas, segundo esse mesmo autor, a ocorrência é de até 2 por 1.

Os sintomas de hiperatividade estão mais presentes nos meninos e os de desatenção, nas meninas. O TDAH não é restrito à infância. Em adultos, constitui o transtorno neuropsiquiátrico não diagnosticado mais frequente. Os sintomas de TDAH se modificam com a maturidade. As crianças apresentam hiperatividade motora, agressividade, baixa tolerância à frustração e impulsividade. Adolescentes e adultos apresentam sintomas de distração, desatenção, mudança frequente das atividades, irritabilidade, impaciência, agitação (Santos, 2004).

Pelo menos 50% das crianças com TDAH continuam a apresentar o quadro na vida adulta. O transtorno acompanha a maioria dos pacientes ao longo de suas vidas, nos diversos contextos. As consequências individuais (inclusive a baixa autoestima), familiares e sociais geram sempre algum grau de incapacidade e sofrimento, associado a prejuízo significativo do desempenho escolar e profissional. Entretanto, existem tratamentos contínuos, objetivando melhora em todas as áreas prejudicadas pelo TDAH (Cypel, 2003).

### ***1.6 O tratamento***

Segundo Mattos (2003), a orientação terapêutica envolve um conjunto de propostas e atitudes relacionadas à criança, à família e à escola, associadas ou não ao uso de medicação. Para o autor, a dificuldade em controlar emoções ou em dirigir a atividade psíquica para um fim específico, o agir impulsivo, a agitação constante, o comportamento por vezes agressivo e a baixa tolerância à frustração são algumas das manifestações que acabam por afetar o rendimento nas atividades sociais escolares. A problemática do TDAH transcende o espaço familiar, escolar e do consultório médico e se projeta ao nível de espaços especializados por meio da ação de uma equipe interdisciplinar, que deverá buscar o alargamento do repertório de competências necessárias da criança. Além da terapêutica medicamentosa - que ajuda a

corrigir o desequilíbrio químico dos neurotransmissores -, da orientação à família e do acompanhamento terapêutico, é importante que a escola seja orientada a ajudar a criança a se entender melhor, ampliando suas possibilidades de sucesso pessoal, social e acadêmico.

Normalmente, crianças com TDAH são encaminhadas para tratamento após ingressarem na escola, ocasião em que o distúrbio é mais notado, em função da inadaptabilidade à instituição ou devido à falta de concentração nas atividades escolares.

Para Silva (2003), essas dificuldades maiores começam a surgir quando a criança é solicitada a cumprir metas e seguir rotinas, executar tarefas e ser recompensada ou punida de acordo com a eficiência com que são cumpridas. Nesse momento, os pais e/ou cuidadores e familiares já não estão presentes e não podem cumprir tarefas ou facilitar as coisas para a criança. Ela precisa começar a caminhar com suas próprias pernas - pernas que até esse momento cumpriam mais as funções de correr, pular, chutar ou mesmo permanecer em repouso enquanto sua mente divagava. Como expõe Silva (2003, p. 62), a partir deste momento a criança necessita

(...) caminhar em direções determinadas, em tempos estabelecidos e em ritmo compatível com as demais crianças com quem irá conviver quase que diariamente. As direções, tempos e ritmos serão definidos pelo professor da turma, que é orientado por objetivos até então diferentes de seus pais e/ou cuidadores, mas cujos propósitos agora interessam sobremaneira a estes.

Mattos (2003) complementa expondo que, para o bom encaminhamento da criança hiperativa, é essencial saber qual a compreensão que os pais tiveram da problemática. A escola também tem muita importância nesse “tratamento”, devendo manter contato com os profissionais que estão cuidando da criança e se informar corretamente sobre a situação pela qual ela passa.

É de suma importância a criança conhecer exatamente os motivos pelos quais está indo à consulta e saber que a busca por um profissional tem a finalidade de encontrar os recursos para ajudá-la a corrigir e adequar os comportamentos inconvenientes e, por consequência, trazer-lhe o bem-estar no convívio com a família e com os amigos (Cypel, 2003).

No que se refere aos tratamentos, Barkley (2008) destaca o surgimento da *terapia cognitivo-comportamental* como uma importante aliada, embora deixe claro que esta não tem a mesma eficácia que o emprego de medicamentos. Quanto aos tratamentos farmacológicos nesse período, incorporou-se o uso de antidepressivos tricíclicos e anti-hipertensivos, especialmente nos casos em que os pacientes não respondiam ao tratamento com metilfenidato (comercializado com o nome de Ritalina), mostravam-se sensíveis ao uso deste ou apresentavam Síndrome de Tourette, caso em que a prescrição de medicamentos estimulantes não é recomendada. O autor destaca que o uso de antidepressivos foi aceito com certa rapidez por profissionais da saúde devido às propagandas negativas que a prescrição de Ritalina vinha sofrendo por meio da imprensa.

Hoje a terapia cognitivo-comportamental é o tratamento especificamente recomendado para crianças em idade escolar, pois treina os pais e professores a recompensarem a criança quando esta demonstra o comportamento desejado e a censurá-la ou puni-la quando ela não corresponde aos objetivos comportamentais propostos. Várias técnicas e estratégias de manejo podem ser utilizadas (treinamento do comportamento dos pais, controle de comportamento na sala de aula etc.) e, dentre as que mostram resultados positivos comprovados, sugere-se estruturar o meio ambiente da criança de modo a propiciar resultados consistentes para comportamentos desejados e não desejados mais do que tentar ensinar-lhe novas habilidades cognitivas e/ou comportamentais (Knapp, 2002).

Para o autor, a abordagem cognitiva começa com a educação sobre o TDAH para crianças, adolescentes, jovens e adultos portadores do referido transtorno, assim como para pais e professores dessa população afetada, e tem como objetivo ajudar o paciente, a família e os professores a compreenderem melhor os sintomas e prejuízos do transtorno como decorrentes de uma doença, desfazendo os rótulos que geralmente acompanham essa criança. Neste sentido, as intervenções psicoeducativas também são importantes para melhorar a autoestima dos pacientes, frequentemente abalada após anos de impacto do transtorno. Da mesma forma, elas ajudam os pais a aprenderem estratégias para melhor lidar com as dificuldades de seus filhos (Knapp, 2002).

Para Rohde *et al.* (2003), é importante reafirmar que essa recomendação não significa, necessariamente, não haver espaço para o treinamento de habilidades. O ponto a ser lembrado é que a abordagem de treinamento dificilmente diminuirá os sintomas básicos do transtorno.

As diretrizes da Associação Americana de Pediatria apontam que, apesar de os efeitos positivos de uma terapia comportamental bem-conduzida terem sido claramente demonstrados, há limitações importantes para esse tratamento. Uma delas é que quase todos

os estudos que comparam a terapia comportamental com o uso de estimulantes indicam uma melhora muito maior dos sintomas básicos do TDAH quando é usado o medicamento; outra é que, assim como acontece com o uso do medicamento, a terapia comportamental frequentemente não conduz a criança ao nível de comportamento normal; finalmente, em geral, a terapia comportamental não proporciona mudanças positivas mais duradouras do que o tempo em que está sendo implementada. Por isso, os pais precisam estar preparados para manter o tratamento durante todo o desenvolvimento da criança. Isto está de acordo com a ideia de o TDAH ser uma condição crônica, e não algo que possa ser curado com este ou aquele tratamento (Rohde *et al.*, 2003).

Para Rohde *et al.* (2003), estudos recentes indicam que a combinação de um cuidadoso tratamento medicamentoso com terapia cognitiva comportamental proporciona benefícios significativos em comparação com o tratamento apenas medicamentoso. Na análise do resultado final, crianças que haviam recebido tratamento combinado mostraram melhora maior que aquelas tratadas apenas com o medicamento. Além disso, as crianças que receberam tratamento combinado tiveram uma redução significativa na dosagem do medicamento durante os catorze meses da pesquisa. Finalmente, pais e professores de crianças que receberam o tratamento combinado estavam significativamente mais satisfeitos com o tratamento e mostraram diferença significativa também em termos de continuidade do tratamento.

Como pode ser observado, na compreensão hegemônica, o TDAH refere-se a um transtorno decorrente principalmente de desordens orgânicas. É uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência em crianças e adolescentes, apresentando critérios clínicos operacionais bem estabelecidos para o seu diagnóstico. Modernamente, a síndrome é subdividida em três tipos principais e apresenta uma alta taxa de comorbidades, em especial com outros transtornos disruptivos do comportamento. O processo de avaliação diagnóstica é abrangente, envolvendo necessariamente a coleta de dados com os pais, com a criança e com a escola. O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, sendo o metilfenidato a medicação com maior comprovação de eficácia neste transtorno. Entretanto, consideramos relevante frisar que nesta Dissertação, o nosso entendimento se afasta desta visão. Isto é, não percebemos os problemas de desatenção e de comportamento como oriundos de fatores orgânicos. Assim sendo, nas seções seguintes, procuraremos trazer subsídios teóricos que possibilitam contrapor-nos a essa visão hegemônica do TDAH.

## **2. SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: COMPREENDENDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DE UMA SOCIEDADE HIPERATIVA**

Buscaremos, nesta seção, realizar uma reflexão sobre a concepção de sociedade como construção humana, cultural e histórica, partindo do pressuposto de que o homem constrói seu mundo a partir de sua atividade básica, o trabalho. Para tanto, discorreremos inicialmente sobre o homem e sua dinâmica social e, em seguida, discutiremos sobre as transformações no trabalho e como o modo de produção da vida do homem determina modificações significativas em suas representações e conceitos. Na sequência, buscaremos compreender a lógica existente no processo de naturalização que acaba por resultar na medicalização das questões sociais.

### **2.1 Do processo de desenvolvimento do homem**

Partimos do pressuposto de que o processo de desenvolvimento psíquico dos indivíduos, na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, é produto da atividade do homem e da atividade de cada estágio do desenvolvimento humano, em uma determinada época (Leontiev, 1978).

Karl Marx (1918–1883) entendia que o desenvolvimento histórico do gênero humano tem sido um processo contraditório e conflituoso, movido pela luta de classes e pela contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.

Para Duarte (2004), o aspecto central, tanto em Marx como em Leontiev, é que os processos dialéticos que diferenciam a atividade humana da atividade animal são também aqueles que produzem a historicidade do ser humano, isto é, que movem a história humana. É a atividade vital humana, o trabalho, que permite o desenvolvimento do *humano* no homem, em um processo contínuo, que permanece até a era contemporânea.

Os animais, quando se relacionam com o meio ambiente à sua volta, realizam atividades que resultam na satisfação de suas necessidades e, da mesma forma, os homens também procuram a satisfação de suas necessidades. O que os distingue, todavia, é que os homens atuam para produzir os meios de satisfação de suas necessidades. Essa ação, que é entendida como trabalho que visa à produção, é resultante do processo de desenvolvimento. Segundo Leontiev (1978), o homem se desenvolve

tornando-se sujeito do processo social de trabalho, sob a ação de duas espécies de leis: em primeiro lugar, as leis biológicas, em virtude das quais os seus órgãos se adaptaram às condições e as necessidades da produção; em segundo lugar, às leis sócio-históricas que regiam o desenvolvimento da própria produção e os fenômenos que ela engendra (p. 263).

Para Leontiev (1978), a hominização, enquanto mudança efetiva na organização física do homem, termina com o aparecimento da história social da humanidade. Vigotski e Luria (1996) apontam que esse desenvolvimento transcorre por meio da combinação de pelo menos três linhas: a evolutiva biológica, a evolutiva histórica e a evolução ontogenética. A linha evolutiva biológica define a trajetória de evolução dos animais até o homem; a evolutiva histórica descreve a transformação gradativa do homem primitivo no homem cultural da atualidade; e por sua vez, a linha ontogenética demonstra o trajeto que percorre uma criança desde seu nascimento até transformar-se em um homem cultural.

Ao longo dessa evolução dos homens, suas condições de vida não deixaram de se transformar e as aquisições da evolução não deixaram de se transmitir de geração a geração. Para Leontiev (1978), isto era a condição necessária para a continuação do progresso histórico. O homem se *torna humano*, se humaniza, na relação com a cultura.

Humanizado, o homem passa a produzir a sua existência, a partir de sua atividade criadora e produtiva: o trabalho. Pela atividade do trabalho, o homem deixa de apenas se adaptar à natureza para sobreviver e passa a modificá-la em função do desenvolvimento de suas necessidades. Nesse processo de criação, produção e transmissão, cada geração começa a sua vida num mundo de objetos e fenômenos criados pelas gerações precedentes. Não obstante, segundo Leontiev (1978, p. 267), “as aptidões e caracteres especificamente humanos não se transmitem de modo algum por hereditariedade biológica, mas adquirem-se no decurso da vida por um processo de apropriação da cultura criada pelas gerações precedentes”. Dessa forma, para o autor, o indivíduo aprende a ser homem e é colocado diante de uma imensidade de riquezas acumuladas ao longo dos séculos pelo homem, que é o único ser de nosso planeta capaz de criar.

Segundo Biaggi (2002), é por meio de todas as experiências vivenciadas que o homem se humaniza e se desenvolve, manifestando socialmente, de um modo ou de outro, seus aspectos biológicos, mas é principalmente por meio das relações de trabalho (enquanto

atividade humana e forma de garantir a sobrevivência) que se estabelecem as formas de agir, de pensar, de se conceber a vida – o que se dá de modo dinâmico e envolto em contradições.

Esse processo, segundo Saviani (2000), se dá por meio da educação, que é um fenômeno próprio dos seres humanos, e a compreensão da natureza da educação passa pela compreensão da natureza humana. Para o autor, quanto mais elaboradas forem as relações sociais em que o sujeito está inserido, mais complexos serão os elementos culturais que esse sujeito deverá dominar. Assim, a cultura é objeto de ensino e a escola é o local central de transmissão de conhecimentos acumulados socialmente.

Segundo Sforzi (2003, p.180), “todo ato educativo é uma ação que envolve e constitui alguém em uma cultura”. Cultura é toda construção humana constituída na relação entre os homens e destes com a natureza. A escola propicia a apropriação da cultura, ou seja, é por meio do ensino que o indivíduo adquire instrumentos cognitivos, e com estes, toma consciência da sociedade em que está inserido.

Para Nagel (2005, p. 1), “cultura é o resultado das múltiplas ações, atividades, trabalhos, práticas dos indivíduos”. Para a autora, no conjunto dessas inúmeras ações interligadas produz-se uma forma de ser de sociedade, constrói-se a cultura de uma época, molda-se o homem desse tempo. Cultura é o conjunto de características de uma sociedade geradas no inter-relacionamento humano, preservadas, aprimoradas e reproduzidas ao longo do tempo, em princípio, sem maiores críticas. A autora afirma que “ao se produzir cultura, produz-se educação” (p. 2).

Não obstante, nas sociedades de classes, nem todos os sujeitos se apropriam dos conhecimentos necessários para sua participação social, pois o desenvolvimento pleno dos indivíduos não é prioridade nessa sociedade de desigualdades.

## **2.2 Das transformações no processo de trabalho: o capitalismo**

É certo que, em cada época da história da humanidade, tanto as questões econômicas quanto as sociais, políticas ou culturais constituíram a base de toda a história das relações de poder, e a exploração do trabalho humano sempre esteve presente. O ponto de partida do modo de produção capitalista, que foi acirrado a partir do século XVI, modifica ao mesmo tempo as relações de trabalho e o comportamento humano.

Para Marx (2002), esse processo favoreceu o desenvolvimento do capitalismo, que compreendia os meios de produção – a terra, indústria e matérias-primas – como propriedade privada de uma classe social – a burguesia. O trabalho dominante era o da manufatura e do

assalariado. A economia era a do mercado e a maioria dos produtos transformava-se em mercadoria; empregava-se, predominantemente, a energia mecânica na produção, que determinava uma extensa divisão do trabalho para que cada trabalhador participasse de apenas uma parte do produto final, com o objetivo de produzir mais em menos tempo. O crescimento da classe burguesa revolucionou todo o processo de produção e das relações sociais. Nesse momento, rompem-se todas as relações de trabalho anteriormente construídas pela sociedade e trava-se a luta diária do mundo capitalista, fragmentando, dia após dia, toda e qualquer forma de trabalho, e submetendo o trabalhador à nova ordem do capital (Marx, 2002).

Nesse processo de expropriação, o operário vê-se obrigado a vender sua força de trabalho a um capitalista. Durante as horas de trabalho, ele está na fábrica, à disposição do capitalista; fora delas, ele é “livre”<sup>4</sup>. O pagamento pela venda de sua força de trabalho é o salário. Com o que recebe, o trabalhador atende às suas necessidades básicas, isso quando consegue garantir condições mínimas de sobrevivência para si e sua família, para recuperar suas energias e enfrentar no dia seguinte nova jornada de trabalho. Não obstante, o salário que recebe paga apenas uma parte do trabalho que realiza; a outra é apropriada pelo capitalista sob a forma de mais-valia. Sob o capitalismo, as relações de produção se dão na forma de dominação e subordinação dentro do processo, no qual o capitalista é o proprietário dos meios de produção e o operário é dono de sua força de trabalho para garantir sua subsistência (Marx, 2002).

Esse movimento se constitui na efetiva existência dos homens, portanto, num processo de contradição, de subversões e de desafios enfrentados pela luta da classe trabalhadora.

A mais fundamental e importante contradição em toda estrutura social, de acordo com Vygotsky (1930), consiste no fato de que dentro dela, sob pressão implacável, estão evoluindo forças para sua destruição, e estão sendo criadas as precondições para sua mudança por uma nova ordem baseada na ausência da exploração do homem pelo homem.

---

<sup>4</sup> Para Karl Marx, isso não caracterizaria ser livre. O autor entende a liberdade humana como a constante criação prática pelos indivíduos de circunstâncias objetivas, nas quais despontam suas faculdades, sentidos e aptidões (artísticas, sensoriais, teóricas...). Assim, critica as concepções metafísicas da liberdade. Para ele, não há liberdade sem o mundo material no qual os indivíduos manifestam na prática sua liberdade junto com outras pessoas, em que transformam suas circunstâncias objetivas de modo a criar o mundo objetivo de suas faculdades, sentidos e aptidões. Ou seja, a liberdade humana só pode ser encontrada de fato pelos indivíduos na produção prática das suas próprias condições materiais de existência (Marx, 2002).

Para melhor entender essa contradição, recorremos a Marx (1982). Este explica que a origem do modo de produção capitalista não está ligada a uma pura e simples racionalização da divisão do trabalho social, mas, sim, a um processo violento de expropriação da produção familiar, artesanal, camponesa, corporativa etc. que separou o produtor direto dos seus meios de produção e formou enormes massas de indigentes e desocupados. Na verdade, uma volumosa reserva de força de trabalho livre e disponível para ser comprada, o proletariado. Por outro lado, a exploração das colônias ultramarinas através de saques, especulação comercial, tráfico de escravos e monopólios mercantis propiciaram enormes oportunidades de enriquecimento para uma parcela da burguesia. Sendo assim, esses fenômenos históricos geraram as duas classes antagonistas da sociedade industrial capitalista, a burguesia e o proletariado.

Segundo o autor, o que ocorre, na verdade, é que o trabalhador produz mais do que foi calculado, ou seja, a força de trabalho cria um valor superior ao estipulado inicialmente. Esse trabalho excedente não é pago ao trabalhador e serve para aumentar cada vez mais o capital. Insere-se neste ponto a questão da alienação - o produtor não se reconhece no que produz; o produto surge como um poder separado do produtor. O produto surge então como algo separado, como uma realidade soberana - o fetichismo da mercadoria. Mas o que faz com que o homem não perceba? A resposta, de acordo com Marx, está na ideologia dominante, que procura sempre retardar e disfarçar as contradições politicamente. Portanto, a luta de classes só pode ter como objetivo a supressão dessa extorsão e a instituição de uma sociedade na qual os produtores seriam senhores de sua produção (Marx, 1982).

Eidt (2004), ao considerar que o modo de produção da vida do homem determina modificações significativas em suas representações e conceitos, entende como de essencial importância compreender quais comportamentos e conhecimentos a sociedade tem colocado como exigência aos indivíduos na atualidade. A sociedade atual se configura por um princípio que enfatiza a liberdade e o individualismo e naturaliza os fatos sociais, retirando-lhes o caráter histórico.

Segundo Eidt (2004, p.101), para melhor compreender as consequências e a lógica desta nova época histórica, chamada de “admirável mundo novo”<sup>5</sup>, basta considerar que os

---

<sup>5</sup> Na concepção de Hobsbawm (1998), dentro ou fora do “Mundo Novo” a questão da superioridade de uns em detrimento de outros é palpável, ainda que dentro da sociedade representada pelo Mundo Novo tal distinção seja atenuada por todo o condicionamento que passam homens e mulheres enquanto ainda são crianças, representando um dos pilares da estabilidade do sistema: uma minoria em castas mais elevadas e uma maioria

lucros dos quatro homens mais ricos do planeta garantiriam água potável e cesta básica por um período de dez anos para os dois milhões de miseráveis do planeta. De acordo com a autora, das cem maiores economias do mundo, cinquenta e uma são empresas e quarenta e nove são estados nacionais. Diante do fato de que só a empresa e o lucro movem a sociedade, a resposta para os problemas sociais passa a ser a privatização. De acordo com a ideologia, o público cede lugar ao particular e a coletividade perde sentido e força em função do interesse de um grupo minoritário. Sobre esse momento que vivemos, Barroco (2004, p. 12) escreve:

Vivenciamos uma crise, e estamos num período de transição de uma dada forma de existência à outra, ou, como compreende Mézáros, do neoliberalismo para a barbárie ou ao socialismo. De modo geral, podemos constatar que em períodos transitórios há o embate entre o apego e a exaltação de uma forma de vida que já se esvai (daí o passado se fazer presente numa visão idealizada, romântica), com a nova sociedade, já em gestação, que anuncia um modo diferenciado de produção da vida. Obviamente que o prognóstico do novo, que vai sendo projetado na práxis, negado ou não, gera conflitos de toda ordem. Em tais períodos, onde a humanidade, no fervor dos espíritos, está à busca de soluções são eleitas panaceias para as quais todos se voltam - e depois, com as quais, podem se revoltar. A educação escolar tem sido uma delas, por ser tomada como a formadora de cidadãos e, por isso, responsabilizada pela redenção dos problemas sociais.

Trazendo essas reflexões para o objeto de estudo deste trabalho, em que se busca pensar o homem como constituído pelas relações que estabelece e pela apropriação dos instrumentos construídos historicamente, podemos dizer que tudo isso acaba se tornando um processo educativo que leva os indivíduos de uma época a assumirem características peculiares a ela, e assim, a observarem que a relação não se estabelece desligada do mundo

---

nas inferiores, executando trabalhos de grande simplicidade e nenhum esforço mental, mas cruciais para a sociedade, condicionada desde que nasce a achar isso um tipo de vida ideal.

objetivo. Neste contexto, pode-se dizer que a situação educacional corresponde à estrutura e à dinâmica da sociedade, que geralmente busca manter um modo de vida cristalizado.

Conforme se afirmou anteriormente, é por meio do ensino que o indivíduo adquire instrumentos cognitivos que lhe permitem tomar consciência da sociedade em que está inserido, ou seja, adquire as características de sua época. Sobre isso Nagel (2005) escreve:

As características da pós-modernidade que marcam o homem contemporâneo levam, em princípio, a divisar a escola como instituição que perde, nessa fase, sua função fundamental que é ensinar. Na verdade, a cultura atual, estimulando a subjetividade, a autonomia, a liberdade sem parâmetros, o prazer imediato, o descompromisso com o outro, objetivando, por excelência, a falta de motivação para o trabalho, oferece condições suficientes para a apatia e para a banalização do existente. Nesse espectro, a função de educar, ou de ensinar, que se regula pela mudança intencional de comportamentos perde o sentido histórico de existência (p. 1).

Na Pós-Modernidade, os sujeitos produtores dessa cultura passam a apresentar dúvidas sobre comportamentos vigentes enquanto geradores de ansiedade ou insatisfação. Os comportamentos atuais, abrigados na defesa inconsistente da liberdade para agir sem limites, sem normas, tornam-se objeto de reflexão de muitos cidadãos. Neste contexto, os comportamentos indesejados começam a ser descritos, com maior clareza e profundidade, como típicos de uma época (Nagel, 2005).

### **2.3 Do processo de naturalização à medicalização das questões sociais**

Para Eidt (2004), na atualidade, o sistema neoliberal tem intensificado a naturalização das questões sociais, desvinculando-as do contexto e do tempo em que são produzidas. Além disso, expande a ideia de que todos têm as mesmas oportunidades – tanto no âmbito social quanto no acadêmico –, portanto os fracassos devem ser atribuídos a problemas de caráter individual. Neste contexto, a prática da normatização dos comportamentos desviantes – cujo objetivo é adaptar esses comportamentos aos padrões vigentes através da medicalização – torna-se objeto de grande difusão, pois adquire o *status* de ciência.

Atualmente, tem-se observado que um número cada vez maior de crianças tem sido objeto de encaminhamento aos postos de atendimento com queixa de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH. Conforme Eidt (2004), é preciso entender nesse contexto o momento histórico atual, em que crianças e adolescentes são hiperestimulados por informações de acesso fácil (televisão, internet, etc.), o que lhes exige pouco esforço. Sobre isso, Nagel (2005, p.4) escreve:

Em busca do prazer efêmero, o indivíduo expressa-se, de modo significativo, nas horas em que totaliza, preferencialmente, seu tempo, permanecendo frente à TV, à internet, aos games, etc.. O imagético é objeto de fascínio. Cola-se à mídia que vive de estimulação de suas emoções, através de cenas virtuais, fantásticas, violentas, de forte apelo à sexualidade. Transforma-se, assim, em um legítimo espectador da realidade. Seus sentimentos são exacerbados pelos meios de comunicação que têm no escândalo sua forma competitiva de existência. Acostuma-se, portanto, a conviver com os fatos reais como espetáculo, vivendo os acontecimentos sociais oferecidos através da mídia apenas enquanto duram, no tempo de suas imagens.

