



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA**

CAMILA JONES ABDON

**INTERFACE EDUCAÇÃO E SAÚDE: CONCEPÇÕES
CONTROVÉRSIAS SOBRE O TDAH**

Salvador
2011

CAMILA JONES ABDON

**INTERFACE EDUCAÇÃO E SAÚDE: CONCEPÇÕES
CONTROVÉRSIAS SOBRE O TDAH**

Monografia apresentada ao Colegiado de Pedagogia da Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Pedagogia.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Izabel Souza Ribeiro

Salvador
2011

CAMILA JONES ABDON

**INTERFACE EDUCAÇÃO E SAÚDE: CONCEPÇÕES
CONTROVÉRSIAS SOBRE O TDAH**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Licenciada em Pedagogia, do Programa de Graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Banca Examinadora

Maria Izabel Souza Ribeiro- Orientadora
Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora Assistente da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA)

Alessandra Santana Soares e Barros
Doutora em Antropologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora Adjunta da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA)

Lygia de Sousa Viégas
Doutora em Psicologia Escolar Pela Universidade de São Paulo (USP)
Professora Adjunta da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA)

Salvador, 14 de dezembro de 2011

Hoje gostaria de agradecer mais que todos os outros dias, por sempre ter se dedicado a mim e mostrar o verdadeiro sentido do amor! É por isso, que eu dedico este trabalho à minha querida mãe Zelma!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo conforto de quando orava. Pela sua misericórdia que mesmo quando eu parecia distante Dele, Ele nunca me desamparou! É pela graça de Deus que sou o que sou.

Aos meus pais Zelma e Jerônimo pelo amparo em todos os momentos. Pela credibilidade, confiança, pelo incentivo e por acreditarem sempre na minha capacidade de fazer o melhor. Obrigada! Vocês são meus alicerces.

A minha família, que sempre torceu por mim, orou e vibrou com minhas vitórias. Agradeço aqui em especial a minha prima Ludmila e minha amiga Calila pela paciência em corrigir essa monografia junto a mim, ou pelo menos uma parte dela!

Aos amigos que fiz nesta caminhada, o meu muito obrigada. Thábata Carvalho, Alessandra Carbonato, Nathalia Evelyn, Jamile Sampaio, Juliana Zenetos, Thais Carvalho, Luciana Freitas e Roberta Silva; obrigada por alegrarem as minhas manhãs e tardes!

Aos amigos do Alfa e Ômega que desde o meu 1º semestre fizeram tanta diferença. Como foi importante o Projeto Missionário, as reuniões, os acampamentos e as eternas amizades que fiz.

Ao meu querido e amado namorado, Victor. Por está ao meu lado, mesmo nas horas dos meus estresses e birras. Por me aguentar e me apoiar nas horas em que precisei. Amo-te muito meu amor.

Aos meus alunos da classe hospitalar do HUPES, por cada demonstração de carinho, respeito, amor e confiança, também suas mães que tanto confiaram em nosso trabalho.

A minha querida orientadora Maria Izabel, que teve tanta paciência e dedicação com o meu trabalho, foi muito importante poder contar com alguém tão competente ao meu lado.

Aos sujeitos da minha pesquisa, agradeço por disponibilizarem seu tempo, e por todos terem me recebido tão bem. Sentir-me acolhida a cada entrevista realizada. Vocês foram maravilhosos!

Não podia deixar de agradecer a minha querida coordenadora e professora Alessandra Barros, que se fez presente nos momentos que mais precisei, demonstro aqui todo o meu carinho, respeito e admiração por essa pessoa maravilhosa que és.

Aos meus companheiros diários, colegas de trabalho do HUPES. Thais, Luciene, Luciano, Carol, Rosane, Nívea, Adriana, Aline e Denise... Obrigada por fazerem parte da construção da minha história! Sentirei saudades!

“Cada sociedade tem o seu regime de verdade, a sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discursos que aceita e faz operar enquanto verdade.”