Para Barroco (2004), hoje em dia, a vida e as relações têm sido mediadas por recursos eletrônicos e virtuais, e é nesse contexto que as contradições aparecem. As necessidades psicomotoras continuam a existir para as crianças em desenvolvimento, o que deixa a pergunta: onde extravasá-las ou supri-las? Para muitas, possivelmente na escola, ou mesmo com, ou nos seus colegas.

Estamos, portanto, diante de uma sociedade hiperativa. E, nesse sentido, temos claro que a organização social vigente contribui para que sejam produzidos indivíduos com comportamentos hiperativos e desatentos. O que nos possibilita contrapor a visão hegemônica do TDAH. Na próxima seção, iremos dissertar sobre a Psicologia Histórico-Cultural no que se refere ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores, sobretudo, do desenvolvimento da atenção, por entendermos que estudar esta função, desde sua gênese até a sua expressão mais elaborada, a voluntária, é imprescindível para que se dê um novo enfoque sobre a compreensão da desatenção e hiperatividade proposta neste estudo.

### **3. A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL: DO PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES**

A Psicologia Histórico-Cultural tem como principais referências Lev S. Vigotski, Alexei Leontiev e Alexander R. Luria, e parte da premissa de que o desenvolvimento humano se dá de forma dialética, isto é, ocorre a medida que o homem se insere no mundo social, mantendo relações com outros homens, construindo sua história a partir disso, sendo sua apropriação da cultura condição para seu desenvolvimento psíquico.

Leontiev (1978) afirma que o indivíduo não nasce homem, mas aprende a sê-lo, adquirindo o que foi alcançado ao longo do desenvolvimento histórico da sociedade humana. Dessa forma:

As gerações humanas morrem e sucedem-se, mas aquilo que criaram passa às gerações seguintes que multiplicam e aperfeiçoam pelo trabalho e pela luta as riquezas que lhes foram transmitidas e passam o testemunho do desenvolvimento da humanidade (Leontiev, 1978, p. 267).

Vygotski (2000) esclarece que o psiquismo humano se desenvolve em um processo vinculado com o desenvolvimento histórico da humanidade, sendo aquele uma parte deste, e no centro desse desenvolvimento ocorre um salto dialético que modifica a relação entre estímulo e resposta proposta pela velha psicologia. E, portanto, defende um método novo de investigação na Psicologia, que revele sua ideia central.

Para a adaptação do homem tem essencial importância a transformação ativa da natureza do homem, que constitui a base de toda história humana e pressupõe também uma imprescindível mudança ativa da conduta do homem (Vygotski, 2000, p. 85).

De acordo com Tuleski (2008), Vygotski estava comprometido com a formação de uma nova Psicologia, que não desvinculasse o desenvolvimento humano do desenvolvimento da história da sociedade como um todo. Tal como as transformações sociais se deram por meio de revoluções, Vygotski considerava que o desenvolvimento humano também se dava

de forma revolucionária. A autora destaca o caráter de historicidade do pensamento de Vygotski, o que significa que se deve pensar na sua concepção teórica à luz da história e ligada a um projeto coletivo pós-revolucionário, com o qual Vygotski, com outros pensadores e cientistas revolucionários, como Lênin, para citar um deles, buscava respostas para os problemas que os homens daquele período vivenciavam.

Assim, projetavam uma sociedade que negava a forma burguesa de existência, e defendiam acesso de todos os homens aos bens de consumo e bens culturais, mas viviam num contexto em que o analfabetismo, a miséria e a pobreza eram altos, e acreditavam que, com a educação, seria possível superar esses problemas naquele momento histórico e social. Sendo assim, num país onde regiões ainda seguiam o sistema feudal e semifeudal de produção, era necessária a industrialização pautada no conhecimento técnico e científico sobre relações de produção de toda a população, para estar de acordo com os ideais comunistas de distribuição social (Tuleski, 2008). Dessa forma, Vygotski elabora sua teoria sobre o desenvolvimento da criança e do homem vinculado a um contexto histórico de lutas e revoluções por uma sociedade socialista, visando uma nova Psicologia baseada no materialismo histórico e dialético.

De acordo com Tuleski (2008), Vygotski é contundente e insistente, em suas obras, no intento de superar a *velha* psicologia, e muitos debates foram promovidos na busca de uma *nova* psicologia, capaz de eliminar a dicotomia entre corpo e mente, responsável por muita discórdia entre as teorias psicológicas. Para a autora, Vygotski parece perseguir o objetivo de superar essa dicotomia, trazendo para a Psicologia o método proposto por Marx e Engels, e construindo a ponte que eliminaria a cisão entre a matéria e o espírito (Tuleski, 2008, p. 7). Neste sentido, Vygotski analisa as teorias ligadas à *velha* psicologia mostrando os pontos positivos e negativos, os avanços e retrocessos historicamente determinados, levantando os elementos da crítica e desta análise das teorias já existentes para a construção dessa *nova* psicologia.

Vygotski (2000), apesar de não desconsiderar o caráter biológico no desenvolvimento, não o toma como principal, e sim, secundário, pois, para ele, a aprendizagem é anterior ao desenvolvimento, sendo que a criança nasce com apenas uma capacidade – a capacidade ilimitada de aprender. Por isso, com condições necessárias e adequadas de vida e de educação, é possível à criança desenvolver as máximas qualidades humanas, ficando evidente que o meio social, e não a maturação biológica, é determinante do desenvolvimento.

Vygotsky (1991) postula que os fatores biológicos são preponderantes no início da vida da criança e são responsáveis pelas funções psicológicas elementares – reações

automáticas e ações reflexas. As funções psicológicas superiores (FPS), especificamente humanas, formam-se nas relações sociais entre os homens, no processo de produção da vida e por meio da apropriação da cultura humana, transmitida de geração a geração (Leontiev, 1978). São, segundo Vigotski (1991), relações sociais transladadas ao interior do indivíduo. As funções psicointelectuais superiores aparecem duas vezes no decurso do desenvolvimento da criança: nas atividades coletivas e sociais, ou seja, como funções intersíquicas, e nas atividades individuais, como propriedades internas do pensamento da criança, ou seja, como funções intrapsíquicas (Vygotsky, 1991).

São FPS a memória e atenção voluntárias, a aquisição de instrumentos, a fala e o pensamento abstrato. Essas funções desenvolvem-se mediante a aquisição de conhecimentos transmitidos historicamente, os quais, necessariamente, para serem apropriados pela criança, precisam da mediação de indivíduos mais desenvolvidos culturalmente e do uso de signos.

Assim, para a Psicologia Histórico-Cultural, mudanças na sociedade produzem mudanças na consciência e no comportamento humano, pois este se desenvolve a partir da atividade social. As funções psicológicas superiores, nesse contexto, têm uma base biológica, mas seu desenvolvimento depende dessa interação, mediada por signos, entre o indivíduo e o mundo, sendo a linguagem o mais importante sistema de signos utilizado (Santos, 2004).

De acordo com Tuleski (2000), comparando o comportamento do homem primitivo com o do homem moderno, verifica-se que ele se diferencia graças aos signos, que são desenvolvidos para atender a necessidades coletivas, com o objetivo de controlar o comportamento individual e social. Assim, as diferenças entre o homem primitivo e o homem moderno devem ser pensadas a partir da sua organização social e dos instrumentos e signos que mediavam estas relações, perspectiva que rompe com o determinismo biológico vigente na psicologia tradicional, à qual os fundadores da Psicologia Histórico-Cultural (Vigotski, Luria e Leontiev) se opuseram de modo contundente.

Gradativamente, o comportamento da criança e sua vontade deixam de ser regulados pelo meio externo (através de comandos verbais e das ações das demais pessoas com as quais convive) e passam a ser controlados pelo próprio pensamento da criança. Assim, a superação do comportamento primitivo, de base biológica, depende da organização social (Tuleski, 2000).

Os signos são entendidos como um instrumento psicológico, cabendo-lhes a função de atuar sobre o psiquismo humano e modificá-lo. Tal modificação se dá na medida em que o signo mediatiza não só o pensamento, mas também o próprio processo social humano.

A linguagem é um dos signos mais importantes empregados para impulsionar o desenvolvimento psicológico humano, pois é graças à generalização verbal que a criança torna-se detentora de um novo fator de desenvolvimento, a experiência humano-social, que se transforma no elemento fundamental da sua formação mental (Leontiev, 1991).

Para Vigotski (2001), a linguagem como sistema de signos linguísticos organizado culturalmente implica uma transformação radical na constituição do pensamento e da consciência. O pensamento tipicamente humano é constituído pela linguagem, pois é a partir do momento em que a linguagem entra em cena, no curso do desenvolvimento, que o pensamento torna-se verbal e a fala, racional. Nesse aspecto, é importante observar a relação que a criança estabelece desde cedo entre pensamento, linguagem e ação. A linguagem, além da função de comunicação, é constitutiva do pensamento e exerce a função mediadora entre sujeito e objeto. Por meio da linguagem, o cérebro vai organizando suas funções, possibilitando uma nova percepção da realidade e a direção e a forma da ação e do comportamento humanos. Advém daí a importância central que Vigotski atribui à linguagem, pois, além da função comunicativa, ela é fundamental nos processos de transição do interpessoal para o intramental, de constituição do pensamento e da consciência, de organização e planejamento da ação, de regulação do comportamento e de todas as demais funções psíquicas superiores do sujeito (memória, atenção, vontade).

A linguagem tem como função inicial o meio de comunicação. Só depois de convertida em linguagem interna, ela se transforma em função mental interna, que fornece os meios fundamentais ao pensamento da criança (Vygotsky, 1991).

### **3.1 Do desenvolvimento da função atenção**

No tocante ao desenvolvimento da atenção, Vygotsky e Luria (1996) registram que ela satisfaz a função mais importante na vida do organismo. Essa função trata da organização do comportamento, com a criação de um contexto que prepara o homem para a percepção ou para a atividade. Segundo os autores, nenhuma atividade seria possível de ser realizada caso não existisse a seletividade promovida pela atenção. O homem não seria capaz de perceber em ordem alguma os estímulos vindos do meio ambiente, de distinguir os mais importantes entre eles ou de organizar suas reações num sistema correspondente, discernindo e dispondo as ações mais importantes. Para esses autores, o desenvolvimento da atenção inicia muito cedo. Sobre isso eles escrevem:

O fenômeno da atenção pode ser observado desde a mais tenra infância. A atenção natural é observada nas primeiras semanas de vida da criança e é provocada por alguns estímulos suficientemente fortes. É bastante claro que um estímulo externo forte – luz brilhante, ruído intenso, etc. – organiza de maneira correspondente todo o comportamento da criança: a criança volta a cabeça para a fonte do estímulo, surge uma expressão especial de atenção, e assim por diante (Vygotsky & Luria, 1996, p. 195).

Conforme os autores, essa é a mais simples forma natural de atenção, comumente chamada de atenção instintivo-reflexiva e se caracteriza por seu caráter não intencional, não volitivo. Assim que o estímulo se enfraquece, o papel organizador da atenção desaparece e o comportamento organizado abre caminho novamente para o comportamento desordenado e indiferenciado.

Desta forma, para os autores, não pode surgir através da atenção natural nenhuma forma estável, de longo prazo, de comportamento organizado. A evolução da atenção não pode acompanhar a trajetória pela qual se desenvolveu a atenção involuntária; para ser capaz de resolver uma dada tarefa, o indivíduo tem que colocar em prática uma maneira de comportamento que é precisamente oposta à maneira predominante anterior. Nas palavras de Vygotsky e Luria (1996, p. 196), isso ocorre da seguinte maneira:

Nos estágios iniciais de desenvolvimento, cada forte estímulo podia organizar o comportamento introduzido em determinado contexto, enquanto nos estágios posteriores essa capacidade tem que ser estendida também aos estímulos mais fracos que podem ser biológicos ou socialmente importantes e que requerem uma cadeia de longo prazo de reações ordenadas. As formas naturais de atenção não conseguem satisfazer a essa condição e é evidente que paralelamente a essas formas, é preciso desenvolver alguns outros mecanismos, que seriam agora adquiridos artificialmente, em resposta ao requisito acima exposto. É preciso que surja a atenção artificial, voluntária, “cultural”, que é a condição necessária para qualquer trabalho.

Sobre o desenvolvimento da atenção da criança em idade pré-escolar, Mukhina (1995, p. 284) escreve: “a atenção da criança se concentra nos objetos e nas ações de seu meio, mas a criança só se mantém concentrada até o interesse se desvanecer”. Para a autora, assim que termina o interesse, qualquer outro objeto pode capturar imediatamente a sua atenção. Crianças em idade pré-escolar conseguiriam permanecer olhando uma ilustração ou escutando uma história por cerca de 30 a 50 minutos. E crianças de seis anos conseguiriam fazer a mesma coisa por cerca de uma hora e meia. Para algumas crianças, esse tempo pode ser o dobro no final da idade pré-escolar, com melhora na compreensão e no interesse.

A mesma autora destaca que as mudanças mais substanciais na atenção da criança em idade pré-escolar manifestam-se quando ela é capaz de dirigir conscientemente sua atenção para certos objetos e manter a concentração, com a ajuda de determinados métodos. Para Mukhina (1995, p. 285),

a atenção voluntária tem origem fora da personalidade da criança; portanto, a evolução da atenção involuntária não provoca o surgimento da atenção voluntária. Essa última é motivada pelo adulto, que insere a criança em novas atividades, orienta e organiza a atenção. Para orientar a atenção o adulto lhe proporciona os meios que mais tarde lhe servirão para ela mesma dirigir sua atenção de forma consciente.

Cumprir observar que a atenção torna-se uma função real somente quando a própria criança “domina os recursos de criar os estímulos adicionais que centrem sua atenção em cada um dos componentes de uma situação e que eliminem tudo mais que se encontra em segundo plano” (Vygotsky & Luria, 1996, p. 197). A atenção voluntária tem origem fora da personalidade da criança e não é consequência de um amadurecimento natural ou espontâneo da atenção involuntária. Na realidade, a atenção voluntária é motivada pelo adulto, que coloca a criança em novas atividades e organiza seu comportamento.

É preciso compreender que é por meio da linguagem, de sinais e ações, que o adulto indica e sugere as situações que devem ser observadas para se cumprir uma tarefa. Por sua vez, a criança, desde pequena, vai se subordinando ao gesto indicador e à palavra do adulto, fixando o objeto com o olhar (Luria, 1991). Esse processo compõe o primeiro estágio da constituição da atenção voluntária. Por volta dos dois anos de idade, graças à sua possibilidade de andar, a criança pode não só pegar os objetos, mas também executar ações

com eles. Sua atenção, nesse momento, é direcionada para os objetos implicados em suas atividades.

Com o domínio da linguagem, a própria criança passa a sugerir e escolher os objetos, transformando radicalmente a orientação de sua atenção. Agora ela é capaz de deslocar com autonomia a sua atenção, indicando o objeto com um sinal ou nomeando-o com a palavra correspondente. Ao dar para si comandos verbais para gerir sua ação, a criança assume o papel de quem a ensina, repetindo as diretivas que foram internalizadas na exteriorização de seu discurso (Luria, 1991).

É fundamental compreender que quanto mais elaborada a ação exigida pela situação, maior é a importância da fala. Às vezes, ela é tão importante que, se não for admitido seu uso, a criança pequena não será capaz de resolver a situação proposta. As ações práticas de uma criança que pode falar tornam-se muito menos impulsivas e espontâneas. Ela divide sua atividade em partes consecutivas. Por meio da fala, planeja como solucionar o problema e então executa a solução elaborada através de uma atividade visível (Luria, 1991).

A manipulação direta é trocada por um complexo processo psicológico, mediante o qual a motivação interna e as finalidades preteridas estimulam seu próprio desenvolvimento e realização: “é muito importante observar que a fala, além de facilitar a efetiva manipulação dos objetos pela criança, controla também o comportamento da própria criança, [adquirindo] a capacidade de ser tanto sujeito como objeto de seu próprio comportamento” (Vygotsky, 2003, p. 36).

Luria (1991) assevera que o adulto ajusta a ação da criança por um mediador externo, que é a atividade verbal. A criança subordina-se às ações do adulto e, ao mesmo tempo, começa a formar opiniões sobre as suas ações futuras, e assim o adulto é o modelo de idealização das ações para a criança.

Em resumo, a criança assume o controle voluntário do comportamento mediante a assimilação dos instrumentos culturais acumulados nos conhecimentos, na linguagem e nos comportamentos produzidos pela humanidade ao longo do tempo. Quando a criança passa a fazer uso de meios indiretos, como instrumentos e signos, e adquire as capacidades culturais imprescindíveis, aumenta sua capacidade de conter a satisfação imediata de seus impulsos e necessidades e de adiar as reações imediatas a estímulos exteriores, e então ela dá os primeiros passos na passagem para o comportamento intelectual complexo (Vygotsky & Luria, 1996).

Assim, o desenvolvimento começa com o uso das funções mais primitivas, de caráter involuntário; em seguida, a criança passa por uma fase de treinamento, e o que era um

processo natural se transforma em processo cultural, mediante uma série de ampliadores externos. E por fim, esses ampliadores são abandonados e o indivíduo principia a empregar os próprios processos neuropsicológicos como técnicas para obter determinados fins (Vygotsky & Luria, 1996).

Deste modo, para a Psicologia Histórico-Cultural, o fator biológico determina as reações inatas do indivíduo e é sobre essa base que se estabelece todo o sistema de reações adquiridas. Leontiev (1978) mostra que a criança começa sua vida em um mundo cheio de objetos inventados pelas gerações anteriores, e é a assimilação do conhecimento acumulado, condensado nesses objetos, que garante a ela o desenvolvimento das aptidões especificamente humanas.

O estudo desenvolvido por Werner (1997), intitulado “Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico”, especifica o processo de desenvolvimento da atenção na criança. Esse estudo fez uma análise histórica e crítica da racionalidade moderna e dos modelos da medicina e da psiquiatria vigentes, retirando o cunho organicista da questão e redimensionando-a para o campo dos signos, assim como o fez em relação a todas as outras funções psicológicas. Destaca, então, que a atenção se transformará ao longo do desenvolvimento da criança, pois o sistema simbólico, no qual os sujeitos humanos se inserem por meio das ações partilhadas, altera radicalmente essa função. Desse modo, chega à seguinte conclusão: a formação da manifestação dessa alteração depende da conjuntura, da qualidade do intercâmbio social, e também das particularidades da mediação do outro ao propor tarefas à criança. De igual forma, o autor aponta que também não se pode pensar a gênese dessas alterações de forma isolada das demais funções psíquicas (linguagem, pensamento, memória), pois estas estão permanentemente em conexão. A partir dessas premissas, o autor assinala que a disfunção da atenção resulta de vários processos, ou seja, é produto de uma mediação social extremamente complexa e não puramente uma patologia decorrente de um âmago primário biológico.

No que se refere aos sinais de hiperatividade e impulsividade, o autor destaca que, ao deslocar o foco da análise do indivíduo para os contextos intersubjetivos, a conclusão a que se chega é a de que o outro social tem uma função crucial no que se refere à manifestação ou não dessas descrições.

Apoiando-se nos postulados de Vigotski (2001) acerca do papel da linguagem na regulação do comportamento, Werner (1997) destaca que linguagem e ação, na gênese, são separadas. Assim, faz-se necessária uma trajetória no desenvolvimento para que fala e ações se encontrem e se tornem um amálgama que tanto adequará o sujeito externamente

(comportamento) quanto o norteará internamente. Esse acesso, por sua vez, só é possível por meio de uma dinâmica dialógica – intersíquica – na qual as mediações são feitas pelo outro social e permitem o processo de internalização da linguagem pela criança, e então a linguagem passa a ser uma função intrapsíquica.

Dessa forma, a linguagem é fundamental nos processos psíquicos humanos, pois cria as condições para o homem se relacionar com a representação dos objetos, possibilitando-lhe, como consequência, o acesso ao processo de abstração. Nessa abordagem, para a criança poder fazer uso da linguagem como um instrumento do pensamento e regulação das próprias ações, deve ser feita uma transição de um discurso socializado para um discurso interior, processo em que haverá uma fase intermediária, denominada fala egocêntrica. A principal função dessa fase é auxiliar no direcionamento das ações, ou seja, a criança fala para planejar e executar sua ação. De acordo com as premissas vigotskianas, tal fato demonstraria que existem, na fala egocêntrica, ao mesmo tempo, características do discurso interior (planejamento, organização) e características do discurso socializado (comunicação, intercâmbio social).

Assim, para Werner (1997), os traços de impulsividade e hiperatividade, assim como os de atenção, não podem ser explicados apenas do ponto de vista de um déficit biológico primário (lesão neurológica, disfunção neuroquímica), pois pertencem a uma complexa esfera da ação voluntária e da linguagem. Portanto, são traços de natureza intrinsecamente social, e não um distúrbio isolado dos processos intersubjetivos e dialógicos.

Neste contexto, é de se perguntar como se daria então o processo de internalização da atenção e do controle voluntário do comportamento (ou vontade) em uma sociedade onde há uma assombrosa distância entre a riqueza produzida pelo gênero humano e as probabilidades de apropriação desta riqueza por todos os indivíduos.

Como pode ser observado, nesta seção trouxemos subsídios teóricos que desvendam que as funções psicológicas superiores e, em específico, a função atenção, não se desenvolvem naturalmente. Como pontua Meira (2007), é na relação com o contexto histórico, mediado pelos instrumentos e símbolos desenvolvidos culturalmente, que se desenvolvem as potencialidades humanas. Essas constatações reforçam nosso posicionamento, de que os problemas de comportamento e de desatenção presentes na sociedade atual não são unicamente decorrentes de fatores genéticos/orgânicos.

A partir desta compreensão, entendemos ser importante resgatar um pouco da história da Psicologia, sobretudo, no Brasil, na tentativa de abarcarmos como a Psicologia, desde seu início, olha para o homem e seu processo de desenvolvimento, considerando algumas das

vertentes teóricas. Assim sendo, teremos subsídios para compreendermos a atuação de psicólogos tanto na escola como na clínica, com indivíduos que apresentam problemas de comportamento.

#### **4. ALGUNS MARCOS HISTÓRICOS DA PSICOLOGIA NO BRASIL PARA COMPREENSÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO E ESCOLAR NA ATUALIDADE**

É notório que, em pouco mais de um século de existência, a Psicologia produziu um grande volume de conhecimentos científicos acerca da natureza humana. O alcance dessa acumulação de conhecimentos evidencia-se na ampliação dos espaços de inserção conquistados nesse período. Em quase todas as situações da vida cotidiana, este conhecimento contribui para a promoção de modos de vida mais saudáveis. Não obstante, atualmente se pode observar que a Psicologia vem enfrentando uma séria crise e muitas de suas práticas e âmbitos de atuação vêm sendo severamente questionados. Por trás desta crise esconde-se uma questão fundamental lembrada por Moura (1999): para que servem a Psicologia e os psicólogos?

Sobre esses aspectos, Moura (1999) destaca que, para compreender a crise que a Psicologia atravessa, faz-se necessário assinalar que, tradicionalmente, a prática empreendida pelos psicólogos tem privilegiado um ponto de vista de análise e de intervenção na esfera do estritamente individual: procuram-se explicações individuais para as mais distintas facetas da existência humana, diagnosticando as pessoas como “adaptadas” ou “desadaptadas”, segundo o modelo colocado como “padrão normal”. Em sua análise, a autora chama a atenção para o caráter imperioso deste modelo, na medida em que acaba naturalizando a realidade psicológica e social, dissimulando o papel que desempenham certas práticas humanas na constituição dessa realidade. Por exemplo, sugere a existência de certos padrões de normalidade psicológica que são marcados pela própria natureza e aos quais devemos nos conformar e adequar.

Segundo a autora, fica manifesta nesta perspectiva a presença da dicotomia “normal/patológico” a orientar tanto a análise e interpretação dos fatos quanto à forma de neles intervir. Sob este enfoque teórico-metodológico, a prática profissional do psicólogo consagrou-se como uma importante ferramenta de ajustamento e adequação do homem ao contexto, conferindo-lhe um estatuto de neutralidade e equilíbrio. As práticas desta natureza subjaz uma concepção de homem a-histórico resguardada no mito da universalidade do psicológico, que consiste em admitir que todos os indivíduos se atormentam, se emocionam, reagem etc. do mesmo modo em qualquer época e lugar.

Para melhor compreender essa construção de conhecimento, recorremos a Bock, Furtado e Teixeira (2004), que nos esclarecem que a Psicologia, enquanto um ramo da

Filosofia, estudava a alma. A Psicologia científica surge quando, de acordo com os padrões de ciência do século XIX, Wundt preconiza a Psicologia “sem alma”. O conhecimento tido como científico passa então a ser aquele produzido em laboratórios, com o uso de instrumentos de observação e medição. Se antes a Psicologia estava subordinada à Filosofia, a partir daquele século, ela passa a ligar-se a especialidades da Medicina, que adotara, antes da Psicologia, o método de investigação das ciências naturais como critério rigoroso de produção do conhecimento.

Para a autora, essa psicologia científica, que se constituiu de três escolas — Associacionismo, Estruturalismo e Funcionalismo —, foi substituída, no século XX, por novas teorias. As três mais importantes tendências teóricas da Psicologia nesse século são consideradas por inúmeros autores como sendo o Behaviorismo, a Gestalt e a Psicanálise. Bock *et al.* (2004) apresentam essas três abordagens na forma descrita a seguir.

O Behaviorismo, que surge com Watson e tem uma ampla aceitação nos Estados Unidos, em função de suas aplicações práticas, tornou-se respeitável por ter definido o fato psicológico de modo concreto, a partir da noção de comportamento (*behavior*). Após Watson, o mais importante behaviorista foi B. F. Skinner. A linha de estudo de Skinner ficou conhecida como Behaviorismo radical, e se contrapõe ao “behaviorismo metodológico”. Enquanto a principal preocupação dos outros eram os métodos das ciências naturais, a de Skinner era a explicação científica, definindo como prioridade para a ciência do comportamento o desenvolvimento de termos e conceitos que permitissem explicações verdadeiramente científicas. A expressão utilizada pelo próprio Skinner, em 1945, tem como linha de estudo a formulação do “comportamento operante” (Bock *et al.*, 2004).

A Gestalt, que tem sua origem na Europa, aparece como uma negação da fragmentação das ações e processos humanos realizada pelas tendências da psicologia científica do século XIX, demandando compreender o homem como uma totalidade. A Gestalt é a tendência teórica mais conectada com a Filosofia. Tem como seus maiores expoentes Kurt Koffka (1886-1940), Wolfgang Köhler (1887-1967) e Max Wertheimer (1880-1943), professores na Universidade de Frankfurt, os quais, baseados nos estudos da psicofísica, que articula a forma e a percepção, postularam que só se pode conhecer o todo por suas partes, e as partes só podem ser conhecidas por meio do conjunto. O ponto de partida reside, então, não mais no elemento, como queriam o associacionismo e o atomismo, mas na forma total e no fato da consciência, visto que esta forma nunca é reduzível a uma soma ou combinação de elementos, e que nela se percebem conjuntos de elementos ou forma, isto é, uma configuração, uma estrutura, uma organização (Bock *et al.*, 2004).

A Psicanálise, que nasce com Freud, na Áustria, a partir da prática médica, recupera para a Psicologia a importância da afetividade e postula o inconsciente como objeto de estudo, quebrando a tradição da Psicologia como ciência da consciência e da razão. Para Bock *et al.* (2004), a Psicanálise se apresenta como um campo teórico e prático de saber pela prevenção e promoção da saúde com base em sofrimentos e traumas gerados na infância e adolescência, a partir das fases dos ciclos de vida e desenvolvimento humano, que ocasionam problemas geralmente evidenciados na vida adulta. O método utilizado para desvendar o real, compreender o sintoma individual ou social e suas determinações, é o interpretativo. No caso da análise individual, o material de trabalho do analista são os sonhos, as associações livres, os atos falhos (os esquecimentos, as substituições de palavras etc.). “Em cada um desses caminhos de acesso ao inconsciente, o que vale é a história pessoal. Cada palavra, cada símbolo tem um significado particular para cada indivíduo, o qual só pode ser apreendido a partir de sua história, que é absolutamente única e singular” (Bock *et al.*, 2004, p. 81).

Bock *et al.* (2004) complementam que, naquele momento, pelo pouco desenvolvimento da Psicologia, essas escolas acabaram formulando um conhecimento fragmentário de uma única e mesma totalidade – o ser humano, o seu mundo interno e as suas manifestações. A superação do atual nó levará a uma psicologia que enquadre esse homem como ser concreto e multideterminado. Esse é o papel de uma ciência crítica, da compreensão, da comunicação e do encontro do homem com o mundo em que vive, já que o homem que compreende a História também compreende a si mesmo, e o homem que compreende a si mesmo, pode compreender o engendramento do mundo e criar novas rotas e utopias.

No que se refere à história da Psicologia no Brasil, de acordo com Boarini (2007), cumpre destacar que foram principalmente os médicos que estimularam e popularizaram a ciência psicológica. Fato igualmente importante a ser observado é que das várias correntes da Psicologia que foram introduzidas no Brasil nas primeiras décadas do século XX, a vertente da psicometria foi a privilegiada. Diante das necessidades do Brasil da época e do nacionalismo exacerbado que se observava nos países em geral, a avaliação psicológica é reconhecida pelos médicos como uma importante aliada no trabalho de classificar a população de acordo com suas aptidões e habilidades cognitivas e, desta forma, contribuir na transformação do Brasil em uma grande Nação.

Para Patto (1999), a história da Psicologia no Brasil compreende três grandes momentos: o da Primeira República, de 1906 a 1930, marcado por estudos de laboratório num padrão europeu e sem a preocupação de intervir na realidade; o de 1930 a 1960, marcado pelo tecnicismo de procedência norte-americana; e o momento a partir de 1960, quando o trabalho

do psicólogo passa a ter uma forma mais adaptacionista, pois o papel do psicólogo escolar era entendido como o de solucionador de problemas, notadamente os de comportamento e aprendizagem (Guzzo, Mezzalira, Moreira, Tizzei & Silva, 2010).

No tocante à Psicologia Educacional, segundo Patto (1999), pode-se dizer que se configurou, no Brasil, sob a influência médica. Os primeiros cursos de Psicologia foram ministrados nas faculdades de medicina, tendo os médicos como professores. Tal fato influenciou a constituição de discursos fragmentados, muitas vezes incoerentes, acerca das determinantes do fracasso escolar.

De acordo com a autora, é importante perceber que a formação desses primeiros psicólogos, que foram bastante influentes na década 1930, deu-se num período em que eram de grande importância as teorias racistas no Brasil, momento em que se fundavam os primeiros retratos “psicológicos” do brasileiro e se avaliavam a cultura europeia e a raça branca superior. Segundo a autora, o médico psicólogo Arthur Ramos, com base nos instrumentos conceituais da psicanálise, introduziu no país um novo conceito de cultura que a antropologia implanta na passagem do século: a psicologia da cultura brasileira, por meio da qual conclui que o brasileiro possui um “inconsciente primitivo”<sup>6</sup> e, desse modo, uma cultura “ainda eivada de defeitos, próprios das culturas ainda na infância” (Patto, 1999, p. 104-114). Contudo, não conseguiu combater o preconceito racial arraigado na vida diária do brasileiro.

Assim, partindo do princípio de que um modelo positivista de construção do conhecimento nas Ciências Humanas e Sociais não suporta a complexidade da vida humana, Patto (1999, p. 215) utiliza o Materialismo Histórico como referencial teórico e define como indispensável “conhecer, pelo menos em seus aspectos fundamentais, a realidade na qual se engendrou uma determinada versão sobre as diferenças de rendimento escolar existente entre crianças de diferentes origens sociais”. Para isso, a autora faz uma revisão crítica do discurso que fundamenta a literatura referente a esse tema no que ele “diz”, no que ele “não diz” e no que se “contradiz”, e analisa as origens históricas e o contexto socioeconômico e político, no qual a representação de pessoas das classes populares cresceu carregada de preconceitos e de estereótipos sociais.

---

<sup>6</sup> Baseada nos estudos de Raimundo Nina Rodrigues, que destacava os componentes biológicos das teorias racistas e acreditava encontrar provas da inferioridade da raça negra, cuja característica distintiva seria a mentalidade infantil, Arthur Ramos realizou uma intrigante síntese das teorias racistas da psiquiatria e da psicanálise, que o levaria a falar da natureza primitiva do inconsciente do brasileiro e na influência negativa da cultura de grupos étnicos e sociais sobre o rendimento e o ajustamento escolar (Patto, 1988, p. 75).

Essa revisão feita por Patto (1999) a conduz, fundamentalmente, a uma análise do começo das sociedades industriais capitalistas, dos sistemas nacionais de ensino e das Ciências Humanas, principalmente da Psicologia. Nesse contexto, tendo como pano de fundo as ideias liberais e, por conseguinte, sendo presente o discurso da crença na possibilidade de uma sociedade igualitária e democrática, a escola se manifesta como instrumento de ascensão e de prestígio social.

Para essa autora, nessa época, a Psicologia Científica, por meio dos resultados nos testes de inteligência, proporcionava a explicação e a mensuração das diferenças individuais, sedimentando a ideia de que os mais capazes ocupam as melhores posições na sociedade. Os lugares sociais, conseqüentemente, seriam ocupados com base no mérito e esforço pessoal, que seria o único critério legítimo de seleção educacional e social. Enfatiza a mesma autora que, na análise das dificuldades de aprendizagem escolar, a Psicologia, influenciada por uma visão das competências humanas organicista e carregada de pressupostos racistas e elitistas, e por uma concepção atenta às influências ambientais, produz conseqüentemente uma explicação impregnada dessa ambigüidade, que será uma característica presente no discurso sobre as causas do fracasso escolar nos países capitalistas ao longo do século XX, motivando, inclusive, a “teoria da carência cultural” (Patto, 1999).

Ao fazer uma análise ideológica dessa teoria, Patto (1999) enumera três causas para as dificuldades de aprendizagem das crianças das camadas populares: as suas condições de vida, a inadequação da escola pública em lidar com esse aluno real e, por parte do professor, a falta de sensibilidade e de conhecimento da realidade vivida pelos seus alunos, como resultado da distância entre a sua cultura e a deles.

A autora, procurando um enquadramento teórico que tivesse como conjectura a determinação histórica social da ação humana, descobriu, no conceito sociológico de “vida cotidiana” (fundamentado pela pensadora marxista Agnès Heller), elementos que a ajudam a responder as seguintes perguntas: “Quem são estas crianças? Como vivem na escola e fora dela? Como vivem na escola e como participam do processo que resulta na impossibilidade de se escolarizarem?”.

Averiguando que, nas pesquisas sobre a escola e sobre o fracasso escolar, as crianças são diminuídas a números frios e impessoais e, conseqüentemente, tornam-se as grandes ausentes, Patto (1999), convivendo com quatro alunos multirrepetentes, deu voz a esses sujeitos e mostrou o discurso dessas crianças, recusando-se a fazer um discurso “sobre” elas. Desse modo, a proposta metodológica por ela empregada possibilitou-lhe comparar a leitura dos profissionais da escola com o discurso de seus alunos e de suas famílias, isto é, alguns

laudos psicológicos dessas crianças com as observações feitas por ela e por suas auxiliares de pesquisa em sala de aula e nas casas das crianças, em relação ao fracasso escolar. Patto (1999) aponta a necessidade de se quebrar o estigma de que o fracasso é culpa do aluno ou de sua família e alerta para a proporção dos determinantes institucionais e sociais da produção do fracasso escolar, muito maior do que problemas emocionais, orgânicos e neurológicos, rompendo, assim, com as visões psicologizantes, da carência cultural e das dificuldades de aprendizagem.

Bock *et al.* (2004) apontam que foi no início do século XX que começou a luta pela modernização da sociedade brasileira, por meio da industrialização. Neste período, foi imprescindível uma nova concepção de homem, abrangida pelas ideias que estavam aparecendo na área da educação. O movimento da Escola Nova recebeu força e a Psicologia fundamentou o desenvolvimento de novas ideias educacionais. Nasceu a necessidade de buscar conhecimentos científicos para se entender o desenvolvimento da criança da sociedade moderna. Cresceu a influência norte-americana sobre a Psicologia brasileira e as noções de distinção de pessoas a partir das competências individuais começaram a ter maior importância, proporcionando a produção de instrumentos de avaliação psicológica. Não obstante, como afirmam Bock *et al.* (2004), ao lado dessa psicologia, que via o homem a partir de uma perspectiva a-histórica, em que o social era deixado em segundo plano, existia outra psicologia, que concebia o homem e o fenômeno psicológico como inseparáveis do processo de socialização.

De acordo com Bock *et al.* (2004), a década de 1980 foi marcada por novos desafios para os psicólogos. A pequena, mas expressiva abertura do mercado de trabalho no serviço público de saúde, impôs aos psicólogos e aos seus institutos desafios muito grandes. Era necessário “inventar” uma psicologia que permitisse contribuir e responder às necessidades daquela população, com a qual não estavam habituados a trabalhar.

Guzzo *et al.* (2010) complementam apontando que, durante muito tempo, a única prática do psicólogo conhecida por educadores foi centrada no modelo médico, com o atendimento de crianças em clínicas de Psicologia. Embora no Brasil a Psicologia tenha se constituído enquanto profissão há quase 50 anos, o psicólogo escolar não tem ainda uma posição estabelecida dentro do sistema educacional. Isso significa que ele fica alocado em secretarias de saúde e de assistência social, mas, raramente, no serviço público, dentro da própria escola. No que se refere ao Estado do Paraná, cabe aqui abrir parênteses para uma recente pesquisa de Lessa (2010) que aponta que neste Estado, o qual é composto por 395 Municípios, a pesquisadora conseguiu contato com 350; destes, 291 possuem psicólogos

atuando na educação. Isso mostra um número significativo de profissionais atendendo na Educação, embora o resultado do estudo tenha demonstrado ser ainda insuficiente para a demanda existente.

Desse modo, a história da Psicologia Escolar Educacional deve ser pensada não apenas levando-se em conta alguns indicadores quantitativos do sistema educacional, resultantes de políticas públicas que indicam a universalização do ensino, mas a partir de procedências históricas centradas na teoria da carência cultural, conforme aponta Patto (1999). Esse fundamento se manifestou pela legitimação de princípios clínicos, ou seja, pela realização de métodos individualizantes dentro de espaços educacionais que difundem, especialmente entre os educadores, a ideia de que questões educacionais centram-se em problemas dos alunos ou, pelo menos, nos de suas famílias (Guzzo *et al.*, 2010).

Reis e Guareschi (2010), debatendo a formação e a atuação do profissional psicólogo na saúde pública, trazem a discussão de que a Psicologia, enquanto área de conhecimento e de formação, constituiu-se a partir de dois campos: o da observação e o da clínica, ambos sustentados em uma perspectiva de neutralidade a-histórica. Foi na tentativa de obter um *status* de objetividade que, durante muito tempo, se buscou, na formação em Psicologia, uma suposta impessoalidade do psicólogo, sendo a neutralidade considerada condição fundamental às práticas desse profissional, para evitar interferências supostamente inconscientes no seu trabalho, especialmente na área clínica. Na mesma linha de pensamento dessas autoras, Dimenstein (2001), ao realizar em seus estudos uma discussão sobre as práticas da Psicologia no SUS, fundamenta essa dicotomização entre Psicologia e política quando afirma:

Historicamente, a Psicologia sempre esteve “míope” diante da realidade social, das necessidades e sofrimento da população, levando os profissionais a cometer muitas distorções teóricas, a práticas descontextualizadas e etnocêntricas e a uma psicologização dos problemas sociais, na medida em que não são capacitados para perceber as especificidades culturais dos sujeitos (Dimenstein, 2001, p. 59).

Para essa autora, no decorrer dessa trajetória, o modelo curativo e assistencialista, voltado para o âmbito dos atendimentos privados, foi se consolidando dentro da categoria dos psicólogos, tornando-se o modelo hegemônico da profissão. Os cursos de graduação tenderam claramente a formar um profissional que agora encontra dificuldade em superar as práticas

cristalizadas e em adaptar-se às novas exigências de responsabilidade social e aos princípios da qualidade, da ética e da cidadania, postas especialmente pelo setor de saúde. Em outras palavras, a formação profissional veio direcionando o psicólogo para padrões de atuação bastante limitados para o setor de saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional determinadas pelo SUS.

Dimenstein (2000) lembra que o atual predomínio do modelo clínico na formação e prática profissional do psicólogo é fruto da própria construção histórica da disciplina. Historicamente, a Psicologia privilegiou, em seu desenvolvimento, orientações teóricas e práticas voltadas à adaptação e controle dos indivíduos em função do ambiente social. A autora lembra que a Psicologia primeiramente se inseriu nos cursos de Pedagogia e Medicina, como uma disciplina capaz de proporcionar conhecimentos sobre os comportamentos ditos normal e anormal. Neste sentido, ofereceu saberes capazes de ajudarem no controle da população e dos indivíduos.

O padrão clínico clássico é caracterizado como aquele que privilegia intervenções como o psicodiagnóstico e a terapia individual e/ou grupal. Nesse padrão, as atividades são destinadas às classes sociais mais abastadas e praticadas em espaços delimitados e têm como foco as questões intraindividuais dos pacientes, desconsiderando os fatores históricos e contextuais tal como se nota no modelo médico hegemônico. Idêntico ao padrão médico, esse modelo foi usado pela Psicologia como uma forma de obter reconhecimento e status social (Dimenstein, 2000).

No que se refere à preponderância de referencial, observa-se que, nas últimas décadas, a Psicanálise foi priorizada nos currículos dos cursos de Psicologia e se estruturou a partir de uma visão individualista dos sujeitos (Dimenstein, 2000). Esse modelo hegemônico de subjetividade considera os indivíduos como seres independentes, donos de si, autônomos e desvinculados de seus determinantes históricos e culturais. A psicanálise entrou na visão de sujeito presente na ideologia ocidental moderna, ou seja, de um sujeito individualista. De fato, a Psicanálise encontra-se predominantemente trabalhando com a compreensão de sujeito psicológico, cuja base é seu desejo inconsciente, onde a subjetividade é considerada singular e mediada unicamente pela história pessoal de cada um. Conforme a autora, isso justificaria a prática da psicoterapia individual.

Ao longo dos anos 1960/70, a imagem da Psicanálise foi associada a movimentos de mudança social, constituindo-se numa estratégia de grande valor político. A ênfase na privatização e nuclearização da família e na responsabilidade individual de cada um dos seus

membros, e a busca da essência e liberação das repressões foram algumas das estratégias que culminaram na promoção da psicologização do cotidiano e da vida social e no esvaziamento político (Dimenstein, 2000, p. 99).

Não obstante, para a autora, as transformações socioeconômicas da década de 1980 levaram à degradação dos serviços de saúde e programas sociais. Este é o período de entrada do psicólogo nos sistemas de saúde. O setor de saúde mental se achava em situação precária e começaram a surgir as primeiras elaborações de modificação deste quadro. Na psiquiatria, surgiu a proposta de desinstitucionalização. Deste modo, para a autora, buscava-se desenvolver serviços substitutivos dos hospitais, que fossem mais eficazes e com menor gasto social, e os psicólogos começaram a ser absorvidos em grande número pela saúde mental. Além disso, a clínica particular vinha perdendo espaço, pelo alto custo do seu serviço. Assim sendo, como enfatiza a autora, a Psicologia começou a procurar outras áreas de atuação. Surgiu a necessidade de os psicólogos começarem a pensar sobre a relação de seu trabalho e do fenômeno psicológico com o fato social. Também se começou a interrogar os aspectos cristalizados na profissão.

Reis e Guareschi (2010) contribuem com essa reflexão expondo que toda essa construção do conhecimento da Psicologia de maneira asséptica e descomprometida é o que tem caracterizado também a formação em Psicologia. Tal formação foi sendo efetivada, majoritariamente, na perspectiva de um olhar tecnicista, voltado para o aprendizado da utilização de instrumentos e técnicas que apresentassem respostas corretas e precisas, sem se voltar para uma reflexão sobre a ideia que embasa tais práticas e os efeitos destas no cotidiano dos sujeitos com quem se interage.

De acordo com essas autoras, ao se realizar uma análise acerca dos impasses impostos à introdução do trabalho dos psicólogos no SUS, evidencia-se que, desde a formação, de um modo geral, os cursos de Psicologia não possibilitam ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais, políticos e ideológicos presentes nas relações pessoais e institucionais das práticas psicológicas. Tal formação se propõe ser apolítica e neutra, mas de fato se faz ingênua e ineficaz, lançando, no mercado, profissionais que, em sua maioria, irão reproduzir acriticamente métodos e procedimentos tradicionais.

Assim, conforme exposto, a ciência psicológica tem sido caracterizada, desde os primórdios, por sua multiplicidade de olhares sobre o ser humano, seu objeto de estudo. Bastos e Gomide (1989, p. 9), discutindo as áreas de atuação dos psicólogos, as definem como “o conjunto de características que, de alguma forma, delimita o campo de trabalho do psicólogo e confere alguma identidade ao grupo de profissionais que se dedica àquelas

atividades”. De acordo com estes autores, a legislação prevê para o psicólogo as funções de ensinar e atuar em contextos profissionais, e os três principais são as áreas clínica, escolar e industrial.

Há que se dizer ainda que, tal como apontado por autores como Bastos e Gomide (1989) e Gondim, Bastos e Peixoto (2010), ao longo dos anos a psicologia teve seu espaço expandido para além de suas três principais áreas, com o simultâneo aparecimento de novos campos como, a psicologia institucional, psicologia do trânsito e psicologia do esporte etc. De acordo com Neto (2011), ocorreu ainda o fortalecimento da psicologia social, como forma de atuação e modelo de formação, principalmente com a prevalência das políticas públicas, evidenciando dados apontados por Gondim, Bastos e Peixoto (2010) sobre o aumento da preocupação de psicólogos, desde o ano de 1992, referente ao seu papel social e especificamente com as demandas coletivas, dando passos na direção oposta a um modelo individualista que era alicerçado no atendimento clínico de consultório.

Entretanto, é notório que psicologia é caracterizada ainda por uma vastidão de orientações teórico-metodológicas, cada uma com sua visão de homem, sociedade e ciência (Gondim, Bastos & Peixoto, 2010). Psicanálise, Comportamental, Gestalt, Psicodrama, Humanista, Fenomenologia Existencial, Sócio-histórica, Analítica, e outras variadas possibilidades de abordar o fenômeno humano, compõem a multiplicidade marcante na psicologia. A psicanálise é apontada como a abordagem mais utilizada por psicólogos brasileiros, seguida das abordagens humanistas, comportamental, sócio-histórica e cognitivista (Gondim, Bastos & Peixoto, 2010). Estudos anteriores apontam psicanálise, seguida de comportamental e fenomenológica (Bastos & Gomide, 1989).

Bastos, Gondim e Borges (2010) mostram que, ao se examinar o posicionamento dos psicólogos, tanto na pesquisa dos anos 1980 e, sobretudo, na pesquisa atual, os resultados apontam para uma clara opção pelo ecletismo. Sobre o padrão dominante, escrevem que há uma combinação de pelo menos duas abordagens, existindo casos de profissionais que combinam quatro e até cinco abordagens distintas. Para os autores, assim como na pesquisa dos anos 1980, a psicanálise continua sendo a orientação do maior número de psicólogos quer isolada, quer acompanhada de outras. Entretanto, o percentual de psicólogos de orientação psicanalítica caiu na pesquisa atual, pois foi escolhida por pouco mais de 20% dos participantes. De acordo com os autores, essa queda ocorre em virtude do crescimento de várias outras abordagens, vindo, por ordem, a Humanista, Comportamental, Cognitivista e a Sócio-histórica.

Quando se examinam as abordagens por áreas de atuação, o quadro também não se altera expressivamente nas duas pesquisas realizadas pelos autores. A psicanálise continua sendo a orientação mais presente entre os psicólogos que atuam exclusivamente na clínica ou a combinam com outras áreas, predominando, também, muito claramente na área de saúde. Esse quadro se altera na área organizacional e do trabalho com um peso bem expressivo das abordagens cognitivas e comportamentais (Bastos, Gondim & Borges, 2010).

Os autores supracitados assinalam que resultados de sua pesquisa mais recente apontam claramente a necessidade de novos estudos que aprofundem a compreensão dos fundamentos para as combinações que os psicólogos fazem das diferentes abordagens. Aprofundar essa compreensão é de grande relevância para o processo de formação. Pouco se tem documentado em estudos empíricos sobre o processo de escolha dos estudantes de psicologia por alguma orientação teórica, incluindo os mecanismos envolvidos nos processos de ensino e nas relações entre alunos e professores que favorecem a escolha de uma ou de várias abordagens (Bastos, Gondim & Borges, 2010).

Feitas essas ponderações no que tange a formação e abordagens teóricas em psicologia, concordamos com Reis e Guareschi (2010) que apontam ser preciso, desde o início da formação acadêmica, estabelecer um pensamento crítico em relação às próprias práticas da Psicologia, em relação à produção de subjetividades dentro dos diferentes contextos, apreendendo que essa é uma constituição que se faz a partir de um determinado tempo e lugar; sendo assim, é sempre uma construção política. Perante esse reconhecimento, é preciso assumir um compromisso ético com os sujeitos com os quais o profissional trabalha.

## **5. A PESQUISA EMPÍRICA: A COMPREENSÃO DO TDAH ENTRE OS PSICÓLOGOS QUE ATUAM NA CLÍNICA E NA ESCOLA**

Cumprir referir que Vigotski baseou seus estudos no Materialismo Histórico-Dialético de Marx, e procurou descobrir as contradições existentes nos fenômenos. Vigotski então propôs o desenvolvimento de uma Psicologia que não focasse o indivíduo, o homem isolado de seu mundo, mas que conseguisse entender as contradições existentes na sociedade de sua época.

Assim, no presente estudo definiu-se como objetivos: aprofundar o conhecimento sobre a Teoria Histórico-Cultural, focando o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, sobretudo no desenvolvimento da atenção; e investigar a compreensão de psicólogos clínicos e escolares acerca do TDAH, buscando desvendar se eles atuam segundo a perspectiva biologizante/psicopatologizante, isto é, tratando como biológicos ou psicológicos conflitos que se relacionam com questões sociais, ou delas são sintomas. Tratamos os dados em grupos distintos – um só com psicólogos escolares, outro só de psicólogos clínicos – na intenção de apurar se nos dois ambientes, escola ou clínica, a concepção biologizante/psicopatologizante do TDAH predomina.

Em consonância com o referencial teórico utilizado, o parâmetro metodológico desta pesquisa se pautou, sobretudo, no Materialismo Histórico-Dialético, porém entendemos ser importante frisar que nesta dissertação apenas tentamos fazer um exercício de análise marxista, em vista de nosso pouco domínio deste método, uma vez que sabemos da sua complexidade e conhecê-lo em profundidade ultrapassaria os limites deste trabalho.

Por ser um exercício de análise a partir dos fundamentos do Materialismo Histórico-Dialético, buscou-se analisar os dados obtidos por meio das entrevistas realizadas com seis psicólogos que atuam na clínica e seis psicólogos que atuam na escola, considerando a relação existente entre o particular e o geral; ou seja, as análises e conclusões realizadas não são representativas somente para os casos particulares analisados, pois se entende que o particular representa o geral desde que ambos pertençam a uma mesma realidade social.