Michel Foucault

RESUMO

O trabalho monográfico que se segue possui como objeto de estudo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). De natureza qualitativa, objetivou identificar qual a concepção sobre o TDAH dos profissionais especializados que trabalham com esse Transtorno na perspectiva de contribuir para a formação dos profissionais de educação. O estudo se deu através de um contexto de vida real no qual entrevistas foram aplicadas com psicólogos, psiquiatras e fonoaudiólogos; esses expuseram suas concepções a respeito do “transtorno” ou suposto transtorno para alguns, tendo assim, controvérsias a serem debatidas. Esse trabalho expõe também opiniões de diversos autores sobre a medicalização e os efeitos dessa para o desenvolvimento escolar. Como resultado do trabalho de pesquisa teórico e empírico se observou, no que diz respeito à concepção, diagnóstico, tratamento ou até a própria existência do TDAH, que ainda não se tem comprovações científicas suficientes que argumentem tal existência. Portanto, tema polêmico e de grande relevância para a reflexão no âmbito da educação e da saúde.

Palavras-chave: TDAH. Concepção. Medicalização.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	Associação Brasileira de déficit de Atenção
ADHA	<i>Attention Deficit and Hiperactivity Disorders</i>
APA	American Psychiatric Association
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DCM	Disfunção Cerebral Mínima
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IDUM	Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos
SNAP-IV	Questionário para Diagnóstico do TDAH
TDA	Transtorno de Déficit de Atenção
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal do Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	TRAJETÓRIAS METODOLÓGICAS E OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	13
3	DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DO TDAH.....	15
4	CONTROVÉRSIA EM RELAÇÃO AO TDAH.....	21
5	A CONCEPÇÃO DO TDAH DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.....	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICES.....	50

1 INTRODUÇÃO

O trabalho que se segue trará concepções a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Esse tema interessa a estudantes, profissionais e pesquisadores de diferentes áreas, especificamente da saúde e da educação, uma vez que lidam diretamente ou indiretamente com pessoas com esse diagnóstico.

O interesse pela temática do TDAH iniciou através do meu estágio no Ambulatório Psiquiátrico Magalhães Neto no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) no setor de psicopedagogia. A inserção no ambulatório como estagiária foi possível por ser estudante concluinte do curso de Pedagogia da UFBA. Esse tema é muito instigante, e pelo fato de trabalhar na área era mais um motivo de pesquisar mais sobre algo que ainda é muito novo e tem tanto para oferecer.

Ao lidar com paciente – crianças, adolescentes e adultos – que possuem diagnóstico de TDAH várias inquietações foram suscitadas, especialmente, a curiosidade sobre o que de fato essas pessoas têm. Como esse transtorno se desenvolve? Como essas pessoas lidam com esses problemas? E o que pensam os médicos sobre isso? Diariamente nos fazemos perguntas que, para que possamos responder com precisão, temos que recorrer ao estudo teórico e prático através do contato com profissionais especializados.

Para obter maior compreensão sobre o tema, esse trabalho teve como objetivo geral identificar a concepção sobre o TDAH dos especialistas que trabalham com esse transtorno na perspectiva de contribuir para a formação dos profissionais de educação, particularmente do curso de Licenciatura em Pedagogia. De maneira específica objetivou saber o que pensam os profissionais de saúde a respeito desse Transtorno, já que lidam com pessoas que constantemente assim são diagnosticadas. Para alcançar os objetivos propostos foi realizada uma pesquisa de campo a partir da aplicação de entrevista a profissionais e pesquisadores da área de saúde e da psicologia com o intuito de saber o que pensam sobre alguns aspectos relacionados ao TDAH, como sua definição, diagnóstico, tratamento, etc.

Na atualidade os professores têm tido cada vez mais em sua sala de aula crianças com o diagnóstico de TDAH. Dessa maneira é relevante compreender a opinião de diferentes especialidades acerca do transtorno no sentido de contribuir

para a formação dos professores. Está ocorrendo por parte das escolas uma padronização do diagnóstico das crianças, as escolas são as que mais encaminham as crianças aos consultórios médicos e/ou psicológicos para tratarem de supostos transtornos mentais. Com isso, tornam muitas vezes, problemas sociais em problemas médicos.

É importante sabermos o papel da escola perante uma sociedade, pois essa será determinante para o desenvolvimento cognitivo e social da criança. Será na escola onde a criança construirá também uma parte da sua identidade, um espaço no qual a criança pode construir laços afetivos e sentir-se em um ambiente seguro e acolhedor.