Para Aguiar (2001), não é possível um método desvinculado de uma realidade e de uma concepção de mundo e de homem. Assim, para o materialismo histórico-dialético, o homem fundamenta-se no social, que é compreendido como histórico. No entendimento dessa ideologia social, o indivíduo se distingue da realidade, mas ao mesmo tempo é formado por ela, o que não ocorre de forma passiva, pois o mesmo indivíduo é agente formador e transformador da história.

Para o autor, a fala é essencial para a análise quando se trata do estudo da subjetividade, mas esta não abrange a totalidade do fato, ao passo que é imprescindível compreender também o processo, o contexto histórico do indivíduo. As falas dos sujeitos são construções e conferem determinações históricas, sociais e individuais, e é o pesquisador que deve buscar a essência, entender o sentido organizado pelo sujeito por essas determinações. Neste sentido, a pesquisa é um processo construtivo-interpretativo, cumprindo lembrar que o sigilo deve ser bem ressaltado para que o entrevistado consiga se comunicar com tranquilidade.

### ***5. 1 Procedimento***

Primeiramente entramos em contato telefônico com os profissionais psicólogos atuantes na área escolar, pertencentes às secretarias municipais de Educação de três cidades no Interior do Paraná a fim de convidá-los a participar da presente pesquisa. Em seguida, combinamos um horário para nos encontrarmos na Secretaria para entregarmos o termo de anuência a ser assinado, e apanharmos o documento de autorização do responsável pelo órgão para a participação de seus profissionais; tais documentos seriam mais tarde apresentados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá.

Nesse encontro, foram expostos os objetivos da pesquisa e os procedimentos para a sua realização. Os aspectos éticos envolvidos, como sigilo dos dados levantados e o tratamento desses dados, também foram assegurados nesse primeiro momento, e as autorizações foram obtidas e enviadas ao comitê para aprovação do Projeto.

Em seguida, contatamos os psicólogos que atuam na clínica, e a exemplo do que fizemos com os primeiros, expusemos-lhes os objetivos da pesquisa e os procedimentos para a sua realização. Nesse primeiro momento, também expusemos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o sigilo e tratamento dos dados levantados.

Após o parecer favorável do Comitê de Ética, foram iniciadas as entrevistas, as quais foram realizadas nos próprios locais de trabalho das participantes da pesquisa. Entregamos-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo qual consentiram em prestar as informações que lhes solicitaríamos; e ainda pedimos e obtivemos autorização para gravar as entrevistas.

### 5.2 Caracterização dos profissionais entrevistados.

Participaram deste estudo doze psicólogas, das quais seis são psicólogas clínicas que atendem em consultório particular e seis são psicólogas escolares funcionárias municipais das três cidades. Como forma de manter sigilo quanto à identidade das participantes, estas serão mencionadas pela letra “P” seguida de um número que corresponde a uma ordem aleatória estabelecida pela autora. As doze profissionais são do sexo feminino e todas são formadas em Psicologia. Onze dessas psicólogas possuem pós-graduação e uma possui mestrado. Quanto à idade, o grupo encontra-se na faixa de trinta e três a cinquenta e quatro anos. O tempo de experiência profissional varia de um ano e meio a trinta e quatro anos. Para facilitar a compreensão das informações referentes aos professores participantes, optamos por organizá-las e sistematizá-las conforme o quadro 2.

**Quadro 2: Caracterização dos participantes.**

Sexo	12 feminino
Idade	Entre 30 e 40 anos: 05; Entre 41 e 50 anos: 05; Entre 51 e 60 anos: 02.
Tempo de Experiência Profissional	Entre 01 e 10 anos: 05; Entre 11 e 20 anos: 03; Entre 21 e 30 anos: 04.
Graduação	Todos possuem graduação em Psicologia
Pós-Graduação	Onze possuem pós-graduação <i>lato sensu</i> , a saber: Pós-graduação em Psicologia Escolar 1; Pós-graduação e Educação Especial, 2; Pós-graduação em Teoria Histórico-Cultural, 1; Pós-graduação em Psicopedagogia, 1; Pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental, 1; Pós-graduação em Psicologia Clínica, 5, e uma possui pós-graduação <i>stricto sensu</i> a nível de Mestrado.

### 5.3 Material

O material utilizado constituiu-se de:

**1. Documento de anuência da Secretaria de Educação:** elaborado e entregue à Secretaria de Educação correspondente, solicitando a autorização do referido órgão (apêndice 1).

**2. Termo de consentimento livre e esclarecido:** documento apresentado aos participantes para que tomassem conhecimento dos objetivos da pesquisa e o assinassem, demonstrando sua concordância em fornecer informações sobre sua atuação (apêndice 2).

**3. Ficha de identificação dos participantes:** destinada a obter informações sobre idade, sexo, experiência e formação acadêmica (apêndice 3).

**4. Roteiro de entrevista:** contendo itens que nortearam as perguntas durante a entrevista com os psicólogos (apêndice 4).

**5. Gravador:** utilizado durante a entrevista, uma vez que todas autorizaram a gravação dos diálogos.

### 5.4. Resultado e discussões

Os dados foram organizados com base nas entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa e analisados pelo método de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (1977, p. 35),

A análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo) é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes, dificilmente transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da decodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas.

Entre os vários procedimentos compreendidos na análise do conteúdo, para trabalhar com os elementos deste estudo foi empregada a análise categorial. De acordo com Bardin (1977), a maioria dos procedimentos de análise qualitativa organiza-se em torno de categorias. A categoria é uma forma geral de análise, uma forma de pensamento. As categorias são espelhos da realidade e em determinado momento são resumos do saber, por isso se modificam constantemente, de acordo com a realidade. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de terem propriedades comuns.

Os dados foram categorizados, apresentados em dez tabelas e analisados/discutidos segundo o referencial teórico presente nas seções 1, 2, 3 e 4 desta dissertação. Queremos adiantar que em alguns casos foram utilizados trechos das falas das psicólogas retirados das entrevistas para complementar os resultados exibidos nas tabelas e elucidar as discussões. Os grupos são denominados de G1 e G2. No grupo 1 (G1) estão incluídas as psicólogas clínicas, e no grupo 2 (G2) as psicólogas escolares; e as psicólogas são nomeadas com a letra P (significando “participante”) seguida de um número de 1 a 6 (P1G1, P1G2, P2G2, etc.).

#### ***5.4.1 Compreensão sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade***

As respostas compreendem as categorias a seguir expostas e ilustradas.

1. *Crianças que não conseguem manter atenção e a concentração*: esta categoria inclui as respostas das participantes que informaram que o TDAH relaciona-se àquelas crianças que têm dificuldade em concentrar-se e prestar atenção durante as atividades acadêmicas. Exemplos: “[...] não consegue manter a atenção, concentração, isso que a gente tem percebido assim na escola” (G1, P1). “[...] às vezes ela não fica tão agitada, mas ela não consegue manter um nível de atenção considerado adequado para ela ter a aprendizagem necessária para o conteúdo” (G1, P3).

2. *Crianças com problemas de comportamento*: inclui as respostas das participantes que informaram que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é característico de crianças que apresentam comportamentos inadequados, tais como agitação, inquietação, etc.. Exemplos: “[...] E ela tem um comportamento diferente” (G2, P4). “[...] E ela tem um comportamento diferente no sentido assim... às vezes ela não fica tão agitada, mas ela não consegue manter um nível de atenção considerado adequado para ela ter a aprendizagem necessária para o conteúdo. São crianças que têm o potencial intelectual bom, né?”

*Conseguem aprender, muitas vezes apresentam dificuldade em função do comportamento mais agitado” (G1, P6). “[...] ele não consegue parar quieto” (G2, P3).*

3. *O transtorno que envolve um distúrbio neuroquímico e que tem origem em causas genéticas e/ou biológicas:* envolve as respostas dos participantes que entendem o TDAH como um problema orgânico/neurológico. Exemplos: “[...] *O que eu entendo que é Déficit de Atenção e Hiperatividade, é que começa tudo de um princípio neuroquímico, né?*” (G2, P1). “[...] *é um transtorno neuroquímico que envolve baixa concentração, dificuldade em prestar atenção e de se manter em uma mesma atividade por um tempo maior; é um sujeito bastante agitado e com dificuldades em realizar as atividades do dia a dia; geralmente na escola acaba tendo problemas com aprendizagem por conta do comportamento*” (G2, P6); “[...] *pode ser um fator até biológico mesmo, neurológico-biológico*” (G1, P3); “[...] *a gente vê a genética muito forte, nunca vem só um isolado, tem o genético, você procura e você vai encontrar o genético, né?*” (G1, P5).

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram que as categorias prevaletentes no tocante à compreensão sobre o TDAH são: *criança desatenta*, com 38% das respostas; *criança com problemas de comportamento*, com 30%; e *um transtorno neuroquímico e que tem origem em causas genéticas e/ou biológicas*, com 32% das respostas das participantes.

**TABELA 1. Compreensão sobre o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- Crianças que não conseguem manter atenção e a concentração.	6	38	3	38	9	38
2 - Crianças com problemas de comportamento.	4	24	3	38	7	30
3- Um transtorno neuroquímico e que tem origem em causas genéticas e/ou biológicas.	6	38	2	24	8	32
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias, e não a partir do número de participantes.

Por meio dos dados, verificamos que os dois grupos (G1 e G2) entendem o TDAH como uma condição que afeta a criança que apresenta um comportamento diferente do esperado pela escola, e cuja origem é encontrada principalmente em causas genéticas e/ou biológicas. Esses dados revelam que, na compreensão da maioria das psicólogas participantes deste estudo, o TDAH se refere a um distúrbio de caráter neurológico que se manifesta na criança por meio de comportamentos hiperativos e de desatenção.

Esta compreensão está em conformidade com a literatura e com manuais que descrevem o mencionado transtorno. A criança tem dificuldade em prestar atenção à aula, distrai-se facilmente e fica com a mente vagando pelo “mundo da lua” quando o professor está falando; tem pouca paciência para estudar e fazer os deveres, é agitada e inquieta e tem uma incrível capacidade de fazer milhões de coisas ao mesmo tempo. Assim, as informações obtidas por meio da entrevista evidenciam que a compreensão das psicólogas aqui entrevistadas sobre o TDAH está em consonância com a compreensão hegemônica de seu significado.

Interessante pontuar que das três categorias mais frequentes duas delas se referem especificamente aos sintomas que são descritos nos manuais diagnósticos do TDAH; somente uma é que vai falar sobre a compreensão que tem sobre o referido transtorno e o reconhecendo como sendo de origem genética e/ou biológica.

Isto significa que tem imperado uma prática de medicalização dos problemas no processo de escolarização. Essa prática consiste em localizar nas histórias de vida de determinados indivíduos, ou em parte dos seus corpos, quando na verdade essas dificuldades são anteriores a eles, ou ainda, antes de os envolverem, têm relação com a história dos homens de uma dada época e cultura. Sobre isto, Barroco (2004, p.3) tem a seguinte opinião:

Explicar as problemáticas escolares por meio da psicologização, denunciando quanto os indivíduos não aprendem e não ensinam por conta de suas (in)capacidades intelectuais e dos seus traços de personalidade (tomada daquele modo que anteriormente criticamos) na verdade constitui-se em uma forma de encobrir as diferenças sociais que vem se tornando cada vez maiores entre as classes sociais, depositando sobre certos indivíduos uma problemática que é social. Essa prática não é algo simples e nem específica de alguns educadores, mas, refere-se a um processo ideológico, pois desloca o foco da investigação, passando dos

aspectos político-pedagógicos para se buscar soluções psicológicas e médicas (Barroco, 2004, p. 3).

Em contraposição ao pensamento hegemônico, ou seja, àquele que entende a criança com problema de comportamento como “doente”, “portadora de um transtorno”, defendemos uma compreensão a partir do pensamento dialético, que defende o estudo dos processos psicológicos em sua totalidade e em movimento partindo de um determinado contexto histórico. Assim, buscamos atingir a essência do fenômeno por meio do estudo de sua gênese, considerando como se deu seu desenvolvimento e quais fatores condicionaram seu aparecimento. Facci e Silva (1998, p. 116) contribuem nesse sentido com a reflexão afirmando que o “método dialético nega o desenvolvimento – tanto do ser humano quanto dos fenômenos sociais – como algo linear e contínuo. Ao contrário, avalia as contradições entre essência e aparência destes fenômenos, sempre buscando a semelhança entre as partes, tendendo à compreensão de sua totalidade”.

Um aspecto importante a ser destacado neste contexto é que não pretendemos negar a existência de indivíduos com doenças reais capazes levá-los à deficiência e afetar seu desenvolvimento cognitivo. Na verdade, entendemos que existe, sim, um número muito grande de crianças que certamente manifestam dificuldades que podem ser de caráter tanto cognitivo quanto comportamental, mas que não têm nenhuma doença neurológica diagnosticada e estão sendo rotuladas como portadoras de TDAH e recebendo atendimento médico, sendo que em grande parte dos casos apenas algumas medidas pedagógicas poderiam solucionar o problema. Para Moysés e Collares (2011, p. 72), isso é um contrassenso, uma vez que “pessoas absolutamente normais, até serem diagnosticados/rotulados, ocupam os espaços de discursos e de ações que deveriam ser destinados ao acolhimento e atendimento daqueles que realmente têm problemas”.

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

Em meio a esse panorama, a escola hoje se vê pressionada a dar respostas sobre o TDAH, o que exige um posicionamento dos profissionais inseridos nesse contexto, principalmente dos psicólogos escolares e psicólogos clínicos. Essa dinâmica ficou explícita no discurso das psicólogas participantes deste estudo: quando questionadas sobre sua concepção quanto ao TDAH, elas se atêm aos sintomas e às causas e nada refletem sobre o contexto em que estes estão sendo produzidos. Evidentemente, temos crianças que apresentam desatenção e problemas de comportamento na escola e mesmo em casa, característica inclusive muito marcante do indivíduo na Pós-Modernidade; mas daí considerar todos esses comportamentos como resultantes de um transtorno mental nos parece um discurso pronto e naturalizado.

Por outro lado, não podemos negar que a sociedade atual também supervaloriza o bom desempenho escolar, associando inclusive o sucesso individual do sujeito a esse bom “desempenho”; e quando este não ocorre, é preciso encontrar uma justificação. Werner (1997), em uma análise crítica sobre o papel regulador das explicações médicas, afirma que na década de 1960, os Estados Unidos buscaram oferecer respostas às indagações da classe média sobre o fracasso escolar de seus filhos. As explicações eram necessárias, pois dentro de um contexto de prosperidade econômica havia também profundas contradições relacionadas ao modelo econômico capitalista, demonstradas por vários indicadores – como o aumento do número de suicídios, o crescente uso de psicofármacos, problemas de saúde ocupacional, estresse etc..

De acordo com o autor, nessa época, o governo dos Estados Unidos patrocinou um projeto cujo principal objetivo era realizar estudos que contribuíssem para a elaboração de diretrizes diagnósticas sobre os desvios de comportamento e problemas de aprendizagem de crianças com capacidade intelectual na média ou acima da média, ou seja, crianças que não eram deficitárias do ponto de vista intelectual, mas passariam, a partir dessas pesquisas, a ser enquadradas como portadoras de prejuízos neurológicos leves.

Como pode ser observado, o TDAH, como categoria médica, se intensificou como resposta a uma demanda social decorrente do fato de a classe (econômica) média americana estar inconformada com o “inexplicável” fracasso de seus filhos na escola. Era preciso explicar um desempenho ruim de quem tinha condições socioeconômicas privilegiadas, e justificá-lo por um quadro clínico tornou-se, no mínimo, uma situação mais confortável, pois, se a criança americana em questão não aprendia, é porque tinha uma “doença”. Isto, por um lado, tirava a responsabilidade da escola e da sociedade como um todo, e por outro, centrava toda a problemática na criança, enquanto ao mesmo tempo a absolvía.

As respostas sobre essa questão dadas pelas psicólogas participantes deste estudo nos conduzem à compreensão de que a leitura que fazem sobre o TDAH é a mesma expressa pela compreensão hegemônica, que busca classificá-lo como “doença”. No nosso entendimento, conhecer o fenômeno que hoje se define como TDAH significa, numa perspectiva histórica, entender suas múltiplas determinações, isto é, afastar-se da compreensão organicista e levar em consideração as relações de produção vigentes (do atual estágio do capitalismo), que apresentam conceitos e explicações amplamente aceitos, inclusive suas consequências para o indivíduo identificado como portador de TDAH.

Quanto a isso, nossa pretensão, como já dissemos, não é negar que existam crianças agitadas, hiperativas, desatentas, etc.; o que nos provoca incômodo é a compreensão de que estes “comportamentos inadequados” são decorrentes de problemas biológicos/orgânicos e considerados, por exemplo, como um transtorno que envolve um distúrbio neuroquímico e de origem genética e/ou biológica.

No entanto, e transcendendo as explicações eminentemente organicistas, há que se compreender que o TDAH se manifesta, sobretudo, em situações consideradas estressantes, de grande pressão sobre o indivíduo, situações de insegurança, medo e ansiedade, como temos identificado em nossas intervenções, conseqüentemente, não pode por si só ser considerado um transtorno. Tendo como respaldo a teoria histórico-cultural, entendemos que o processo de desenvolvimento psíquico dos sujeitos não é uma decorrência biológica da espécie, mas consequência de um longo processo de investimento no aprendizado da criança pequena, processo este que se dá no interior do grupo social. Nesse sentido, o ser humano é o resultado da atividade social que estabelece com os objetos, em condições materiais e não materiais, e de educação, o que lhe vai possibilitar o desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

Conforme discutido na seção dois desta Dissertação, o processo de desenvolvimento das funções psicológicas superiores assume dinâmicas diferentes na filogênese e na ontogênese. Enquanto na filogênese essas funções – que têm origem social – só se estabelecem depois de completado o ciclo de desenvolvimento natural, biológico, a partir do qual se constituiu a espécie *homo sapiens*; na ontogênese, o desenvolvimento biológico não precede o desenvolvimento histórico-cultural. Esses dois âmbitos do desenvolvimento humano ocorrem simultaneamente, mantendo entre si uma relação dialética.

Sobre a “desatenção”, que nos resultados comparece como sendo a resposta com mais representatividade quando se questiona a compreensão do TDAH, consideramos importante destacar os fundamentos da teoria histórico-cultural sobre o desenvolvimento da atenção

voluntária. Para essa teoria o desenvolvimento dessa atenção tem de ser orientado por um adulto, lançando mão para isso de recursos historicamente construídos, e simultaneamente, a linguagem falada e/ou gestos explicativos com significado social, uma vez que esse processo se inicia com a atenção primária da criança, aquela ainda involuntária. Mediado pelo adulto, esse processo possibilitará à criança o desenvolvimento paulatino de sua atenção voluntária, para que possa, aos poucos, agir conscientemente.

Assim, a intervenção verbal do adulto desempenha importante papel no desenvolvimento, organização, direcionalidade e constituição do processo atencional. A forma pela qual essa intervenção é feita e os valores que carrega podem expressar visões de mundo que, de forma involuntária, reproduzem acriticamente a ideologia dominante capitalista. Os valores político-pedagógicos em que se baseia a prática escolar irão repercutir significativamente, portanto, no desenvolvimento das funções psicológicas superiores e, por consequência, no processo atencional.

#### **5.4.2 Como esses clientes/alunos chegam para atendimento/avaliação?**

Este item compreende as categorias descritas a seguir.

1. *Chegam com diagnóstico de TDAH realizado pelo médico*: esta categoria inclui as respostas das participantes que verbalizaram que as crianças chegam para atendimento porque já possuem o diagnóstico de TDAH. Exemplo: “[...] Então, quando ele já vem com o diagnóstico, tá? Então assim... a criança vem para nós, aqui, nosso setor, nós trabalhamos assim... hoje teve momentos diferentes, mas hoje é assim, quando a criança traz o diagnóstico ela já tem lá do médico, do neurologista, um diagnóstico de transtorno”(G1, P4). “[...] a maioria chega já com diagnóstico de médico, com, principalmente, Hiperatividade, porém nem todos são” (G2, P4).

2. *Chegam encaminhadas pela escola*: inclui as resposta das participantes que informaram que os alunos chegam para atendimento porque foram encaminhados pela escola. Exemplo: “[...] A queixa vem do professor para a equipe, nisso ela faz todo o processo de investigação, que envolve entrevista com a família, relato da professora, relatório mesmo, não é com ‘x’ não, ela vai relatar as capacidades, possibilidades, dificuldades, comportamentos, relacionamentos, como essa criança está no afetivamento, tal” (G1, P4). “[...] Eles chegam, a maioria vem pela indicação da escola, tá?” (G2, P1).

3. *Chegam encaminhadas pela própria família*: inclui as resposta das participantes que informaram que as crianças chegam ao atendimento encaminhadas pelos pais. Exemplo: “[...] Olha, a maioria chega bastante desesperado porque não aguenta mais a criança e não sabe que procedimento tomar, alguns já foram passados por neurologistas ou neuropediatra e aí eles encaminham para cá, mas a maioria vem sem encaminhamento. Os pais trazem” (G2, P4). “[...] os pais mesmos trazem e já vêm, às vezes, com esse discurso pronto” (G2, P1).

Os dados apresentados na Tabela 2 mostram que as categorias prevaletentes em relação a como esses clientes/alunos chegam para atendimento/avaliação são: *chegam com diagnóstico de TDAH realizado pelo médico*, com 33% das respostas; e *chegam encaminhados pela escola*, com 50% das respostas.

**TABELA 2 – Como esses clientes/alunos chegam para atendimento/avaliação.**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1 – Chegam com o diagnóstico de TDAH realizado pelo médico	2	20	4	50	6	33
2- Chegam encaminhadas pela escola	5	50	4	50	9	50
3- Encaminhadas pela própria família	3	30	0	0	3	17
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias, e não a partir do número de participantes.

Pelos dados apresentados na Tabela 2, podemos observar que a maioria dos clientes/alunos procura atendimento psicológico por encaminhamento da escola; entretanto, um número expressivo deles é encaminhado para o atendimento/avaliação pelo médico, pelo fato de este profissional já os ter diagnosticado como portadores de TDAH.

Destacamos, sobretudo, que a categoria “*chegam encaminhados pela família*” obteve respostas apenas entre as psicólogas clínicas e não apareceu nas respostas das psicólogas escolares. O que provavelmente está acontecendo é que, como estas profissionais estão no espaço escolar, a própria escola faz o encaminhamento para o serviço de Psicologia; enquanto as psicólogas clínicas, por estarem fora do âmbito escolar, acabam recebendo esses alunos por encaminhamento da família.

Foi possível observar na fala dos participantes que os alunos são encaminhados – seja para a psicologia clínica, seja para a psicologia escolar – por apresentarem problemas de comportamento, como se pode observar nas falas a seguir: “[...] *Normalmente chega com uma queixa de uma criança com mau comportamento*” (G1, P5). “[...] *a principal queixa é o comportamento, a criança que fica quieta não incomoda*” (G1, P6). “[...] *é a queixa do problema de comportamento*” (G2, P1). Toda essa agitação dos alunos expressa nas falas dos psicólogos é a principal reclamação de professores, tanto de escolas públicas quando de escolas privadas, as quais, sem questionar quais poderiam ser as causas da indisciplina, seguindo o “modismo” do TDAH, acham mais simples rotular a criança irrequieta de “hiperativa” do que aceitar que os recursos educacionais usados não são apropriados para aquele aluno.

Desse ponto de vista, a escola não só detecta e admite o TDAH, mas também determina os seus sintomas. Portanto, é chamada a se envolver com o transtorno e a se posicionar diante dele. Apesar desse chamado, percebemos que existe uma submissão histórica ao discurso médico, que o educador aceita sem questionamentos.

A literatura amplamente publicada que vem respaldando o entendimento hegemônico sobre o TDAH, no se refere às implicações educacionais, assinala um conhecimento alheio, orientado por áreas como a Neuropsiquiatria e a Psicologia. Será que isso significa que as implicações educacionais são uma “cartilha” de procedimentos ditada pelo discurso médico e endossada pela psicologia, para a escola e os professores seguirem, reforçando cada vez mais a ideia de que os problemas escolares podem ser resolvidos clinicamente? Essa prática, nas palavras de Eidt (2004), possibilita a perpetuação de um mesmo quadro, pois a escola não é “convidada” a repensar suas práticas pedagógicas com o retorno e a orientação que deveriam ser dados pelo profissional que trabalha com a criança.

Roman *et al.* (2003) reforçam a ideia da relação singular entre a escola e o TDAH. Para esses autores, geralmente é quando a criança entra na escola que, diante das exigências desta, os sintomas do transtorno começam a aparecer. Além disso, mesmo com a ampliação dos estudos sobre o transtorno em adolescentes e adultos, ele é considerado um problema da infância e a maior parte das pesquisas é realizada com crianças em idade escolar. O transtorno é apontado como a principal causa de encaminhamento de crianças em idade escolar para serviços especializados; porém esses autores não fazem nenhuma análise sobre as práticas pedagógicas da escola e como é feito o atendimento a essas crianças.

Os estudos acadêmicos sobre o TDAH, em sua maioria, supervalorizam a abordagem neurobiológica e farmacológica da problemática do TDAH na escola e subvalorizam enfoques

psicossociais e aspectos como o exagero de diagnósticos e a inadequação do sistema educacional para lidar com a “diferença” das crianças. Ainda que alguns especialistas, como Benczik (2003), já tenham feito menção aos aspectos psicossociais, só recentemente começaram a surgir, no espaço acadêmico, as pesquisas que avaliam outras abordagens do problema além da neurobiológica.

Os resultados também apontam a relevância do profissional da Medicina nos diagnósticos. Em uma de suas falas uma participante afirmou:

*“[...] tem crianças que são medicadas, a mãe chega aqui com o discurso pronto; tanto a escola quanto o médico acham que é TDAH. Perguntei quantas vezes foi ao médico, diz ‘uma’, aí falo: ‘Mas já fechou?’, responde – ‘É a escola já mandou o relatório’” (G1, P6).*

Esta participante, descrevendo seu procedimento quando recebe uma criança cujo diagnóstico já foi fechado’ pelo médico, e que em sua opinião este pode ter sido feito de maneira arbitrária, expressa a “subordinação” aos critérios, e procedimentos adotados por este profissional sem questionar.  *[...] ah! Eu faço meu diagnóstico, mas quando já vem do médico não tem jeito, é o médico né? A opinião dele é fundamental nesses casos (G1; P6).*

Não concordamos com essa prática de atribuir superpoder ao médico para avaliar e diagnosticar crianças hiperativas e desatentas, pois, como aponta Barroco (2004), pelas características dos sintomas exibidos e pela dificuldade em abrangê-los, o diagnóstico deve ter caráter multidisciplinar, devendo ser realizado por profissionais da saúde e educação, uma vez que nem todas as crianças que manifestam algum tipo de sintoma de TDAH necessariamente são “portadoras do transtorno”. É importante que isso seja destacado, uma vez que se tornou comum os próprios professores dizerem que têm alunos com TDAH em suas salas. Metodologias inadequadas, ambiente físico desfavorável e falta de domínio teórico quase não são tomados como variáveis que possam estar interferindo no quadro apresentado por determinados alunos. Nesse contexto, a autora questiona:

As crianças não têm sido diagnosticadas indevidamente como portadoras de TDAH, e, em muitos casos, medicadas para que fiquem “mais calmas” em sala de aula e em casa? Diante do rótulo, seus fracassos passam, muitas vezes, a ser justificados,

pois assim tem-se uma resposta (supostamente orgânica) para explicar “porque a criança não aprende”, desconsiderando os fatores intra e extra-escolares acima citados que perpassam o processo ensino-aprendizagem. Estende-se o raciocínio para a área aqui abordada, versando sobre dois aspectos: diante do avanço da farmacologia e da divulgação de seus resultados rápidos e eficientes em uma sociedade à beira de um “ataque de nervos”, ou melhor, da barbárie, diagnósticos para o TDAH têm sido realizados em função da resposta à medicação: caso a criança se enquadre no comportamento esperado, após a administração do psicoestimulante, então, conclui-se que o que ela tem um transtorno. Outro aspecto a ser considerado é que o diagnóstico diferencial perde sua importância, mais do que isso, ele deixa de existir, e, com tal prática, crianças são rotuladas e medicadas, e seus fracassos, justificados por um suposto distúrbio ou desvio de conduta (Barroco, 2004, p. 14).

Este tipo de conduta tem levado a “medicar as crianças que apresentam comportamentos diferentes daqueles esperados”, num desenho de controle social. Ao invés de agir sobre as múltiplas causas do problema, tenta-se “controlar” seus resultados, escolhendo-se a criança como “bode expiatório” (Eidt, 2004, p. 92).

#### **5.4.3 Quando recebe um cliente/aluno com essa demanda (TDAH), como lida com ele?**

Essa categoria compreende os aspectos descritos a seguir.

1. *Realiza avaliação psicológica*: inclui as respostas das participantes que informaram fazer avaliação utilizando-se das técnicas que compõem esse processo (entrevista, lúdico, desenhos, testes, etc.): “Faço a avaliação psicológica e é lógico que dentro dessa avaliação psicológica vai aparecer que ele tem, né? Então a gente aplica, faz o texto gráfico, desenhos, histórias, né? É... desenhos da família é... através do lúdico, né? Avaliação lúdica. E aí a gente percebe que essa criança, eu deixo ela à vontade, justamente para observar o grau de comprometimento”(G1, P5). “[...] faço uma avaliação psicológica bem feita, utilizo os recursos da psicologia, mesmo quando já tem um diagnóstico eu faço o meu” (G1, P6).

2. *Realiza anamnese e observação do comportamento*: inclui as respostas das participantes que informaram que ao receber esse cliente buscam compreender a queixa por meio da entrevista de anamnese e observações de comportamento. Exemplo: “[...] *eu tento me certificar dessa queixa, principalmente com uma anamnese bem feita, com histórico, com genética, porque a gente sabe que tem muita coisa a ver também a porcentagem genética, e depois uma observação de comportamento mesmo, algumas tabelas de extra-atividades para os pais responderem em casa, observações, e aí com a criança, o diagnóstico com a criança mesmo*” (G1, P1).

3. *Realiza trabalho com os pais para explicar sobre o TDAH e como se deve proceder*: inclui as respostas das participantes que informaram que ao receber o cliente fazem junto aos pais um trabalho de informações sobre o referido Transtorno. Exemplo: “[...] *eu falo, eu explico, aí eu... eu... eu quero que os pais entendam aquilo lá é um transtorno, que eles precisam saber para lidar, porque é muito difícil conviver com o TDAH; e outra, não tem como não tratar o TDAH, porque se não tratar o TDAH ele vai ser um fracasso para o resto da vida, em tudo quanto que é situação, né?*” (G1, P4).

4. *Faz avaliação psicoeducacional*: inclui as respostas das participantes que informaram que ao receberem um aluno fazem avaliação psicopedagógica utilizando-se das técnicas que compõem este processo (entrevista, testes psicométricos, provas pedagógicas etc.) Exemplo: “[...] *Quando vem para gente, vem assim... para gente estar fazendo uma avaliação, aquela avaliação psicoeducacional*” (G2, P5). “[...] *a gente vai fazer essa avaliação. Eu vou para a escola, eu converso com o professor, com a família, atendo a criança fazendo teste formal e entrevista, né?*” (G2, P6).

5. *Realiza orientação para a equipe pedagógica*: inclui as respostas das participantes que informaram que ao receberem este cliente/aluno desenvolvem um trabalho de orientação junto à equipe pedagógica da escola. Exemplo: “*Então nosso trabalho ele é... às vezes a gente consegue chegar mais na equipe para fazer essas orientações, porém, nem sempre há aceitação também*” (G2, P2).

Como se vê na Tabela 3, para a pergunta sobre como as participantes procedem ao receberem crianças com TDAH, a resposta mais frequente foi “*realiza anamnese e observação do comportamento*” (40% das respostas). Mas, analisando separadamente os dois grupos, observamos que entre as categorias prevalentes no G2, não está aquela; sendo que 38% das respostas das psicólogas escolares se referem à categoria “*fazem avaliação psicoeducacional*”, e 38% das respostas contemplam a categoria “*realizam orientação para a equipe pedagógica*”.

**TABELA 3 – Quando recebe um cliente/aluno com essa demanda (TDAH), como lida?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- Realiza avaliação psicológica	2	29	0	0	2	13
2- Realiza anamnese e observação do comportamento	4	57	2	25	6	40
3- Realiza trabalho com os pais para explicar sobre o TDAH	1	14	0	0	1	7
4- Faz avaliação psicoeducacional.	0	0	3	38	3	20
5- Realiza orientação para equipe pedagógica.	0	0	3	38	3	20
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias, e não a partir do número de participantes.

Esse exame individualizado das respostas de cada grupo revela formas diferenciadas de lidar com o transtorno conforme a especialização: 57% das respostas das participantes do G1 indicam que elas, ao receberem um cliente criança com hipótese de portar TDAH, realizam anamnese e observação do comportamento; só 25% das respostas das participantes do G2 indicam essa prática. Somadas as categorias que correspondem a condutas de avaliação, observação ou anamnese, 86% das respostas do G1 as mencionam, contra só 63% respostas das participantes do G2. 38% das respostas do G2 mencionam adoção da avaliação psicoeducacional, e nenhuma das participantes do G1 responderam optar por essa providência.

Também se percebe que 38% das respostas do G2 denotam a prática de intervir dialogando com os profissionais da escola, e nenhuma delas intervêm junto à família; o método das participantes do G1 é o oposto: algumas respostas (14%) incluem a intervenção junto à família, nenhuma menciona diálogo com a equipe escolar. Uma tentativa preliminar de interpretar esses números parece indicar que as participantes do G1 são mais propensas a abordar a criança-cliente como uma hipótese diagnóstica em aberto, que demanda investigação. Já as participantes do G2 tendem a enxergar a criança como um caso previamente rotulado de problema escolar, ou problema para a escola, que demanda uma intervenção local, pontual, focalizada nas questões de aprendizado e comportamento no ambiente.

Pode-se dizer, a partir das condutas eleitas pelas psicólogas clínicas, que elas tendem mais à visão organicista do cliente, voltada ao atendimento individualizado, que valoriza sua

história e comportamento global. Isso porque anamnese, observação de comportamento e avaliação psicológica são métodos investigativos mais vocacionados para fornecer essa visão global de conjunto, do que a avaliação psicoeducacional, preferida pelas psicólogas escolares, e que é um método investigativo pontual, que examina apenas um recorte, ou aspecto, do modo de ser da criança.

Entendemos que a psicologia deve buscar compreender o indivíduo a partir de sua inserção na sociedade. O indivíduo só pode ser realmente compreendido em sua singularidade quando inserido na totalidade social e histórica que o determina e dá sentido à sua singularidade.

Se por um lado, percebemos uma visão hegemônica que tenta criar um “padrão” de atendimento a crianças que supostamente têm sintomas de TDAH, por outro, vemos esses mesmos psicólogos confusos em relação aos seus procedimentos. Para Bock *et al.* (2004), em seu desenvolvimento, a Psicologia esteve sempre oscilando entre as dicotomias objetividade e subjetividade, interno e externo, natural e histórico, objeto e sujeito, razão e emoção, indivíduo e sociedade. Isso fica claro pela falta de consenso nas formas de procedimentos verificadas nos resultados.

Para a autora, essa visão dicotômica se mantém porque temos explicado o movimento do mundo psicológico como um movimento interno, suscitado por si mesmo. Esta tradição naturalizante do fenômeno psicológico nos colocou em uma perspectiva de profissão que sempre compreendeu nossa intervenção como curativa, remediativa, terapêutica. Temos nos limitado a ela nesses anos todos de profissão. Não é por outro motivo que temos tido um padrão médico de intervenção.

Igualmente, não nos cabe aqui dizer o que é certo ou errado; estamos trabalhando com resultados, e estes também nos apontam ser significativa a prática de profissionais empenhados na execução de um trabalho sério. Seria um equívoco pensar no trabalho do psicólogo fora do contexto em que ele está inserido. Como profissional da área, sabemos também das limitações que em muitos momentos o sistema nos impõe, embora a maior frequência nos resultados nos mostre a incoerência de práticas isoladas. Quando analisamos a tabela em seu conjunto, percebemos que não existe nenhuma profissional cometendo “erro” algum; o que encontramos são obstáculos nos procedimentos, os quais deveriam ser realizados de acordo com uma visão de totalidade e considerar todos os aspectos, mas acabam por privilegiar algumas áreas específicas, caracterizando uma fragmentação do trabalho do psicólogo e de suas análises sobre o fenômeno, no caso específico aqui o do TDAH, uma vez que seus métodos não incluem uma reflexão acerca de como estes sintomas são construídos.

#### 5.4.4 Quais são os encaminhamentos realizados diante da demanda?

1. *Encaminhar para neurologista*: inclui as respostas das participantes que informaram que fazem encaminhamento para o médico, sobretudo para o neurologista. Exemplo: “[...] Quando a gente percebe que a criança está mais no campo psicológico, de comportamento, é feito o encaminhamento para os postos de saúde, né? Que nós temos alguns neurologistas” (G2, P1). “[...] Então, agora quando não é encaminhado pelo médico, aí eu vou, eu faço uma, duas ou três sessões com ele e aí eu vejo, se for caso de encaminhar para o neurologista eu encaminho” (G1, P4). “[...] Se ele não passou ainda pelo neuro, né, a gente pede uma avaliação do neuro para conseguir ver se realmente tem o lado lá com ele, tal, se precisa, né?” (G1, P3).

2. *Encaminham para psicopedagoga*: inclui as resposta das participantes que informaram ser este o encaminhamento realizado diante de crianças com a queixa de TDAH. Exemplo: “[...] Olha, na maioria das vezes eu, vamos supor, eu passo para ele para o pedagogo, né?” (G2, P1).

3. *Encaminham para fonoaudióloga*: inclui as resposta das participantes que informaram ser este o encaminhamento realizado quando as crianças parecem ter TDAH, objetivando verificar os problemas de audição e da fala. Exemplos: “[...] Fono, a gente estava encaminhando para a fono para fazer audiometria, entendeu?” (G2, P1). “[...] Que a criança às vezes tem uma dificuldade em ouvir, então se ela não ouve o que a gente diz o que é para ela fazer conseqüentemente ela vai fazer uma outra coisa. Então o fono, até a questão da fala também, tá? Às vezes ela não consegue se fazer, né, ser entendida; então a possibilidade desse profissional, a importância desse profissional, tá?” (G2, P2).

4. *Encaminham para psiquiatra infantil*: inclui as respostas das participantes que informaram fazer encaminhamentos para o médico, sobretudo para o psiquiatra infantil. Exemplo: “[...] Quando eu percebo que tem a Hiperatividade é para o neurologista ou psiquiatra infantil” (G1, P1).

4.5 *Encaminham para psicólogo clínico*: inclui as resposta das participantes que informaram encaminhar para o psicólogo. Exemplo: “[...] Quando a gente percebe que a criança está mais no campo psicológico, de comportamento, é feito o encaminhamento para os postos de saúde, né, que nós temos psicólogos” (G2, P4).

Os dados que compõem a Tabela 4 mostram que o encaminhamento para o neurologista é a prática mais comum em ambos os grupos, sendo que 55% das respostas do G1 e 50% das respostas do G2 se relacionam a esta categoria.

**TABELA 4 - Quais são os encaminhamentos realizados diante da demanda?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- Neurologista	6	55	4	50	10	53
2- Psicopedagoga	2	18	0	0	2	11
3- Fonoaudióloga	2	18	1	13	3	16
4- Psiquiatra infantil	1	9	0	0	1	5
5- Psicólogo clínico	0	0	3	38	3	16
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Nota: As porcentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Este resultado explicita que mesmo os psicólogos escolares, que na Tabela 3 apontaram para uma prática mais de intervenção (na qual buscam trabalhar orientando os professores e a equipe pedagógica, bem como observar as crianças) do que de avaliação propriamente dita, quando se trata de encaminhamento seguem os manuais estatísticos e diagnósticos como o DSM-IV e o CID-10, e se mantêm dentro da perspectiva organicista na compreensão do referido transtorno, e fazem o encaminhamento para o profissional médico. Com isso, identificamos que se tem priorizado o “modelo médico” de atendimento, o que mostra quanto esse problema é entendido como centrado no indivíduo, pois nenhum participante relaciona o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com uma sociedade que produz determinadas características nos indivíduos. De acordo com Eidt (2004), o aparecimento e a intensificação de certas patologias não se explicam apenas pelo fator biológico, mas estão em conformidade com as transformações das relações sociais vigentes em nossa sociedade. Percebe-se ainda que a ênfase do tratamento está centrada quase exclusivamente na medicação.

A autora chama a atenção para o fato de que essas práticas confirmam um processo de alienação vigente na própria ciência, na medida em que alguns pesquisadores e profissionais desconsideram os diversos fatores que têm determinado o aparecimento de novas doenças ou o aumento vertiginoso de patologias já conhecidas, retirando de análise as questões sociais e econômicas e focalizando exclusivamente o plano individual e orgânico.

A interpretação expressada pelo discurso médico e intitulada científica situa-se no campo do conhecimento neuropsiquiátrico. Num rastrear científico, observamos uma ampla investigação norte-americana na tentativa de confirmar a causalidade orgânica do TDAH, revelando todo um trabalho árduo para que este possa se afirmar como um fenômeno

nosológico que necessita de tratamento farmacológico. Russel A. Barkley, Sam Goldstein e Michael Goldstein são alguns dos representantes americanos dessa interpretação e Luís Augusto Rohde e Paulo Mattos são alguns dos representantes brasileiros.

Em outra visão, também de caráter neuropsiquiátrico, mas diferente do ponto de vista anterior, no qual o TDAH é visto como pertencente ao campo patológico, alguns autores percebem o transtorno como um “tipo de funcionamento mental específico”, “um jeito de ser”, como que um traço de personalidade, saindo da esfera da doença, como retrata o livro “Mentes inquietas”, de Ana Beatriz B. Silva (2003). Esta autora vê o TDAH não apenas como entidade diagnóstica, mas como um estilo de vida.

Numa abordagem com a qual concordamos, outros teóricos (Barroco, 2004; Eidt, 2004; Nagel, 2005) evidenciam o transtorno como um “modo de vida” das novas gerações, caracterizadas por crianças que, desde muito cedo, são expostas a uma vasta gama de estímulos, à excitabilidade, à ansiedade e ao estresse, transmitidos através dos recursos tecnológicos e da exigência capitalista de competitividade; ou seja, as autoras entendem o transtorno como algo cujas causas vão além das orgânicas. A análise aqui proposta busca compreender o sujeito dentro da perspectiva da Teoria Histórico-Cultural, segundo a qual o fator biológico determina a base das reações inatas dos indivíduos. É sobre essa base que vai se organizar todo o sistema de reações adquiridas ou determinadas pela estrutura do meio onde a criança cresce e se desenvolve (Vigotski, 2001), promovendo a transformação das funções elementares biológicas em funções superiores, culturais.

#### **5.4.5 O que pensa sobre a utilização da medicação para crianças com diagnóstico de TDAH?**

Este item compreende as categorias descritas a seguir.

1. *A medicação não deve ser utilizada*: inclui as resposta das participantes que informaram ser contrárias à medicação. Exemplo: “[...] não concordo, não concordo, acho um crime, acho uma punição assim de alto grau para as crianças, e acho que tira dessas crianças o direito de serem crianças, acho que é uma violência” (G2, P1).

2. *A medicação deve ser utilizada desde que associada a outros elementos, como psicoterapia, fonoterapia, etc.*: inclui as respostas das participantes que informaram ser favoráveis à medicação, desde que associada a outros procedimentos. Exemplo: “[...] eu vou ser franca e te dizer: o que ouço das escolas nessas discussões de casos e o ouço no

*consultório também, tem casos de crianças que a medicação ajuda junto com todos os outros elementos, tá? né?” (G2, P4). “[...] eu já afirmei da importância do remédio no início do tratamento, mas ele sozinho não dá conta, é necessário associar a outras terapêuticas” (G1, P6).*

3. *A medicação deve ser utilizada desde que exista outra “patologia” associada:* incluiu as respostas das participantes que informaram concordar com o uso da medicação, desde que o cliente/aluno tenha alguma outra doença associada, como, por exemplo, epilepsia. Exemplo: “[...] eu penso assim, só se for alguma coisa associada, por exemplo assim, eu tenho uma criança com laudo de que essa hiperatividade ela é secundária a uma lesão, entendeu? Então essa criança também não é hiperativa por ser hiperativo, ele é hiperativo porque tem um problema secundário a causa. Eu tenho atendido uma criança que apresenta hiperatividade porque ele tem uma epilepsia, essa epilepsia” (G2, P4).

4. *Concordam com a medicação desde que a criança realmente tenha o diagnóstico de TDAH:* incluiu as respostas das participantes que informaram ser favoráveis se a criança for portadora do TDAH. Exemplo: “[...] Eu sou bem resistente com medicação, mas apoio aqueles que quando a gente percebe que realmente têm a hiperatividade e a dificuldade de concentração (...) Então eu só encaminho aquele que a gente vê que realmente tem distúrbio ou que eu acho que tem, é que a gente precisa conciliar esse diagnóstico com o médico, que daí foge da minha alçada” (G1, P1). “[...] Acho que é importante, é bastante importante; se ela realmente tem TDAH ela tem que ser medicada, né?” (G1, P4).

5. *Necessário no início do tratamento:* inclui as resposta das participantes que informaram ser favoráveis à medicação no início do tratamento. Exemplo: “[...] eu vejo em alguns momentos para menor sofrimento dessa criança é necessário. Pelo menos no início de todo o processo do tratamento, certo?” (G1, P5). “[...] para algumas crianças no início do tratamento é importante, (...) mas num primeiro momento é importante e em alguns casos indispensável” (G1, P6).

Os dados apresentados na Tabela 5 mostram que a categoria prevalecente em relação ao que pensam sobre a utilização da medicação para crianças com diagnóstico de TDAH é a de que a medicação ajuda se associada a outros elementos, com 45% das respostas.

Por meio dos dados coletados, observamos que os dois grupos, G1 e G2, entendem que o uso de medicação auxilia no tratamento, desde que associado a outros “elementos”. Cabe aqui observar que, na fala das participantes, estes “elementos” seriam terapêuticos e, sobretudo, psicoterapêuticos.

**TABELA 5 - O que pensa sobre a utilização da medicação para crianças com diagnóstico de TDAH.**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- Não deve ser utilizada	0	0	2	25	2	10
2- A medicação ajuda se associada a outros elementos	6	50	3	38	9	45
3- Só se tiver alguma outra “patologia” associada	0	0	1	13	1	5
4- Concordo com a medicação desde que a criança realmente tenha o diagnóstico de TDAH	1	8	2	25	3	15
5- Necessário no início do tratamento	2	17	0	0	2	10
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias, e não a partir do número de participantes.

Estes dados mostram quanto a compreensão hegemônica do TDAH prevalece no discurso das participantes deste estudo. Esse discurso aponta para a adoção de um tratamento baseado num pacote terapêutico (psicoterapia, psicopedagogia, fonoterapia, etc.) para todos, desconsiderando os aspectos que fazem parte do fenômeno, embora alguns teóricos, mais cuidadosos, apontem a particularidade das respostas a esse “pacote”. Ele envolve também a prescrição de medicamentos estimulantes ou antidepressivos, de terapia cognitivo-comportamental e de orientações, ou melhor, de “treinamento” à família e à escola.

Além disso, há um vazio entre as hipóteses e as causas do TDAH, uma vez que o diagnóstico é eminentemente clínico e, na maioria das vezes, feito com pouco rigor científico e de maneira muito rápida, geralmente com base em critérios formatados, tendo como parâmetro o DSM-IV. É nesses aspectos que as polêmicas se instalam, uma vez que isso não se caracteriza como um empecilho para que a literatura médica considere a medicação como a primeira intervenção.

Nesse sentido, Moysés e Collares (1992) contribuem com a reflexão ao alertarem que não se deve concluir um diagnóstico de TDAH simplesmente por eventual melhora dos sintomas pelo uso da medicação. Com efeito, é contraditório que a medicina, que aponta para o rigor da investigação, conclua um diagnóstico somente com base na melhora do sintoma, sem compreender a causa.

Nas palavras Rohde e Mattos (2003), esses psicofármacos usados no TDAH intervêm no metabolismo dos neurotransmissores, estimulando as partes do cérebro responsáveis pela inibição e pelo autocontrole do comportamento. São apontados altos índices de resultados favoráveis, pois cerca de 70 a 90% dos portadores apresentam melhoras com a medicação. A literatura médica mostra que o uso de medicamentos não satisfaz todas as necessidades terapêuticas dos portadores do TDAH, o que também reflete o pensamento das profissionais entrevistadas neste estudo; porém a medicação é concebida como essencial se considerada a relação entre custo e benefício. Na contramão desse posicionamento, pensamos que, antes de considerar qualquer tipo de terapêutica, seria indispensável compreendermos o desenvolvimento humano por um referencial histórico e adotarmos o método do Materialismo Histórico-Dialético de análise dos fenômenos psicológicos. De acordo com Eidt e Tuleski (2007), essa leitura histórica permite entender o fenômeno e sair do âmbito no qual as discussões simplistas e superficiais em torno do TDAH vêm se reproduzindo. Na visão das autoras, estas discussões têm auxiliado na criação e proliferação de um mercado paralelo altamente rentável, que engloba a medicações, manuais de aconselhamento aos pais e técnicas de reeducação, etc., sem trazer grandes benefícios às crianças, adolescentes e famílias que realmente necessitem de auxílio educacional adequado e pautado em pesquisas científicas aprofundadas.

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

A discussão já se instala na origem, sobre a qual podemos levantar alguns questionamentos: trata-se de uma doença ou de um problema de comportamento? A medicação é um alento para quem sofre com o incômodo físico e intelectual ou é uma ação para submeter ao controle quem não age segundo os modelos estabelecidos por uma sociedade que cobra alta competitividade, desde que seu resultado seja obtido de forma padronizada? O TDAH é produto de práticas escolares ineficientes?

As perguntas são muitas e os argumentos oscilam conforme a posição de cada profissional envolvido com a demanda. No caso das participantes deste estudo, ficou clara a posição de que, em sua maioria, elas aderem à terapêutica medicamentosa.

Conforme já apontado neste estudo, é abstruso pensar o sujeito descolado do contexto no qual está inserido. Na seção 2 desta dissertação, abordamos a problemática das características do homem da Pós-Modernidade e ali foi possível compreender, com base no entendimento de Nagel (2005) que, na Pós-Modernidade, os sujeitos produtores dessa cultura passam a apresentar dúvidas sobre comportamentos vigentes, enquanto geradores de ansiedade ou insatisfação. Os comportamentos atuais, abrigados na defesa inconsistente da liberdade para agir sem limites, sem normas, tornam-se objeto de reflexão de muitos cidadãos. Neste contexto, os comportamentos indesejados começam a ser descritos com maior clareza e profundidade e entendidos como típicos de uma época.

Para Eidt (2004), na atualidade, o sistema de ideias neoliberal tem intensificado a naturalização das questões sociais, desvinculando-as do contexto e do tempo em que são produzidas. Além disso, é expandida a ideia de que todos têm as mesmas oportunidades – tanto no âmbito social quanto acadêmico – portanto os fracassos devem ser atribuídos a problemas de caráter individual. Neste contexto, a prática da normatização dos comportamentos desviantes, objetivando adaptá-los aos padrões vigentes através da medicalização, adquire grande difusão, alcançando *status* científico.