A escola, como já foi mencionada acima, está individualizando as manifestações dos alunos, transferindo questões que podem estar relacionadas a diversos fatores, tais como, metodológicos, sociais e históricos para questões exclusivamente biológicas e psicológicas, com base no próprio discurso e prática das áreas da medicina e da psicologia. Assim, transformam problemas mais amplos e multideterminados em problemas médicos ou psicológicos, o que resulta em encaminhamentos para os consultórios. Dessa maneira, a própria escola isenta-se da responsabilidade de intervenção, já que nessa visão o que determina o problema é um fator biológico ou psicológico de natureza individual. É pertinente que os profissionais da educação compreendam que nem sempre as inquietações dos alunos são provenientes de doenças neurológicas ou mentais.

Nesse trabalho estarei trazendo justamente pontos de vistas diferentes de compreensão a respeito do Transtorno em questão; profissionais que consideram a existência do transtorno e a necessidade do tratamento, outros que assumem uma posição crítica em relação a sua existência e outros que levantam a dificuldade da emissão do diagnóstico, tecendo considerações que questionam alguns aspectos relacionados ao transtorno, mas acreditam na sua existência. Assim, a atual monografia aborda um tema ainda polêmico e com isso veremos críticas entre alguns autores a respeito de opiniões sobre as definições que se tem do TDAH, tratamento, acompanhamento, etc.

Esse trabalho foi estruturado em seis capítulos, e cada um deles busca ampliar a visão do leitor mostrando diversas vertentes a respeito do TDAH a partir do estudo teórico e do desenvolvimento da pesquisa de campo.

A **Introdução** traz para o leitor um pouco do que motivou a escolha desse tema, procurando norteá-lo a respeito do que vai ser falado durante todo o processo, e justifica a relevância do trabalho.

O segundo capítulo, “**Trajetórias metodológicas e os sujeitos da pesquisa**”, apresenta o percurso metodológico construído ao longo do trabalho de pesquisa teórico e prático, bem como sua contextualização e a delimitação e caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.

O terceiro capítulo, “**Definição e Histórico**”, tem como objetivo, definir o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade segundo a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, conhecido como DSM – IV, além de abordar de forma breve um pouco do histórico do Transtorno, trazendo como principais bibliografias as obras de Barkley e colaboradores, bem como as de Moysés e Collares, Muszkat, Miranda, Rizzutti.

O quarto capítulo, “**Controvérsias em relação ao TDAH**”, a partir do estudo teórico, busca fazer um paralelo com a opinião de diversos autores e pesquisadores especializados, que trabalham com o tema em questão e, como o título mesmo já aborda, esse terceiro capítulo traz controvérsias existentes quanto ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

O quinto capítulo, “**A Concepção do TDAH de Profissionais Especializados**”, apresenta os resultados das entrevistas feitas com os profissionais da saúde e da psicologia com o objetivo de saber a concepção desses acerca do transtorno. Assim como no capítulo 3, neste capítulo vimos as diferentes opiniões existentes e também as diversas críticas feitas por alguns profissionais a respeito de tratamentos que, na visão deles, foram feitos erroneamente.

Por fim, as “**Considerações Finais**”, em que resulta de compreensões construídas ao longo dessa pesquisa.

2 TRAJETÓRIAS METODOLÓGICAS E OS SUJEITOS DA PESQUISA

A atual monografia que versa sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi resultado do desenvolvimento de um trabalho de pesquisa teórico e prático de natureza qualitativa. Segundo Moreira (2002), a pesquisa qualitativa tem ênfase na subjetividade, em vez da objetividade: aceita-se que a objetividade é um tanto quanto inadequada, já que seu foco de interesse é justamente a perspectiva dos participantes; tem flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa: orientação para o processo e não para o resultado, admite-se que o pesquisador exerça influência sobre a situação de pesquisa e seja por ela também influenciado.

No estudo teórico foram selecionados materiais que abordassem o TDAH em diferentes perspectivas, especialmente o posicionamento do TDAH como transtorno neurobiológico e o posicionamento crítico à medicalização que discute a não existência do transtorno biológico ao destacar os fatores sociais e coletivos interferentes nas manifestações dos sujeitos considerados portadores do suposto transtorno. Assim, a fundamentação teórica foi pautada com a discussão de posições diferentes, inclusive divergentes em relação ao TDAH. Dessa forma, foram utilizados autores e materiais (livros, manual, guia e artigos) que contribuíssem com a análise e discussão do trabalho monográfico a partir do entendimento de que não existe consenso a respeito do tema em questão, em função da própria concepção e compreensão no que diz respeito ao TDAH.