Com isso, pretendemos evidenciar que os comportamentos humanos não podem ser entendidos à margem da sociedade que os produz. Esta compreensão pode orientar reflexões sobre o entendimento e atendimento do fenômeno em questão com vista ao processo de humanização de cada novo ser, especialmente ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores, e não à simples medicalização de crianças – cujos cérebros ainda se encontram em desenvolvimento –, pois suas consequências em longo prazo são ainda incertas.

Outra polêmica sobre o TDAH surge também no que se refere aos efeitos colaterais da terapêutica medicamentosa, os quais alguns especialistas veem como leves e outros como graves. Os efeitos colaterais mais comuns são: anorexia ou perda de apetite, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaleia e dores abdominais. Com menor frequência, observam-se também alterações de humor, tiques, pesadelos, isolamento social e, raramente, psicose. De acordo com Moysés e Collares (2011), em relação especificamente ao metilfenidato, existe muita discussão a respeito dos vários efeitos colaterais em longo prazo, como perda de peso, desaceleração da curva de crescimento, alterações cardiovasculares e uso

abusivo do fármaco. Para essas autoras, a medicação não deve ser ministrada em nenhuma situação, postura com a qual concordamos.

Mas como mostram as respostas da Tabela 5, para as entrevistadas é necessário associar à medicação outros tipos de intervenção terapêutica, embora o uso de medicamentos seja considerado a primeira e mais eficaz intervenção.

No que se refere à psicoterapia, a terapia cognitivo-comportamental tem sido uma escolha unânime. Essa terapia busca um controle consciente e uma mudança de comportamento pela via do reforço educativo. A criança com TDAH é “treinada” para reorganizar e reestruturar sua vida interna e externa. Nesse treinamento, usam-se técnicas cognitivas e técnicas comportamentais. As cognitivas são “autoinstrução”, “registro de pensamentos disfuncionais”, “resolução de problemas” com estratégias para agir, “automonitoramento e autoavaliação do comportamento” com recompensas, “planejamento e cronogramas”; e as comportamentais, “sistema de fichas” (reforço positivo), “custo da resposta”, “punição”, “tarefas de casa”, “modelação e dramatizações”. Não obstante, de acordo com Barkley (2008), estudos sobre a eficácia dos tratamentos revelam que a terapia cognitivo-comportamental tem menor efeito que a medicação. Esse autor entende que a primeira escolha sempre deverá ser a medicação, pois considera o TDAH como de causa orgânica.

Por outro lado, quando se entende que tais comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos são resultantes das incoerências existentes na sociedade atual, estes não podem ser adequadamente compreendidos se desvinculados do contexto social em que são determinados, pois, segundo o referencial histórico-cultural, a função da atenção deve ser analisada em seu processo de transformação: de função primitiva e essencialmente biológica a função superior, fundamentalmente cultural. De acordo com Eidt (2004), não se pretende desconsiderar as determinações biológicas, mas sim, avançar no sentido de perceber que tal função, em seres humanos, não se limita ao biológico. Ao contrário, a partir da linguagem e da mediação instrumental, a atenção passa, gradualmente, de uma função involuntária a uma função voluntária, o que caracteriza a transformação que Vigotski denomina de interpsicológica para intrapsicológica.

Amparando-se nesse referencial teórico, a autora entende que a autorregulação do comportamento poderia ser algo a ser trabalhado com a criança na ocasião do atendimento psicoterápico. Não se pretende, com tal afirmativa, negar a importância da orientação à escola e aos pais, e sim, apontar a possibilidade de realizar um trabalho direcionado para o desenvolvimento da autoconsciência do comportamento da criança também na circunstância

de atendimento psicológico. Deste modo, a orientação aos pais e à escola inseriria a possibilidade de um trabalho conectado entre os diferentes contextos em que a criança vive, buscando atingir o mesmo objetivo.

Não obstante, cumpre referir que, nos resultados, uma das entrevistadas que foram referenciadas na categoria “*não deve ser utilizada*” traz a seguinte fala:

*“[...] não concordo, não concordo, acho um crime, acho uma punição assim de alto grau para as crianças, e acho que tira dessas crianças o direito de serem crianças, acho que é uma violência” (G2, P1).*

Isso denota que algumas compreendem os reais efeitos da medicação; no entanto, temos claro – e isto nos ficou mais evidente no percurso dos levantamentos teóricos que abrange essa problemática –, que a prática habitual tem sido a da adoção do uso da medicação. Por outro lado, na fala dessa participante, encontramos subsídios que nos permitem questionar se a superação da “dificuldade” apresentada pela criança irá se resolver se ela tiver uma “contenção química”, ou isso iria acontecer caso tivéssemos família, profissionais e sociedade engajados na luta por uma educação de qualidade.

#### **5.4.6 Quando essa criança precisa de medicação**

Este item compreende as categorias descritas a seguir.

1. *Quando tem um comprometimento em todas as áreas*: inclui as respostas das participantes que informaram entender que a criança nesse momento vai necessitar da medicação em função de comprometimentos nas áreas familiares, acadêmicas e sociais. Exemplo: “*[...] A criança que ela realmente tem um comprometimento em todas essas áreas, né?*” (G2, P5). “*[...] não aprende, não tem amigos, tem dificuldade com os irmãos, está em conflito com os pais, todas as áreas estão comprometidas*” (G1, P6).

2. *Quando a terapia não está mais dando conta*: inclui as respostas das participantes que informaram achar que a criança precisa de medicação quando a terapia não está mais dando conta. Exemplo: “*[...] Então, eu acho que em casos bem extremos assim, e quando não for mais do lado emocional, tá? (...) Eu acho que em casos mais extremos, quando a criança*

*realmente não, mesmo com a terapia ela não consegue controlar um pouquinho a ansiedade, detectar o que está no emocional pegando e tal, daí eu acho que sim” (G1, P3).*

3. *Quando tem comorbidade associada:* inclui as respostas das participantes em cuja opinião a criança precisa de medicação por não ser mais possível um atendimento baseado somente na terapia. Exemplo: “[...] *Quando a gente vê que tem essa comorbidade junto aí, déficit de atenção, impulsividade, hiperatividade, aí eu acho que não tem terapia que possa ajudar sem a medicação” (G1, P2).*

4. *Quando a criança tiver um bom diagnóstico:* inclui as resposta das participantes que informaram ser a medicação necessária se a criança for bem diagnosticada. Exemplo: “[...] *Olha, quando ela tem bom diagnóstico, né?” (G2, P6).*

5. *Quando a criança não consegue se controlar:* inclui as resposta das participantes que informaram entender que a criança precisa de medicação quando ela corre o risco de fracassar. Exemplo: “[...] *é o que já falei: quando ela não consegue se controlar, aí não tem jeito, ela precisa do remédio; é uma criança que, se não for medicada, vai fracassar na vida, porque não vai dar conta” (G1, P3).*

Os dados apresentados na Tabela 6 mostram que a categoria prevalectante no tocante à indagação de quando a criança precisa de medicação foi a de que esta é necessária quando tem um comprometimento em todas as áreas, com 34% das respostas. Outra categoria que obteve um percentual expressivo, como se pode observar na mesma tabela, foi “*quando tem comorbidade associada*”, com 24% das respostas.

Por meio dos dados, verificamos que nos dois grupos, G1 e G2, a categoria que mais se destacou foi de que as crianças devem ser medicadas quando tiverem um comprometimento em todas as áreas. Esta conduta foi bastante destacada pelas participantes da pesquisa, pois, conforme o resultado apresentado na Tabela 5, quando questionadas sobre o uso da medicação, em sua maioria as participantes afirmaram ser favoráveis a essa terapêutica. O resultado apresentado na Tabela 6 também aponta a necessidade de ter certa cautela, o que é fundamental. Ao analisarmos a tabela como um todo, isso fica evidente, pois todos assinalam que o momento e a criança que necessitam da medicação correspondem a “situações extremas” – embora esse não seja o nosso posicionamento, pois entendemos que a criança não necessita da medicação.

Estes dados apontam ser necessária uma análise destes resultados como complementares aos da Tabela 5, pois, se nos prendêssemos somente àquela, teríamos um predomínio da ideia de ser a medicação a primeira opção para todos os casos de crianças com o suposto diagnóstico de TDAH.

**TABELA 6 - Quando essa criança precisa de medicação?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- Quando tem um comprometimento em todas as áreas	2	34	2	34	4	34
2- Quando a terapia não está mais dando conta	1	16	0	0	1	8
3- Quando tem comorbidade associada	1	16	2	34	3	24
4- Quando a criança tem um bom diagnóstico	0	0	2	33	2	17
5- Quando a criança não consegue se controlar	2	34	0	0	2	17
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias, e não a partir do número de participantes.

Embora pareça existir aqui uma contradição quanto à prática tanto do psicólogo clínico quanto do psicólogo escolar, não podemos pensar essa prática deslocada de um contexto em que a medicalização do TDAH e da depressão é um exemplo típico de um fenômeno de nossa sociedade contemporânea, chamado de “*medicalização da experiência humana*”. Qualquer experiência de tristeza ou de perda de foco nos estudos ou no trabalho é comumente interpretada de forma errônea por aqueles que têm os sintomas, e mesmo pelos médicos, como passível de um diagnóstico de depressão ou TDAH.

Assim, não nos parece contraditório o fato de, ao mesmo tempo em que apontam o uso da medicação como a primeira opção para o tratamento do TDAH, por ser esta a compreensão que vem respaldando a terapêutica para o referido transtorno, as participantes também compreendem ser a medicação necessária somente em casos extremos.

Quanto à preocupação expressa nas falas das participantes, como: “[...] *não tem amigos, tem dificuldade com os irmãos está em conflito com os pais*” (G1, P6); “[...] *Porque eles costumam ser o bode expiatório, tudo é culpa dele, ele não sabe alguma coisa ele é culpado, se não dá conta ele é culpado, então a família, os irmãos, os amigos acabam se acostumando a culpá-lo*” (G1, P1), cumpre observar que de acordo com o entendimento delas, estes comportamentos precisam ser considerados na hora de optar pela medicação, uma vez que comprometem “todas as áreas”. Do nosso posto de vista, essas participantes perdem um pouco o foco, pois, como a criança não apresenta um quadro organicamente comprovado,

o uso da medicação não se justifica. De acordo com Moysés e Collares (2011, p. 106), a medicação tem sido uma prática comum, embora não existam evidências científicas que confirmem uma alteração neurobiológica nem a garantia de sucesso do tratamento com psicoestimulante. Ao contrário, são muitos os questionamentos. Não obstante, nas palavras das autoras, “a pressão é tão grande que se chega ao absurdo de precisar provar que não existe o que nunca ninguém provou que existe. Em ciência, algo absolutamente surrealista”.

Se partirmos, por exemplo, da análise das “desordens” familiares, precisamos estar atentos para definir onde foi que começaram a surgir estes conflitos. A dinâmica familiar pode ser complicada e levar uma criança a ter comportamento agitado e rebelde, mas uma criança com comportamento agitado e rebelde pode gerar complicações na dinâmica familiar. Compreender esse tipo de comportamento é fundamental, pois a conduta terapêutica pode ser muito diferente, dependendo da avaliação realizada. A solução para os casos em que a dinâmica familiar mostra-se complicada não é medicar a criança. São outros os problemas e a criança pode estar sendo a vítima, e não a causadora da situação. Medicar seria mascarar um sintoma familiar que precisa ser enfrentado.

O comprometimento na área acadêmica é outra questão referenciada pelas participantes deste estudo como um ponto a ser considerado na hora de definir quando uma criança deve fazer o uso da medicação e qual medicamento deve usar. Porém, é fundamental entender que, no espaço escolar, as crianças têm um desejo obstinado de produzir, próprio da sociedade capitalista. De acordo com Nagel (2005), a escola de hoje se dedica ao desenvolvimento de um espaço em que a prioridade seja a produtividade e, ao mesmo tempo, a obediência às leis, o que na maioria das vezes não vem por meio de uma conscientização sobre cidadania, mas de um modo alienante, que destrói o aspecto crítico e questionador da infância, com o objetivo de priorizar o sistema produtivo.

A escola tem um caráter disciplinar de funcionamento subjacente a uma expectativa educativa, um modo massificante e organicista de ver a criança que, separada de suas condições culturais e sociais, é avaliada de forma aparente e equivocada. Ao valorizar em excesso a ordem, a escola deixa de promover práticas de vivências democráticas para aplicar as normas disciplinares que possuem a finalidade de modificar comportamentos. Além disso, a escola tem uma função de produção e reprodução, que conserva a desigualdade social e legitima o conhecimento dominante sem levar em consideração as necessidades dos alunos, fazendo da sala de aula apenas um lugar de transmissão de conhecimento. Para Nagel (2005), os educadores atuam como agentes de reprodução econômica e cultural de uma sociedade fragmentada que aliena, tirando do indivíduo o aspecto crítico, o que “cega” para dominação

de classe, de gênero e de raça; porém esses aspectos da educação, embora tenham sido construídos historicamente, atuam de forma naturalizada, numa verdade cristalizada e arbitrária.

Esse modelo de escola tem contribuído para o reconhecimento de comportamentos inadequados dentro do espaço escolar e para a promoção da medicalização dos problemas escolares. Collares e Moysés (1994, p. 26) assim conceituam o termo *medicalização*:

O termo *medicalização* refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo.

Adotando esse raciocínio, podemos afirmar que, historicamente, a ciência médica vem tratando as questões sociais sob uma ótica própria, o que significa uma inversão na abordagem. A ação de patologizar atinge o indivíduo que se manifesta fora dos modelos considerados normais. Por outro lado, a questão não é exclusivamente médica, pois influencia a educação e o comportamento dos educadores, que levam para a sala de aula uma concepção de criança que deve acatar um modelo predeterminado socialmente, o que acaba provocando equívocos sobre a dicotomia normal-patológico.

#### ***5.4.7 Verbaliza à criança que ela tem TDAH?***

Este item compreende as categorias descritas a seguir.

1. *Não verbalizam*: inclui as resposta das participantes que informaram não dizer à criança que ela tem TDAH porque preferem apontar no que a criança é boa e não criar

rótulos. Exemplo: “[...] *Eu nunca falei, o que eu falo para a criança é 'olha, você é muito bom nisso, você é muito bom nisso, muito bom nisso e precisa melhorar isso', tá? Porque assim eu, isso é uma coisa muito minha mesmo, eu penso assim, que nós temos que mostrar para a criança o que ela é capaz de fazer e que ela tem muito que ela pode evoluir. Então assim... eu nunca coloco para criança que ela não é capaz de fazer ou dou um rótulo para ela ficar o resto da vida falando 'eu sou isso, isso ou aquilo'”* (G2, P6).

2. *Não verbalizam porque não atendem a criança individualmente*: inclui as resposta das participantes que não informaram à criança que ela tem TDAH por não atendê-la individualmente. Exemplos: “[...] *A gente faz essa orientação, a gente encaminha, então a gente não faz atendimento individualizado, não atende a criança*” (G2, P3). “[...] *Não, aqui na rede municipal a gente não faz trabalho clínico, a gente encaminha. Não atendemos as crianças*” (G2, P4). “[...] *não verbalizo isso é trabalho clínico*” (G2, P5).

3. *Sim, verbalizam*: inclui as resposta das participantes que informaram dizer à criança que ela tem TDAH, por entenderem que ela já sabe que é diferente e tem que entender o que está acontecendo com ela. Exemplo: “[...] *Uhum, sim. (...) Até para ela entender o que está acontecendo com ela, porque senão todo mundo fica julgando ela sem explicar o que realmente está acontecendo: 'ah, ela tem problema', ela ouve isso, né? Ela ouve o tempo todo que ela tem problema, 'aí ela tem que ser tratada de outra forma', então ela precisa entender o porquê, né? Aí eu explico que é um distúrbio neurológico, claro que mais na linguagem dela*” (G1, P4).

**TABELA 7 - Verbaliza à criança que ela tem TDAH?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1 - Não verbalizam	0	0	1	17	1	8
2 - Não verbalizam porque não atende a criança individualmente	0	0	5	83	5	42
3 - Sim, verbalizam	6	100	0	0	6	50
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Os dados apresentados na Tabela 7 indicam um consenso entre as participantes do G1 (100%) quanto à compreensão de que se deve verbalizar à criança que ela tem TDAH. Na

compreensão dessas participantes, a criança deve saber que é portadora deste transtorno, uma vez que, segundo elas, a criança tem o direito de saber o que está ocorrendo consigo mesma, e, sobretudo, este procedimento auxilia no processo de atendimento à criança. Em contrapartida, entre as participantes do G2 (83% das respostas) prevaleceu a categoria “*Não verbaliza porque não atende a criança individualmente*”.

O resultado expresso pelo G1 aponta claramente adoção do formato de terapêuticas já discutidas na Tabela 5, que consiste na “conscientização” e no “treinamento” da criança para lidar com o TDAH. O fato de 100% das psicólogas clínicas dizerem à criança que ela tem TDAH indica uma prática da clínica tradicional, que possui um padrão mais homogêneo, amplamente influenciado pelo modelo médico de atendimento. Disto decorre sua preocupação curativa na resolução de conflitos mentais, bem como a ênfase sobre o psicodiagnóstico e o modo de classificação “dessas doenças”. Essa preocupação consiste, essencialmente, num sistema de atenção voltado para o indivíduo, em que prevalecem as atividades de psicodiagnóstico e de psicoterapia individual, exercidas preferencialmente em consultórios particulares para uma clientela que pode pagar pelos serviços. Assim, a atuação se insere como atividade independente, ou seja, o psicólogo como profissional liberal. Ela se apoia em um aspecto interindividual, em que o indivíduo é pensado como ser abstrato universal e a-histórico. Por isso, os processos psicológicos e psicopatológicos estudados são considerados válidos para qualquer contexto, tempo e lugar.

O fato de as psicólogas escolares não dizerem à criança que ela tem TDAH por não atenderem individualmente nos leva a entender que há uma prática diferenciada entre as psicólogas da área clínica e as da área escolar. As falas a seguir explicitam muito bem esta diferenciação: “[...] *a gente orienta e encaminha*” (G2, P3); “[...] *a gente não faz trabalho clínico, a gente encaminha*” (G2, P4).

Consideramos importante destacar neste momento que, embora em nenhum momento as psicólogas que atuam na escola tenham afirmado que não contam à criança por não entenderem que ela seja portadora do TDAH, em nosso entendimento, sua atuação se afasta do modelo clínico, em que o psicólogo acaba por fazer a transferência da clínica para a escola, como já discutido neste estudo. Embora se observe essa nova forma de pensamento por parte dos psicólogos, as expectativas de intervenção destes na rede pública vêm evidenciando que a sociedade ainda espera do profissional a função de ajustar os estudantes ao sistema. No caso específico deste estudo, espera-se que o psicólogo escolar dê resposta aos “problemas de comportamento”, ou melhor, que confirme o diagnóstico de TDAH dos alunos. Ao atender a esse tipo de demanda, o psicólogo se compromete com a reprodução das relações

estabelecidas e trabalha como legitimador da desumanização do homem, quando seu trabalho reproduz ou alimenta a exclusão.

O que poderia inspirar uma discussão na direção contrária a essa, seria a adoção da Teoria Histórico-Cultural, pois se trata de uma teoria crítica em Psicologia. Esta, ao apresentar-se à Educação como subsídio para entender o desenvolvimento e a formação da consciência dos indivíduos, oferece instrumentos relevantes para a compreensão dos processos psíquicos, que se materializam como história concreta na escola, e viabilizam o aprendizado das relações sociais e das culturas material e simbólica, construídas pela humanidade e apropriadas pelos sujeitos, e neste sentido, propõe à escola ações de caráter emancipador.

Para Vigotski (2000), aprendizagem e o desenvolvimento são processos interdependentes, e neles a criança se desenvolve à medida que aprende e aprende ao se desenvolver. Deste ponto de vista é necessário compreender as relações entre aprendizagem e desenvolvimento, “a questão da aprendizagem e do desenvolvimento é o centro de análise da origem da formação dos conceitos científicos” (Vigotski, 2000, p.338).

Assim, a escola não necessitaria mais buscar respostas para seus impasses fora do ambiente escolar. Em outras palavras, não seriam necessários determinados “transtornos” para justificar os fracassos observados nesse espaço. Segundo Leite (1999, p.181), a ideia seria redimensionar a formulação do problema, “se o aluno não foca a atenção e não controla seu comportamento, passa-se a pensar como, por meio das atividades pedagógicas e mediações planejadas, seria possível promover o desenvolvimento das funções psicológicas superiores”.

Vigotski afirma em sua teoria que os fenômenos psíquicos têm origem social e devem ser reconhecidos a partir das condições objetivas da vida dos indivíduos, e que, quando essa teoria é levada à escola, é compreendida como uma teoria crítica que enfatiza todo o processo de apropriação e objetivação que o sujeito realiza ao longo de sua história. Conforme afirma Duarte (1993), quando discute a teoria histórico-social da formação do indivíduo, essa teoria pode contribuir para a valorização do espaço escolar como um espaço de transformação dos indivíduos, desde que as escolas cumpram a sua função principal de socializar o saber, possibilitar o acesso à cultura humana e construir relações sociais efetivamente humanizadoras.

Essa forma de se pensar e fazer Psicologia, respaldada no método histórico-social e dialético para compreender o homem, a escola e a sociedade, terá condições de superar as fragmentações e dualismos postos na Psicologia e reconhecer a realidade na sua totalidade e complexidade. Assim, respaldadas pela teoria, as psicólogas escolares, assim como as

psicólogas clínicas, poderiam passar a ver esse aluno/cliente não mais a partir do ponto de vista de um “transtorno”, e sim, a partir de um entendimento do sujeito como histórico, e como tal, reconhecido a partir de suas condições objetivas de vida.

#### **5.4.8 Qual a sua opinião sobre essa criança?**

Este item compreende as categorias descritas a seguir.

1. *A criança é um sintoma de toda uma situação*: inclui as respostas das participantes que informaram pensar que a criança com o diagnóstico de TDAH representa o centro e o resultado de um contexto mais abrangente, que a influencia, rotula e condiciona. Exemplo: “[...] *ela é na verdade um sintoma, ela está trazendo um sintoma de toda uma condição ali, e que hoje, por exemplo assim, ela sendo medicada, com o tempo, o que, ela própria vai aprendendo assim, que a gente as vezes fala assim ‘ah precisa tomar remédio para poder ficar quieto’*” (G2, P1).

2. *Uma criança com falta de limite*: inclui as resposta das participantes que informaram que as crianças com diagnóstico de TDAH são aquelas que não têm limites, e que isto decorre da incapacidade da família de impô-los. Exemplo: “[...] *Vamos dizer assim, é esse relato, e muitas vezes não é, essa questão de comportamento é falta de limite também. Então quando a gente conversa com a família a gente tenta ouvir essa família sobre essa dinâmica, o que a família está me dizendo? Essa criança não tem limites? A família não está conseguindo impor limites? A escola não está conseguindo impor limites?*” (G2, P6).

3. *Uma criança que sofre muito*: inclui as resposta das participantes que pensam que a criança com diagnóstico de TDAH está em estado de sofrimento, e entendem essa aflição como forma de pedir socorro. Exemplo: “[...] *que ela sofre muito, ela ouve muita coisa que não precisava que ela não entende, mas, sabe que tem algo de errado, ela está sendo sempre muito criticada as pessoas falam do seu comportamento e ela não sabe ser diferente, por isso penso que sofre muito*” (G1, P3); “[...] *acho que tanto na escola quanto em casa acaba sendo o bode expiatório, sofre muito, por isso muitas vezes dá respostas agressivas, não sabe ser diferente e querem que seja, sofre bastante*” (G1, P6).

4- *Não responderam*: computam as resposta das participantes que quando questionadas falaram de sintoma, de comportamento, da família, sem realmente expor sua opinião sobre a criança. Exemplos: “*Ah, eu observo tudo né? (...) Então por que esse comportamento? Por que existe esse tipo de comportamento? Por que essa Hiperatividade?*”

*Essa atenção, essa desatenção nesse momento? A família” (G1; P2). “[...] Então, eu vejo assim, que a criança hoje, muitas vezes, acaba ficando sozinha, ou então ela está lá na escola o tempo todo também, e a escola é um lugar saudável onde ela tem, em termos de organização, de horários, de adultos como referências, né?” (G2 ; P5).*

**TABELA 8- Qual a sua opinião sobre essa criança?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- A criança é um sintoma de toda uma situação	0	0	1	16	1	9
2- Uma criança com falta de limite	0	0	3	50	3	25
3- uma criança que sofre muito	4	66	0	0	4	33
4- Não responderam	2	34	2	34	4	33
TOTAL	6	100	6	100	12	100

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Os dados apresentados na Tabela 8 evidenciam que as categorias prevaletentes em relação ao que as participantes pensam sobre a criança diagnosticada como portadora de TDAH são: *uma criança que sofre muito* (33%); *uma criança com falta de limite* (25%). Consideramos importante destacar que a outra categoria que obteve maior percentual das respostas foi “*não responderam*”.

Ao considerar os grupos isoladamente foi possível verificar que houve uma discrepância entre o G1 e G2 sobre o que acham da criança diagnosticada com TDAH. Sendo que entre os participantes do G1, prevaleceu a categoria: *uma criança que sofre muito* com 66% das respostas; enquanto que no G2, houve predomínio da categoria *uma criança com falta de limite*, com 50% das respostas. Este resultado nos leva a refletir que a atuação do psicólogo clínico se diferencia da atuação do psicólogo escolar. Pois o psicólogo clínico lida com a demanda individual do sujeito dentro da clínica, e o psicólogo escolar, por conta de campo de trabalho, lida com os conflitos que surgem no ambiente escolar, em que a falta de limite tem sido um grande desafio.