No trabalho de pesquisa prático, considerando a polêmica em relação à temática, foram realizadas entrevistas com profissionais e pesquisadores das áreas de saúde e da psicologia que trabalham com o TDAH ou desenvolvam estudos sobre essa temática, como forma de melhor colher informações a respeito das suas concepções sobre esse Transtorno.

A aplicação desse estudo se deu através de um contexto de vida real no qual entrevistas foram feitas com um roteiro previamente elaborado (vide Apêndice A), nesse caso, para obter resultados mais concretos e mais específicos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Na entrevista semi-estruturada, o entrevistador faz algumas questões e a liberdade do entrevistado é relativamente grande, e, além disso, outras questões podem ser levantadas e dependendo das

respostas do entrevistado, caso surja algo de interessante durante a entrevista e não previsto na lista original, novas questões podem aparecer.

As entrevistas ocorreram no período entre os meses de setembro a novembro, visto que, os horários dessas entrevistas tinham que estar adequados à disponibilidade dos profissionais em questão.

Foram escolhidos para esse estudo, profissionais da área de saúde e da psicologia, pois são profissionais que lidam diretamente com o transtorno em função dos encaminhamentos realizados pela escola. Os profissionais especializados que trabalham com o TDAH e que foram escolhidos para a essa pesquisa foram: fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras. Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o termo de autorização para utilização do material coletado (vide Apêndice B), bem como consentiram a exposição de seus dados de identificação (formação acadêmica, campo e tempo de atuação). Para preservar a identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, na produção textual da monografia utilizou-se como identificação o termo “Sujeito” seguido do número (1, 2, 3 e 4) referente à ordem de realização da entrevista.

Foram entrevistados quatro profissionais e/ou pesquisadores. O primeiro entrevistado foi L.V, Psicóloga por formação, com Especialidade em Psicologia Escolar e Educacional, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar pela USP, atua na educação pública e privada há 13 anos (Sujeito 1). O segundo entrevistado foi E.O, Fonoaudióloga por formação, Especialista em Linguagem, Doutora em Neurolinguista, atua como docente de linguagem no setor público há 14 anos (Sujeito 2). O terceiro foi A.B, Médico por formação, Especialista em Psiquiatria, Mestre e Doutor em Neuropsiquiatria pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), atua na área de psiquiatria, no setor público e privado há 16 anos (Sujeito 3). O quarto foi A.P.R., Médica por formação, especialista em Psiquiatria, Mestre em Neurociências, atua na área de psiquiatria no setor público e privado há 17 anos, (Sujeito 4). Alguns dos profissionais citados acima trabalham apenas em universidades públicas e outros trabalham tanto nessas categorias como também atendem pacientes em consultórios particulares ou são professores em faculdades particulares. Outro dado relevante é que todos os profissionais entrevistados têm mais de dez anos de atuação em suas respectivas áreas.

3 DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DO TDAH

O atual capítulo trará a definição do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) segundo o DSM-IV e um breve histórico baseado principalmente nos estudos de Barkley e colaboradores (2008), como também de Moysés e Collares (2010), Muszkat, Miranda e Rizzutti, (2011).

O DSM é um Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais pertencente à Associação Psiquiátrica Americana e está na sua 4ª edição. “A utilidade e a credibilidade do DSM-IV exige que seu foco se mantenha em suas finalidades clínicas, de pesquisa e de ensino e que esteja apoiado por ampla base empírica” (DSM-IV, 2002, p. 21). O manual é um material básico de consulta para profissionais da área de saúde, como forma de orientação para emissão de diagnóstico, uma vez que apresenta a definição e a classificação de diferentes transtornos mentais.

Para o DSM-IV a característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade consiste num padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado nos indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (p. 112).