Destacamos, a propósito desse tema, que limite não é algo que se desenvolve naturalmente na criança. A noção de limites apenas se forma nas e por meio das relações que criança estabelece com o mundo adulto, cujas regras conhece e incorpora por meio das figuras

que as personificam, como pais e professores. A aquisição dos limites depende, ademais, do acesso da criança aos instrumentos necessários para o desenvolvimento daquela noção. Conforme Vygotsky (1998), os mecanismos de internalização sócio-cultural influenciam na ontogênese do indivíduo, e começam a atuar na infância por meio dos processos de construção interna de funções psicológicas advindas da sociedade.

Ocorre que vivemos num mundo de excesso, de possibilidades e novidades que se ampliam cada dia mais. O mundo pós-moderno, globalizado, consumista, mecanizado e ultraconectado, oferece, incentiva e endeusa o consumo, o descarte, a pressa e o prazer. Mas não fornece os meios para acesso de todos a esses benefícios, nem cultura, ou respeito, valores ultrapassados como a tolerância às frustrações. No entanto, a coexistência pressupõe restrições, limites, fronteiras, normas – essenciais para a vida em sociedade, para o bem-estar comunitário e o desenvolvimento da humanidade. A coletividade impõe limites normativos, que todo cidadão deve seguir, o que nos conduz à dimensão do proibido. A civilização, ao mesmo tempo em que promete conforto, segurança e ordem, impõe, como preço, o controle do acesso dos seus integrantes à realização de seus impulsos instintivos. A busca do prazer, no mundo civilizado, é circunscrita: ao indivíduo só são permitidos os gozos não nocivos ao grupo.

Daí que impor limites faz parte da educação de uma criança, do processo de constituição cultural, uma vez que ela convive com outras pessoas, dentro de uma sociedade. Entretanto, é evidente a existência de crianças e jovens carentes de limites na contemporaneidade. Facilmente testemunhamos a ausência de respeito para com o outro, uma falta de limite no convívio com os demais, e desrespeito a todo tipo de regras, incluindo as simples – como uma fila, por exemplo.

No discurso atual, cada vez mais escutamos que as crianças estão sem limites, estão exigentes, não toleram esperar, chegando a apresentar dificuldades de convivência social. Características estas referenciadas nos manuais diagnósticos (DSM-IV e CID-10) e presentes nos diagnósticos de TDAH. Contudo, questionamos que se os jovens contemporâneos necessitam de limites, a sociedade em que vivem também deve necessitar, uma vez que os jovens são o reflexo da sociedade em que estão imersos. Sendo assim, necessário é analisar o contexto social e histórico em que vivemos. Paggi e Guareschi (2004) questionam se o problema da falta dos limites estaria simplesmente ligado ao modo de educar dos pais, e analisam o contexto social e histórico atual. E concluem assinalando que o problema dos limites é uma questão da nossa era.

No nosso modo de pensar, quando se estuda a família, é essencial que se leve em conta o contexto social, econômico e político em que ela vive, e o modo como esse contexto causa impacto sobre as famílias – que não podem ser isoladas do momento histórico em que estão inseridas. O contexto não deve ser ignorado de modo algum, quando se busca entender a família, sua dinâmica e suas disfunções. Nagel (2005) aponta que a civilização atual enfatiza o prazer imediato: os meios de comunicação de massa, que ditam modas e modos de vida, exaltam a liberdade como valor máximo, especialmente no que diz respeito à liberdade de consumir, de fazer rodar a engrenagem da produção e do consumo. Mas prazer e disciplina são antagônicos. Um modo de vida que cultua o prazer fácil e descartável se incompatibiliza com a tolerância às frustrações e restrições. Observamos um enfraquecimento generalizado do discurso do poder, seja do Estado, seja da família, o que reduz a autoridade de todos que a encarnam, sejam pais, professores, policiais e quaisquer outros que possam personificar a repressão.

Partindo dessa ideia, podemos questionar se a criança diagnosticada com TDAH é realmente um indivíduo cujo modo de agir diverge do padrão majoritário, por estar afetada por uma doença, ou se o comportamento dito hiperativo da criança não está simplesmente refletindo os comportamentos de uma sociedade hiperativa. A questão dos limites e da hiperatividade da criança, portanto, pode ser enxergada como sintoma de uma questão maior, coletiva, social: não seria a sociedade atual também hiperativa e indisciplinada? Não seria a sociedade quem está doente?

A “falta de limites” referida pelas psicólogas escolares entrevistadas é compreendida como comportamento indisciplinado do aluno. Na maioria das vezes, esse comportamento resulta em um diagnóstico de TDAH. Sobre este aspecto, Eidt (2004) assinala que a indisciplina ainda é percebida como um problema individual e anterior do aluno, desconsiderando a sala de aula, a relação professor-aluno, as questões pedagógicas e as influências da sociedade que transcorrem no contexto escolar. A autora ainda aponta para preocupação de realmente se entender o que é indisciplina e principalmente para o fato de não atribuir a essa criança um diagnóstico de TDAH, uma vez que este diagnóstico tem sido imputado a crianças cujos comportamentos extrapolam os limites delimitados para sua movimentação, ou seja, quando seu comportamento perturba a ordem estabelecida ou quando a atividade da criança excede os limites de tolerância dos adultos, transformando-se naturalmente em sinônimo de indisciplina.

Algumas participantes expressaram que a falta de limite estaria ocorrendo pelo fato de que a família não está conseguindo impor esse limite à criança, como pode ser observado a seguir:

*(...) Vamos dizer assim, é esse relato, e muitas vezes não é, essa questão de comportamento é falta de limite também. Então quando a gente conversa com a família a gente tenta ouvir essa família sobre essa dinâmica, o que a família está me dizendo? Essa criança não tem limites? A família não está conseguindo impor limites? (G2; P8).*

A forma como essa participante entende a falta de limite da criança exemplifica a perspectiva acima criticada por Eidt: uma compreensão individualista de problemas que são também de cunho social; uma visão que desconsidera toda a dinâmica social e educacional envolvida no processo. Nessa perspectiva, que a entrevistada exemplifica, não é mais a criança que é responsabilizada pela sua falta de limites: a culpada é a família. O esforço principal, entretanto, não deveria ser de “caça às bruxas”, mas sim de discutir limites, o que seria, nas palavras de Nagel (2005), ter uma concepção de educação que implica em identificar ações destinadas a mudanças, interferir na realidade, explicitar as relações existentes, valorizar o conhecimento, conhecer a história, ter compromisso com o outro, definir limites de sociabilidade, ter como utopia o modelo de homem (o cidadão).

Concordamos com a autora quando ela ressalta que, na atualidade, a escola prioriza e valoriza o conceito de autonomia voltada para o interesse individual do aluno. Essa prioridade e eleição de valores liberaliza os jovens e ajuda, em parte, a desconstruir a formação cidadã. Esse modelo de autonomia individualista possibilita a falta de limites que ocorrem nos dias atuais, porque estimula a falta de atenção, a desobediência, a movimentação irrestrita (inclusive durante as aulas), o descompromisso com a palavra dada e as promessas feitas, o desprezo ao trabalho e às obrigações, a não cooperação para o seu próprio progresso etc. De acordo com a autora, tudo isso são características do homem da pós-modernidade.

Ora, se analisarmos bem os critérios do DSM-IV, veremos que essas características do homem pós-moderno, enfatizadas por Nagel (2005), estão também presentes nas crianças com diagnóstico de TDAH. Essa coincidência nos parece justificar a afirmativa de que a hiperatividade e a indisciplina da criança não são sintomas de uma doença do indivíduo, mas repercussões, ou imitações, no agir do indivíduo, das características da sociedade em que ele

vive. A criança hiperativa e indisciplinada, longe de ser a anomalia, é exatamente a que melhor representa o modo de ser do homem da pós-modernidade. Ela é uma amostra da regra, não da exceção.

No que se refere à categoria *uma criança que sofre muito*, que foi a predominante no G1, pudemos perceber que, para a maioria das participantes deste grupo, os aspectos emocionais estão imbricados na criança “portadora” de TDAH, o que a leva a encontrar-se em sofrimento psíquico. E o exercício profissional que parte do pressuposto de um sofrimento psíquico resulta em uma prática que contém um saber (métodos, técnicas e teorias) que auxilia o desenvolvimento do homem, ajudando-o na retomada de um “caminho desviado”, levando-o à redução do sofrimento, ao autoconhecimento necessário para o equilíbrio e à adaptação ao meio social. Esse tipo de trabalho busca elucidar, permitir a compreensão, favorecer a escuta, conhecimento de aspectos desconhecidos, explicitar aspectos do indivíduo que ele desconhece etc. Contudo, consideramos importante frisar que, para Dimenstein (2001), nesse proceder típico do modelo clínico de análise, não se coloca uma finalidade social ou política. As finalidades estão ligadas apenas ao indivíduo e a um movimento que lhe é próprio, natural, que deve ser conservado ou reconduzido.

Aprendemos que os comportamentos humanos não podem ser compreendidos à margem da sociedade que os produz. Esta concepção pode orientar reflexões sobre o entendimento e atendimento do fenômeno em questão – o TDAH –, tendo em vista o processo de humanização de cada novo indivíduo, em especial, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, e não, como tem sido a conduta mais frequente que tem sido a da simples medicalização de crianças, cujos cérebros ainda se encontram em desenvolvimento, em que as consequências em longo prazo, são ainda incertas.

A categoria: *não responderam*, como pode ser observado na respectiva Tabela, obteve um percentual significativo (33%). Este dado se apresenta muito expressivo, tendo em vista que duas das entrevistadas de cada grupo não responderam diretamente a questão se voltando para o sintoma, como pode ser identificado na fala a seguir: “(...) então o TDAH é muito limitante e a criança não consegue atender as demandas, na escola principalmente, porque tem que ficar sentadinha” (G1;P6). Isto nos mostra que o discurso volta para o mesmo entendimento de que o “comportamento” (não ficar sentadinha) é um “sintoma” sem fazer nenhuma análise dos reais motivos que vêm gerando uma sociedade impaciente e imediatista. Análise essa que implicaria em uma reestruturação de ações, comportamentos, afetos e sentimentos. Do nosso ponto de vista, quando entendemos que os indivíduos representam as características humanas comuns a cada época histórica, como mostra a Psicologia Histórico-

Cultural, entendemos que os “transtornos mentais” e de “comportamento”, precisam ser analisados em suas múltiplas determinações, uma vez que expressam as contradições da sociedade atual.

#### **5.4.9 Qual o comportamento dessa criança?**

Categorias:

1. *Impulsiva*: inclui as respostas das participantes que indicaram, como características das crianças diagnosticadas com TDAH, condutas impulsivas tais como: colocar-se em perigo, não parar quieta, ser muito agitada, etc. Exemplo: “[...] *uma criança muito impulsiva, a impulsividade, ela não dá conta de lidar com aquela impulsividade, então é aquela criança que não para muito quieta, é a hiperatividade, porque tem o transtorno de déficit de atenção (...) é comportamental, seria, aquilo que você visualiza*” (G2, P2); “[...] *pior que eu acho pior é a impulsividade, ela às vezes se coloca em perigo, como por exemplo, na hora de atravessar a rua, ela não pensa, ela vai aí isso é muito perigoso, eu sempre falo para os pais que tem ter muito cuidado*” (G1, P3). “[...] *é lógico que tem agitação, tem agitação, tem o começar uma atividade e não terminar, né? Muito impulsiva*” (G1, P5) .

2. *Têm sempre tem uma depressão associada*: inclui as resposta das participantes que informaram perceber uma depressão associada, uma vez que a criança demonstra sentimento de menos valia. Exemplo: “[...] *Sempre tem um pouquinho de depressão envolvido, uma criança um pouquinho deprimidinha, porque ela se sente um pouco diferente (...) sempre acha que a professora é muito rápida, ou ah os colegas ficaram atrapalhando ele, então tem um pouquinho de um comportamento meio deprimidinho junto*” (G1, P1).

3. *Dificuldades em ficar atenta*: inclui as respostas das participantes que realçaram a dificuldade de manter a atenção focalizada nas atividades de aprendizado como o comportamento mais frequentemente observado na criança com diagnóstico de TDAH. Exemplo: “[...] *dificuldade em estar atenta, estar atenta principalmente no aprendizado, não só no aprendizado da escola, mas o aprendizado em tudo, o que a família passa para a criança, aprendizado da vida, então ela ficaria comprometida no caso*” (G1, P3).

4. *Impacientes, inquietas, agitadas*: inclui as respostas das participantes que informaram ser esse o comportamento observado nas crianças com diagnóstico de TDAH. Exemplo: “[...] *impacientes, inquietas, sempre agitada inseguras é sempre assim que elas se apresentam*” (G1, P3).

5. *Falam demais*: nesta categoria, computamos as respostas das participantes que frisaram a loquacidade excessiva como o comportamento mais constantemente verificado nas crianças com diagnóstico de TDAH. Exemplo: “[...] hiperativas falam demais, essas a maioria falam demais, o tempo todo não consegue se concentrar em uma atividade sem estar falando, para você ter uma ideia, propus para uma criança brincar de estátua para ver o comportamento dela, pirou, não foi possível, ela repetia tenho que falar, tenho que falar” (G1, P6).

6. *Uma criança um pouco mais peralta*: contabilizamos nesta categoria as participantes cujas respostas descreveram a criança diagnosticada com TDAH como sendo apenas mais inquieta que as demais. Exemplo: “[...] Eu vejo uma criança apenas, às vezes um pouco mais peralta, às vezes um pouco mais inquieta, mas a maioria das vezes quieta, a maioria das vezes apática. Então não me exige nem fato a mais a não ser aqueles que a gente já tem que ter mesmo na conduta profissional” (G2, P2).

**TABELA 9 - Qual o comportamento dessa criança?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1-Uma criança impulsiva	3	33	2	40	5	36
2- Têm sempre uma depressão associada	1	11	0	0	1	7
3-Dificuldade em ficar atenta	2	22	2	40	4	29
4-Impacientes, inquietas, agitadas	2	22	0	0	2	14
5-A maioria fala demais	1	11	0	0	1	7
6-Uma criança um pouco mais peralta	0	0	1	20	1	7
TOTAL	9	100	5	100	14	100

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Por meio dos resultados, verificamos que a categoria que obteve um maior percentual de resposta foi *impulsiva* (36% das respostas). Em seguida temos a categoria *dificuldade de ficar atenta*, com 26% das respostas. Este resultado nos leva a refletir sobre o quanto os profissionais de psicologia estão presos aos critérios do DSM-IV quando se trata da criança supostamente portadora de TDAH.

Essas respostas das participantes vão de encontro ao resultado de alguns trabalhos, como os realizados por Silva (2010) e Suzuki (2012), destacando que muitas das queixas dos professores em relação à indisciplina têm a ver com condutas como falar demais, falar alto ou não permanecer sentado muito tempo no momento das atividades em sala de aula. Esses são comportamentos comuns da infância que, muitas vezes, passam a ser confundidos com distúrbios e transtornos do comportamento, o que acaba impulsionando o professor a solicitar o auxílio dos especialistas (psicólogos, neurologistas, psiquiatras e afins), com o intuito de solucionar tais questões.

Um aspecto que consideramos importante destacar neste momento é a posição de Barkley (2008) ao se referir a algumas das características das crianças diagnosticadas com TDAH. O autor aborda a questão das crianças terem de empreender muito esforço para manter a atenção em atividades longas, maçantes, repetitivas ou tediosas, terem dificuldades em tarefas escolares que são desinteressantes e longas. O autor explicita essas dificuldades apresentadas pela criança com sendo sintomas do TDAH, e entende-as, portanto, como decorrentes de um transtorno de ordem neurológica. Contudo, não podemos deixar de mostrar nossa indignação, uma vez que para qualquer pessoa, de qualquer idade, é difícil manter a atenção em atividades longas, maçantes, repetitivas ou tediosas. Portanto, essa dificuldade de atenção prolongada, sendo natural, e estando também presente no adulto, não se pode configurar como uma “doença” da criança.

E, ademais, há que ressaltar a condição especial da criança, que não nasce “pronta” para prestar atenção prolongada a atividades complexas, demoradas e desinteressantes e monótonas. Vigotski e Luria (1996) afirmam que, na primeira infância, a criança não consegue solucionar problemas complexos, pois ainda não possui, de forma mais elaborada, as funções psicológicas superiores. Mas, com sua entrada na escola, as funções psicológicas superiores aprimoram-se com a aquisição da cultura, o que possibilita a solução de tarefas mais complexas pelo uso de instrumentos e signos, que são as técnicas culturais.

Entendemos ser a escola a primeira inserção social da criança para além da família. Nela, a criança encontra “outros semelhantes”, geralmente agrupados por faixa etária, sendo o professor o responsável por direcionar o trabalho pedagógico, elaborar atividades e materiais a serem utilizados e transmitir conteúdos sistematizados, em geral, compatíveis com a idade das crianças. Ou seja, o professor é o mediador para a aquisição da cultura e conquista das técnicas culturais. Logo, a escola é o ambiente indicado para o aprimoramento das funções psicológicas superiores, que capacitam para a solução de tarefas mais complexas. Como o aprimoramento das funções superiores é gradual, e não se dá em velocidade idêntica para

todos, é natural que seja na escola que a criança demonstre a falta do desenvolvimento da capacidade atenta, que é justamente a escola quem pode ensinar. Deste ponto de vista, o controle da atenção caótica, entendida como “doença” por Barkley, pode ser entendido como uma habilidade a ser desenvolvida; e a demora na aquisição desse controle não pode ser rotulada simplesmente como uma “patologia” a ser tratada.

A criança um pouco mais peralta que também aparece nas respostas das participantes, ainda que com um percentual menor, é outro fator a ser questionado, uma vez que cabe lembrar que o início da vida escolar é marcado, para a criança, por uma grande mudança em sua vida. Ela é colocada em uma situação essencialmente nova em sua personalidade, pois agora exerce uma atividade que todos respeitam, e isso lhe confere uma nova posição nas relações sociais, alterando-se sua autovalorização e suas responsabilidades. Os estudos exigem da criança certas habilidades que até então não lhe eram cobradas. Exemplo disso é a disciplina diante de uma série de normas que todos devem seguir; uma submissão que exige da criança o controle de seu comportamento, e na qual sua relação com os adultos da escola difere da que mantém com os pais, e onde a criança percebe como era seu comportamento e o que esperam dela agora. Se antes seu comportamento poderia ser aceito como “engraçadinho”, “ousado”, “autônomo” ou “imaturo”, frente às exigências escolares ele se torna intolerável.

Essa criança precisa agora, então, lidar com regras, limites, horários, ou seja, fatores de uma educação organizada; entretanto, se ela não for capaz de ajustar-se bem a essas expectativas da escola, seguramente terá problemas. Além disso, essa criança pode exigir do professor uma porcentagem maior de tempo e dedicação (se comparada à exigida por outros alunos), o que possibilita que ela seja o centro das atenções na sala de aula. Neste cenário, fica configurado o rótulo “criança problema”, abrindo o espaço para pensá-la do ponto de vista de que “isso não pode ser ‘normal’”, criando-se o estigma de crianças “portadoras de um transtorno”, “doentes” e que – necessariamente – vão precisar de “tratamento”.

A partir do momento que são rotuladas como “doentes”, essas crianças tornam-se “pacientes” e, portanto, “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Muitas vezes famílias, profissionais, autoridades e formuladores de políticas desobrigam-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais, apoiando-se na compreensão de que são as pessoas que têm “problemas”, são “disfuncionais”. Assim, a medicalização tem desempenhado o papel de controlar e submeter pessoas abafando questionamentos. Cumpre, inclusive, o papel ainda mais cruel de encobrir violências físicas e

psicológicas, transformando esses indivíduos em portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem.

#### 5.4.10 Que abordagem teórica respalda sua prática?

Categorias: contabilizamos aqui a linha teórica que vem respaldando a prática profissional das participantes desse estudo: “[...] *Eu trabalho na abordagem humanista*” (G2; P1). “[...] *lá é base psicanalítica*” (G2; P2). “[...] *a teoria sócio histórica*” (G2; P3). “[...] *Nós temos, aqui, desenvolvido estudos na histórico cultural*” (G2; P4). “[...] *a histórico-crítico*” (G2; P5). “[...] *na linha histórico-cultural*” (G2; P6). “[...] *é a análise do comportamento*” (G1; P1). “[...] *A minha prática é a Psicanálise*” (G1; P2). “[...] *psicanálise, minha formação é psicanalítica*” (G1; P3). “[...] *comportamental*” (G1; P2). “[...] *Junguiana*” (G1; P5). “[...] *em uma perspectiva psicanalítica*” (G1; P6).

**TABELA 10 – Que abordagem teórica respalda sua prática?**

Categorias	G1 Psicólogas clínicas		G2 Psicólogas escolares		Total	
	F	%	F	%	F	%
1- Psicanálise	3	50	1	16	4	34
2-Comportamental	2	33	0	0	2	16
3-Junguiana	1	17	0	0	1	8
4-Humanista	0	0	1	16	1	8
5-Teoria Histórico-Cultural	0	0	4	68	4	34
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Nota: As percentagens foram calculadas a partir do total de respostas referentes às distintas categorias e não a partir do número de participantes.

Por meio dos resultados, verificamos que a *Psicanálise* e a *Teoria Histórico-Cultural* (com 34% das respostas cada) são as abordagens teóricas que respaldam a atuação da maioria das entrevistadas. Analisando os grupos separadamente, percebemos que a *Psicanálise* (50% das respostas) é a teoria mais utilizada no trabalho das participantes que atuam no contexto clínico; enquanto a *Teoria Histórico-Cultural* vem dando suporte a 68% das profissionais atuantes no contexto escolar. A segunda abordagem teórica mais adotada é a *Comportamental*, com 16% das respostas.

Este resultado não nos surpreendeu, pois pesquisas realizadas recentemente por Bastos, Gondim e Borges (2010, p. 266) concluem que “o predomínio da psicanálise, como esperado, é inquestionável, no geral, aparece com mais de 20% das citações, sendo a orientação mais citada em todas as áreas de atuação”. No entanto, há uma prevalência da Psicanálise, especialmente dentro do espaço clínico. No presente estudo, também se confirmam os achados daqueles autores, ou seja, a psicanálise aparece como orientação teórico-metodológica preferida na atuação das participantes da pesquisa.

Outro achado que não surpreendeu foi a preponderância da Teoria Histórico-Cultural no trabalho psicológico dentro do espaço escolar (68% das respostas do G2), prevalência que não ocorria nos estudos feitos na década de 1980 pelos autores acima citados. Mas, desde então, cresceu a produção científica inspirada nesse referencial, oriunda de grupos de pesquisas constituídos no Brasil e no exterior, bem como os esforços para explicitar as suas contribuições. Essa teoria psicológica, ao abordar temas como mediação, aprendizagem, desenvolvimento, funções psicológicas, conceitos espontâneos e científicos, zonas de desenvolvimento, entre outros de igual relevância, tem fornecido ricos subsídios para estudos e investigações na área da educação, em especial no que se refere à aprendizagem.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para iniciarmos as considerações finais, se faz necessário explicitar que, nesta pesquisa, trabalhamos em duas frentes, uma teórica e outra empírica. No que refere à pesquisa teórica, procuramos entender como os manuais compreendem o TDAH, bem como refletir acerca do desenvolvimento humano, destacando as funções psicológicas superiores, em específico a atenção, à luz dos pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural, os quais se pautam no Materialismo Histórico-Dialético. No que diz respeito à pesquisa empírica, procuramos verificar a compreensão dos psicólogos que atuam na escola e na clínica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Para aprofundar o conhecimento do TDAH, transtorno que tem como sinais fundamentais a hiperatividade, o déficit de atenção e a impulsividade, analisamos sua etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento, segundo as concepções que sustentam os modelos predominantes na Medicina e que fundamentam a maioria das pesquisas realizadas na área.

De acordo com os estudos feitos, o modelo predominante entende o TDAH como uma condição que afeta uma grande parcela da população, especialmente a infantil. O diagnóstico precoce ainda continua a ser um dos maiores problemas em relação ao transtorno, pois necessita de recursos técnicos e de discernimento entre essa condição e a do homem contemporâneo, envolto em tantos embates. Embora o conhecimento sobre o TDAH na comunidade científica pareça estar bem avançado, ainda existem muitas variáveis interferindo no diagnóstico, e nada parece muito conclusivo.

Nesse sentido, de acordo com a concepção organicista, as pessoas com diagnóstico “certo ou errado” de TDAH passam um bom tempo de suas vidas sendo acusadas de uma série de coisas, sua autoestima é rebaixada; elas têm dificuldade na escola e também têm dificuldades sociais. A situação em casa normalmente não é melhor, pois os pais, pressionados pela sociedade e pela escola, frequentemente culpam a criança por algo de que ela não tem culpa, e ficam perguntando onde ou quando erraram.

No que se refere ao tratamento e prognóstico, o estudo apontou que, em relação aos procedimentos na área da psicologia clínica, a opção tem sido por uma terapia dentro da abordagem cognitivo-comportamental, embora, a posição clara entre a opinião médica é de que este tipo de intervenção não tem a mesma eficácia que o emprego de medicamentos. Já em relação ao prognóstico, a opinião mais aceita é de que não existe “cura”, e sim, apenas o controle do comportamento considerado inadequado, através dos tratamentos propostos.

Em direção oposta a esse pensamento, ou seja, a que concebe a criança com problema de comportamento como “doente”, “portadora de um transtorno”, temos a compreensão a partir do pensamento dialético que, amparado na teoria de Vygotsky (1996), entende a atenção como uma função que pode ser desenvolvida na relação que a criança estabelece com o adulto por meio da mediação.

Assim, buscamos compreender como se dá esse processo à luz dessa teoria. Concluímos que a atenção é uma das funções psicológicas superiores, que são de origem sócio-cultural, e surgem dos processos psicológicos elementares, que são de origem biológica (estruturas orgânicas). Assim, podemos compreender que a complexa estrutura humana resulta do processo de desenvolvimento arraigado nas relações entre história individual e social. Vygotsky (1996) dedicou-se ao estudo das funções psicológicas superiores, assim chamadas porque se referem a mecanismos intencionais, ações conscientemente controladas, processos voluntários que dão ao sujeito a possibilidade de independência em relação às características do momento e espaço presentes.

Neste contexto, foi possível compreender que a atenção voluntária é motivada pelo adulto, que insere a criança em novas atividades, orienta e organiza a atenção. Para orientar a atenção, o adulto proporciona os meios que, mais tarde, servirão para a criança mesma dirigir sua atenção de forma consciente. Nesse sentido, a atenção voluntária tem origem fora da personalidade da criança. Portanto, a evolução da atenção involuntária não provoca o surgimento da atenção voluntária.

Ao pesquisarmos sobre a sociedade capitalista, sua formação em classes sociais, e as consequências dessa realidade no processo de escolarização e na distribuição dos conhecimentos produzidos historicamente, identificamos que o conhecimento também segue as regras do capital. Assim sendo, torna-se evidente que as oportunidades não são iguais para todos, e disso decorre que o sucesso e/ou fracasso não podem apenas ser vistos pela ótica do indivíduo. Ao contrário, devem também ser considerados os fatores sócio-históricos, pois, como foi discutido neste estudo, o desenvolvimento humano ocorre à medida que o homem se apropria dos conhecimentos alcançados pela humanidade. Os homens nascem iguais em potencialidade biológica, mas se diferenciam à medida que uns se apropriam de grande parte das aquisições sociais, especialmente a cultura; e outros permanecem à margem.

Com a finalidade de ocultar as contradições da sociedade atual como causa dos problemas que aparecem na escola, emerge uma série de explicações simplistas, que atribuem à criança, à família ou ao professor a responsabilidade por um caos que é social. O desrespeito pelo outro, a perda de referenciais de autoridade, o incentivo à competição

desmedida e o individualismo são características desta sociedade, que se manifestam em todas as instituições, inclusive na escola. O problema se agrava quando, para justificar as desigualdades sociais e as contradições, utilizamos explicações biologizantes ou preconceituosas, que nos impedem de analisar e compreender a sociedade em sua totalidade. Nesse contexto, as crianças passam a ser rotuladas como “doentes”, tornam-se “pacientes” e, portanto, “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no centro dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente.

Na busca de informações sobre a formação do psicólogo, observamos que ainda há um predomínio do modelo clínico na formação e prática profissional do psicólogo, e isso é fruto da própria construção histórica da disciplina. Historicamente a Psicologia privilegiou, em seu desenvolvimento, orientações teóricas e práticas voltadas à adaptação e controle dos indivíduos em função do ambiente social. Este padrão clínico é assinalado como aquele que privilegia intervenções como o psicodiagnóstico e a terapia individual e/ou grupal. Nesse modelo, as atividades são destinadas às classes sociais mais abastadas e praticadas em espaços delimitados, e têm como foco as questões intraindividuais dos pacientes, desconsiderando os fatores históricos e contextuais, tal como se nota no modelo médico hegemônico. Semelhante ao modelo médico, esse padrão foi usado pela Psicologia como uma forma de obter reconhecimento e status social.

Entretanto, nos nossos encontrados, percebemos estar ocorrendo certa superação do modelo clínico de atuação, pois nos deparamos com profissionais da Psicologia inseridos na escola que assinalam atuar dentro de uma perspectiva crítica. No entanto percebemos que, em alguns momentos, os pressupostos clínicos ainda se fazem presentes em algumas ideias, sinalizando os resquícios de uma postura pautada na visão tradicional. Em síntese, as intenções para uma proposta crítica de atuação permeiam a fala dos profissionais, no entanto alguns ainda demonstram estar confusos, o que nos leva a observar a dificuldade de se posicionarem metodologicamente para a prática.

Advertimos aqui que não se trata de culparmos individualmente o profissional, ao contrário, essa dinâmica demonstra que nossa sociedade não dá valor ao conhecimento científico e formações profissionais embasadas em fundamentos filosóficos mais aprofundados, o que resulta em cursos de graduação esvaziados, capacitações precárias que não valorizam o conhecimento científico como impulsor do desenvolvimento, resultando nessa dificuldade de se posicionar metodologicamente.

A pesquisa empírica nos possibilitou conhecer um pouco mais sobre a realidade da atuação do psicólogo clínico e escolar no que se refere à sua concepção e procedimentos acerca do TDAH, e nos demonstrou que o conhecimento científico vem sendo fragmentado. Pensamos ser em decorrência do fato de que a ciência fragmenta-se cada vez mais, torna-se técnica, especializada. Não parece levar em conta ser formada por seres humanos dotados de valores tanto físicos e biológicos como culturais, históricos, sociais. É por isso que o profissional apresenta-se como um mero observador, incapaz de refletir sobre sua prática e sobre a ciência. Ele analisa, executa, opina, mas não reflete segundo um panorama mais amplo. E é também por isso que a ciência e, conseqüentemente, o profissional, não assumem uma postura considerada ética em relação a si mesmos e à sociedade. Ela busca verdades, mas não contesta sua própria verdade. Pela busca do domínio de suas verdades é que a ciência cada vez mais se fragmenta se dissocia do humano, do social.

Observou-se ainda, por meio das entrevistas, que, na maioria dos casos, alguma pessoa é apontada como responsável pelo comportamento mal adaptado da criança com “diagnóstico de TDAH”; dentre eles, aparecem como culpados as próprias crianças, os pais e os professores, sem considerar questões sociais e econômicas características do modelo de sociedade capitalista. A prática dos participantes da entrevista, conforme já foi explicitado, apontou para uma prática ainda bastante subsidiada pelo modelo Clínico Médico. Isso indica que há pouca apropriação dos conceitos fundamentais que primam por uma visão mais crítica no exercício da profissão.

Os trechos relatados das entrevistas foram recorrentes em mostrar que na interação dialógica estão envolvidos elementos intersubjetivos, não só de significação dos enunciados comunicativos, mas principalmente de atribuição de significado ao outro. Nesse sentido, ficou evidente que o diagnóstico e o prognóstico favorável, no desenvolvimento das crianças TDAH, está vinculado a essa atribuição de significado que os sujeitos fazem em relação ao referido transtorno.

Partindo da ideia de Vigotski de que o indivíduo é um ser em si, de natureza biológica, que tem uma significação para os outros, e que através deles adquire significação para si mesmo, pode-se compreender o motivo pelo qual as crianças que apresentam um “possível distúrbio biológico” chegam para o atendimento psicológico com sua autoimagem destrocada, pois a construção que fazem de si baseia-se no significado atribuído pelo outro (família, escola etc.) ao comportamento socialmente inadequado que manifestam. Fato que, muitas vezes, contribui para um diagnóstico incorreto. Em relação a essa dinâmica, os resultados

desta pesquisa mostraram que tanto os psicólogos clínicos quanto os escolares acabam por concordar com essa prática, “endossando” esses diagnósticos sem fazerem questionamentos. Ou seja, acatam os diagnósticos que são elaborados levando em consideração só o comportamento da criança, sem considerar questões sociais muito mais amplas, que interferem em todo o processo.

Em relação à adoção da terapêutica medicamentosa, algumas das participantes do estudo compreendem os reais efeitos da medicação. No entanto, temos claro – e isso nos ficou mais evidente tanto na pesquisa quanto no percurso dos levantamentos teóricos que abrangem essa problemática – que a prática habitual tem sido a da adoção do uso da medicação como primeira opção.

No que se refere ao comportamento da criança com diagnóstico de TDAH, é recorrente no discurso das participantes do estudo o mesmo discurso médico difundido pelo senso comum, que naturaliza o sofrimento da criança e seus “problemas de aprendizado” e “comportamento”, e que se apresenta atualmente na escola de forma marcante. Não é incomum que professores e coordenadores professem o diagnóstico diante da observação de certos comportamentos das crianças, e as encaminhem para avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psicológica. Esses “problemas de aprendizado” e “comportamento” de certa forma passam a se configurar como o sintoma do transtorno, sem que questões sociais e pedagógicas sequer sejam examinadas.

Os transtornos mentais e de comportamento e, no caso específico deste estudo, o TDAH, devem ser percebidos a partir de um método que permita a análise da relação indivíduo/sociedade, permitindo a compreensão de tais fenômenos em sua totalidade. As psicólogas entrevistadas assinalam alguns pontos fundamentais para pensar a problemática do TDAH, mas sua análise ainda tem caráter fragmentado e contraditório em vários aspectos. Observamos que esta forma de análise é dominante na sociedade atual, não sendo atributo apenas dos profissionais entrevistados.

A superação dessa visão reducionista exige uma compreensão da relação dos homens com a sociedade, construída a partir das necessidades destes ao longo da história. Exige também a consciência de que o desenvolvimento psíquico humano em sua plenitude não ocorre de forma espontânea, pois se os aspectos biológicos nos fornecem a chance de desenvolvimento, é a apropriação, a aprendizagem com o outro ser humano, que nos garantem níveis superiores de desenvolvimento. Isto significa que as transformações humanas ocorrem primeiramente na coletividade, nas relações entre os homens, para depois serem internalizadas na condição de estrutura psíquica superior. Mas para que isso aconteça não basta buscar a

causa do TDAH na criança. A problemática tem que ser pensada de forma mais ampla e considerando todos os aspectos envolvidos.

**REFERÊNCIAS**

- Adler, L. A. & Cohen, J. (2005). Triagem de adultos para transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Internet NeuroPsicoNews*, 76(s/n). Recuperado em 2012, agosto, 6 de [http://www.neuropsiconews.org/jornal/volume\\_76/](http://www.neuropsiconews.org/jornal/volume_76/).
- Aguiar, W. M. J. (2001). A pesquisa em Psicologia Sócio-Histórica: contribuições para o debate metodológico. In Bock, A. M. B.; Gonçalves, M. G. M. & Furtado, O. (Orgs.). *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia* (pp. 129-140). São Paulo: Cortez.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4a ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Bakhtin, M. (1997). *Marxismo e filosofia da linguagem*. (Lahud, M. & Vieira, Y. F., Trad.). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Barbosa, A., Barbosa, G. & Amorim, G. (2005). *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Barkley, R. A. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (3a ed.). (Costa, R. C., Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Barroco, S. M. S. (2004). Considerações sobre uma proposta educacional inclusiva em tempos de prática social excludente. Município de Sarandi. *Proposta Curricular para Educação Especial: Norteadores Teóricos*. Sarandi: Secretaria de Educação, Cultura e Lazer. Pp.87-113.
- Bastos, A. V. B.; Gomide, P. I. C. (1989). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicol. cienc. prof.*, 9(1) [versão impressa ISSN 1414-9893]. Recuperado

em 2012, setembro, 27 de  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=pt&nrm=iso).

Bastos, A. V. B.; Gondim, S. M. G. & Andrade, J. E. B. (2010). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional: o que mudou nestas últimas décadas? In Yamamoto, O. H., & Costa, A. L. F. (Orgs.) (2010). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. Natal: EDUFRN.

Benczik, E. B. P. & Bromberg, M. C. (2003). Intervenções na escola. In Rohde, L. A., Mattos, P., Costa, A., Barbosa, A. A. G., Correia, A. G., Filho, Dorneles, B. V., Szobot, C. M., Lima, C. C., Carim, D. B., Benczik, E. B. P., Saboya, E., Andrade, E. R., Grevet, E., Barbirato, F., Barbosa, G., Pastura, G., Polanczyk, G. V., Albuquerque, G., Kaefer, H., Stone, I. R., Souza, I., Golfeto, J. H., Johannpeter, J., Lyszkowski, L. C., Hutz, M., Schmitz, M., Knijnik, M. P., Pinheiro, M. A. S., Bromberg, M. C., Soncini, N., Abre, P. B., Knapp, P., Martins, S., Tramontina, S., Moojen, S. & Roman, T.. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.

Biaggi, D. S. (2002). *Condutas Típicas e Inclusão: O atendimento Educacional de Maringá e Região*. Monografia (Especialização em Educação Especial), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Boarini, M. L. (2007, maio-agosto). A formação do Psicólogo. *Psicologia em Estudo*, 12(2) [ISSN 1413-7372]. Recuperado em 11 julho, 2012 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000200027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200027).

Bock, A. M. B., Furtado, O. & Teixeira, M. L. T (2004). *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Editora Saraiva.

Collares, C. A. L. & Moysés, M. A. A. (1994). *A Transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação)*. (Série Ideias). São Paulo: FDE.

- Cypel, S. A. (2003). *Criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Dimenstein, M. (2000). O Psicólogo nas UBDS: desafios para formação e atuação profissionais. *Estudos Psicológicos*, 3(1), jan.-jun..
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Duarte, N. (1993). *A individualidade para-si: contribuição a uma teoria histórico-social da formação do indivíduo*. Campinas: Autores Associados.
- Duarte, N. (2003). A anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco: a dialética em Vigotski e em Marx e a questão do saber objetivo na educação escolar. In Duarte, N.. *Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões?* (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo). Campinas: Autores Associados.
- Eidt, N. M. & Tuleski, S. C. (2010, jan.-abr.). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Cadernos de Pesquisa* 40(139) [versão impressa ISSN 0100-1574]. Recuperado em 2012, julho 13, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000100007> .
- Eidt, N. M. (2004). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: diagnóstico ou rotulação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Facci, M. G. D. & Silva, R. G. D. (1998). A crise da psicologia e questões metodológicas da escola de Vygotsky. *Psicologia em Estudo*, 3(2), 113-136.
- Facci, M. G. D. (1998). *O Psicólogo nas Escolas Municipais de Maringá: a história de um trabalho e a análise de seus fundamentos teóricos*. Dissertação de Mestrado em

Educação. Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, SP, Brasil.

Gondim, S. M. G.; Bastos, A. V. B.; Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G.. *O trabalho do psicólogo no Brasil* (p. 174-199). Porto Alegre: Artmed.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (2003). *Hiperatividade: como desenvolver capacidade de atenção da criança* (9a ed.). (Maria Celeste Marcondes, M. C., Trad.). Campinas: Papyrus.

Guzzo, R. S. L., Mezzalira, A. S. C., Moreira, A. P. G., Tizzei, R. P. & Silva, W. M. F., Neto (2010). Psicologia e Educação no Brasil: uma visão da história e possibilidades nessa relação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(no. spe.). [Versão impressa ISSN 0102-3772]. Recuperado em 21 abril, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#nt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#nt).

Hobsbawm, E. (1998). *A era dos impérios: 1875-1914*. São Paulo: Paz e Terra.

Knapp, P., Rohde, L. A., Lyszkowski, L. & Johannpeter, J. (2002). *Terapia cognitivo comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Konder, L. (1983). *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

Leite, I. (1999). *Emoções, Sentimentos e Afetos (uma reflexão sócio-histórica)*. Araraquara: JM Editora.

Leontiev, A. N. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo humano*. (Duarte, M. D., Trad.). Lisboa: Livros Horizonte.

- Leontiev, A. N. (1991). Os princípios do desenvolvimento mental e o problema do atraso mental. In Luria, A. R., Leontiev, A. N. & Vygotsky, L. S., (Orgs.). *Psicologia e Pedagogia: Bases Psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento*. São Paulo: Editora Moraes.
- Lessa, P. V. (2010). *A atuação do psicólogo no ensino público do Paraná contribuições da psicologia histórico-cultural*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Louzã, M. R., Neto (2003). *Como diagnosticar e tratar adultos com TDAH*. São Paulo: Novartis Biociência.
- Luria, A. R. (1991). *Curso de psicologia geral* (Vol. 1, pp. 71-84). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Marx, K. (1982). O método da economia política. Marx, K.. *Para a crítica da economia política* (pp. 14-19). São Paulo: Abril Cultural.
- Marx, K. (2002). *A ideologia alemã*. São Paulo: Centauro.
- Mattos, P. (1998). Diagnóstico do déficit de atenção: forma residual. In Capovilla, F. C. ; Gonçalves, M. J. & Macedo, E. C. (Orgs.). *Tecnologia em re (habilitação) cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar*. São Paulo: EDUNISC.
- Mattos, P. (2003). *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Moura, E. P. G.. (1999). A psicologia (e os psicólogos) que temos e a psicologia que queremos: reflexões a partir das propostas de diretrizes curriculares (MEC/SESU) para os cursos de graduação em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(2). [Versão impressa ISSN 1414-9893]. Recuperado em 21 abril, 2012, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98931999000200003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98931999000200003&script=sci_arttext).

Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, 28, p. 31.

Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2011). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Medicalização de Crianças e Adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mukhina, V. (1995). *Psicologia da Idade Pré-Escolar*. (Berliner, C., Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Nagel, L. H. (2005). *A educação dos alunos (ou filhos) da pós modernidade*. Recuperado em 11 Julho, 2012, de [http://www.nre.seed.pr.gov.br/cascavel/arquivos/File/semana%20pedagogica%202010/A\\_Educacao\\_dos\\_Alunos\\_ou\\_Filhos\\_da\\_pos\\_Modernidade.pdf](http://www.nre.seed.pr.gov.br/cascavel/arquivos/File/semana%20pedagogica%202010/A_Educacao_dos_Alunos_ou_Filhos_da_pos_Modernidade.pdf).

Paggi, K. & Guareschi, P. (2004). *O desafio dos limites: um enfoque psicossocial na educação dos filhos*. Rio de Janeiro: Vozes.

Patto, M. H. S. (1988). O Fracasso Escolar como Objeto de Estudo: Anotações Sobre as Características de um Discurso. *Cadernos de Pesquisa*, n. 65 (p. 72-77).

Patto, M. H. S. (1999). *A Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Reis, C. & Guareschi, N. M. F. (2010, dezembro). Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(4). [ISSN 1414-9893]. Recuperado em 21 Janeiro, 2012, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000400014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400014).

- Rodrigues, J. T. (2003, jan.-jun.). Medicação como única resposta: uma ilusão contemporânea. *Psicologia em Estudo*, 8(1).
- Rohde, L. A., Mattos, P., Costa, A., Barbosa, A. A. G., Correia, A. G., Filho, Dorneles, B. V., Szobot, C. M., Lima, C. C., Carim, D. B., Benczik, E. B. P., Saboya, E., Andrade, E. R., Grevet, E., Barbirato, F., Barbosa, G., Pastura, G., Polanczyk, G. V., Albuquerque, G., Kaefer, H., Stone, I. R., Souza, I., Golfeto, J. H., Johannpeter, J., Lyszkowski, L. C., Hutz, M., Schmitz, M., Knijnik, M. P., Pinheiro, M. A. S., Bromberg, M. C., Soncini, N., Abre, P. B., Knapp, P., Martins, S., Tramontina, S., Moojen, S. & Roman, T. (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.
- Roman, T., Schmitz, M., Polanczyk, G. V. & Hutz, M. (2003). Etiologia. In: Rohde, L. A., Mattos, P., Costa, A., Barbosa, A. A. G., Correia, A. G., Filho, Dorneles, B. V., Szobot, C. M., Lima, C. C., Carim, D. B., Benczik, E. B. P., Saboya, E., Andrade, E. R., Grevet, E., Barbirato, F., Barbosa, G., Pastura, G., Polanczyk, G. V., Albuquerque, G., Kaefer, H., Stone, I. R., Souza, I., Golfeto, J. H., Johannpeter, J., Lyszkowski, L. C., Hutz, M., Schmitz, M., Knijnik, M. P., Pinheiro, M. A. S., Bromberg, M. C., Soncini, N., Abre, P. B., Knapp, P., Martins, S., Tramontina, S., Moojen, S. & Roman, T.. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, R. M. G. M. (2004). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: reflexões (im)pertinentes*. Monografia (Educação Especial em Contexto de Inclusão). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Saviani, D. (2000). *Pedagogia Histórico Crítica: primeiras aproximações (7a ed.)*. (Coleção Polêmicas do nosso tempo). Campinas: Editora Autores Associados.
- Schwartzman, J. S. (2001). *Transtorno de Déficit de Atenção*. São Paulo: Editora Mackenzie.
- Sforni, M. S. F. (2003). *Aprendizagem conceitual e organização do ensino: contribuições da teoria da atividade*. Tese (Doutorado em educação). Universidade de São Paulo, Faculdade de educação, São Paulo, SP, Brasil.

- Silva, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Editora Gente.
- Silva, V. G. (2010). *Psicologia Histórico-Cultural e o desenvolvimento psíquico infantil: compreendendo o processo de escolarização*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Suzuki, M. A. S. (2012). *A Medicalização dos Problemas de Comportamento e da Aprendizagem: uma prática social de controle*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Tófoli, D. (2006, Janeiro 15). *País vive febre da "droga da obediência"*. Folha de S. Paulo, São Paulo, C-1. Recuperado em 2012, outubro, 18, de <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u117301.shtml>.
- Tuleski, S. C. (2000, setembro). Para ler Vygotski: recuperando parte da historicidade perdida. *Anais da 23ª reunião anual da ANPED*. Caxambu, MG, Brasil, 24 a 28.
- Tuleski, S. C. (2008). *Vygotski: a construção de uma Psicologia Marxista* (2ª ed.). Maringá: Eduem.
- Vygotski, L. S. (1996). *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. S. (1930). *A transformação socialista do homem*. (Dória, N., Trad.). Recuperado em 2012, outubro, 11 de <http://www.marxists.org/portugues/vygotsky/1930/mes/transformacao.htm>.
- Vygotsky, L. S. (1991). *Aprendizagem e Desenvolvimento Intelectual na Idade Escolar*. In Luria, A. R., Leontiev, A. N. & Vygotsky, L. S., (Orgs.). *Psicologia e Pedagogia: Bases Psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento*. São Paulo: Editora Moraes.

Vygotski, L. S. (2000). Método de Investigação. In Vygotski, L. S. (2000). *Obras escogidas* (Tomo III, pp. 47-96). Madrid: Visor.

Vygotsky, L. S. (2003). *Formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S., & Luria, A. R. (1996). *Estudos sobre a História do Comportamento: símios, homem primitivo e criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Werner, J., Jr. (1997). *Transtornos Hiperkinéticos: Contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o diagnóstico*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

## APÊNDICES

### *Apêndice 1: Autorização*

Eu, ..... Secretária de Educação, autorizo **Roseli de Melo Germano Marques dos Santos**, portadora do RG n° 3327487-4 e CPF 484941519-91 (discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Psicologia da UEM), sob orientação da professora **Dr<sup>a</sup>. Nilza Sanches Tessaro Leonardo**, portadora do RG n° 3731227-4 e CPF 755614509-30, a realizar a pesquisa intitulada: “**O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na perspectiva de psicólogos que atuam na clínica e na escola: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural**”, a qual tem por objetivo verificar qual a concepção que os psicólogos que atuam na escola e na clínica possuem sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

É assegurado o anonimato sobre a identidade dos participantes, bem como do estabelecimento e da cidade em que a pesquisa será realizada. Cabe ressaltar que a mesma será submetida à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá.

---

Secretária de Educação

RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

## ***Apêndice 2: Termo de consentimento livre e esclarecido***

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na perspectiva de psicólogos que atuam na clínica e na escola: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural, que faz parte do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e é orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nilza Sanches Tessaro Leonardo da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo é verificar a concepção dos psicólogos que atuam na escola e na clínica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, procurando desvelar se estes profissionais trilham por um viés biologizante/psicopatologizante, ou não.

Para isto a sua participação é muito importante e se dará da seguinte forma: preenchimento de uma ficha de identificação, destinada a obter informações sobre idade, sexo, grau de escolaridade, formação etc., do participante. E, ainda será realizada uma entrevista embasada em um roteiro-guia, previamente elaborado, que abrange a temática e os assuntos pertinentes a serem desenvolvidos.

Será necessário para a realização da entrevista cerca de aproximadamente 30 minutos com o participante, sendo possível seu prolongamento, em que o horário será marcado com antecedência, sendo ainda as mesmas gravadas (de acordo com o consentimento do entrevistado). O local para a realização das entrevistas será a própria instituição educacional. Também será, esclarecida antes e durante a pesquisa acerca da metodologia a ser aplicada para o estudo.

Informamos que poderão ocorrer alguns desconfortos em relação às respostas de algumas perguntas que o participante pode não querer responder. Diante disto será permitido a cada participante abandonar a pesquisa no momento que quiser, já que a participação é voluntária. Caso ocorra reação emocional por parte dos participantes, o pesquisador se coloca a disposição para reparar possíveis danos.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e as respostas gravadas serão descartadas após as análises, e estas serão

direcionadas aos participantes para tomarem conhecimento dos resultados da presente pesquisa.

Os benefícios esperados são contribuições de forma científica e social tanto para compreender e ampliar o tema acerca das concepções e atuações dos psicólogos que atuam na escola e na clínica. Espera-se assim, contribuir para a Psicologia considerando a importância desse profissional na transformação social, e na luta por um atendimento de maior qualidade a todos os indivíduos.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Discente Roseli de Melo Germano Marques dos Santos.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Roseli de Melo Germano Marques dos Santos, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

***Apêndice 3: Ficha de identificação dos participantes***

1- Nome (apenas iniciais) \_\_\_\_\_

2- Sexo \_\_\_\_\_

3- Idade: \_\_\_\_\_

4- Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

5- Tempo que atua na área \_\_\_\_\_

6- Outras Atividades na área \_\_\_\_\_

7- Formação Complementar \_\_\_\_\_

***Apêndice 4: Roteiro de entrevista***

1. Compreensão sobre o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.
2. Como esse cliente/aluno chega para atendimento/avaliação?
3. Quando recebe um cliente/aluno com essa demanda (TDAH), como lida?
4. Quais são os encaminhamentos realizados diante da demanda?
5. O que pensa sobre a utilização da medicação para crianças com diagnóstico de TDAH?
6. Quando essa criança precisa de medicação?
7. Verbaliza à criança que ela tem TDAH?
8. Qual a sua opinião sobre essa criança?
9. Qual o comportamento dessa criança?
10. Que abordagem teórica respalda sua prática?

*Apêndice 5: Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*