Conforme destacado no DSM-IV, o indivíduo com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode apresentar sintomas **Tipo Predominantemente Desatento** (quando seis ou mais dos sintomas de desatenção persistirem há pelo menos seis meses); **Tipo Predominantemente Hiperativo/Impulsivo**, (quando seis ou mais dos sintomas de Hiperatividade/impulsividade persistirem há pelo menos seis meses); ou **Tipo Combinado** (quando seis ou mais dos sintomas de desatenção e seis ou mais dos sintomas de Hiperatividade/Impulsividade persistirem há pelo menos seis meses) (p. 114). Para os tipos classificados, no DSM-IV, existem características de sintomatologia que explicitaremos de maneira sintética a seguir.

Nos indivíduos Tipo Predominantemente Desatento os sintomas podem ser observados geralmente em mais de um local, tanto em casa, escola e, em jovens ou adultos, até em ambiente de trabalho. Muitas vezes os professores reclamam da falta de atenção em sala, do não cumprimento das tarefas, das cópias do quadro que o aluno não fez; e os pais também têm queixas parecidas, eles relatam que chamam as crianças e elas parecem não ouvir como se fossem surdas, parecem

que vivem no “mundo da lua”, esquecem as coisas, não copiam na agenda as atividades que têm para fazer em casa, têm dificuldades de manter a atenção em atividades demoradas, não prestam atenção a detalhes, frequentemente não terminam as tarefas, pois mudam para outra antes mesmo de terminá-las. Esses indivíduos costumam ter dificuldades para organizar suas atividades e principalmente aquelas que exigem esforço mental constante, pois são vistas como desagradáveis. Segundo o DSM - IV “esta evitação deve ocorrer por dificuldades do indivíduo para manter a atenção, e não devido a uma atitude de oposição”. (p. 112)

Geralmente o indivíduo predominantemente desatento é muito esquecido, atrasa ou falta os compromissos marcados, se distrai com pequenos barulhos externos, costumam não prestar atenção às conversas com outras pessoas. Já no trabalho eles podem cometer erros por omissão de cuidado e também por não prestar atenção a detalhes.

O indivíduo predominantemente hiperativo/impulsivo ou combinado muitas vezes será mais perceptivo nos ambientes que frequenta. Essa criança geralmente não conseguirá ficar sentada em momentos em que deveria permanecer um tempo maior parada, estará constantemente em movimento, mexendo nas coisas, muitas vezes se aventurando em situações muito perigosas. Geralmente esse indivíduo é compulsivo, tem dificuldade de esperar sua vez, de obedecer a instruções, responde às perguntas antes de as pessoas terminarem de perguntar, se intrometem nas conversas alheias, fala muito, sempre está a “todo vapor” e tem dificuldade para brincar com outras crianças.

Vale ressaltar que essas características são comuns em muitas crianças, porém, geralmente, quem apresenta ou manifesta tais características em um grau mais elevado comparado ao de uma criança da mesma faixa etária, tem maior chance de ser diagnosticada com TDAH.

O próprio DSM –IV ressalta que é importante ter cuidado ao diagnosticar uma criança para não confundir com o dinamismo e a energia natural da própria idade.

Se compararmos com outros transtornos, ou algumas doenças, o TDAH ainda é recente nos seus diagnósticos e estudos. Pesquisas ainda vêm sendo desenvolvidas em diversos países para descobrir a origem e causas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ao longo da história no campo da medicina, diferentes cientistas se interessaram por essa temática.

Para ampliar o entendimento sobre o TDAH, além da apresentação da sua definição e caracterização dos sintomas de acordo com o DSM-IV, faremos aqui uma breve referência histórica a partir do estudo realizado da obra de Barkley e colaboradores (2008), Moysés e Collares (2010) e de Muszkat, Miranda, Rizzutti (2011).

Para sabermos possivelmente do surgimento desse transtorno, encontramos segundo Barkley (2008, p.15), que em 1865 um médico Alemão chamado Heinrich Hoffman, escrevia poemas sobre doenças infantis que encontrara em sua prática médica, e foram nessas escritas, que surgiram as primeiras referências de uma criança hiperativa. Os cientistas George Still e Alfred Tredgold ao terem de fato uma visão clínica do assunto, foram os primeiros a se aproximar do que hoje chamamos de TDAH (BARKLEY, 2008, p.15). Essas crianças muitas vezes tinham comportamentos agressivos, desafiantes, repetiam os mesmos erros mesmo com punições, etc. Para Still (apud BARKLEY, 2008, p.16) elas apresentavam um “defeito no controle moral”. Já que elas repetiam os mesmos erros, é porque não tinham consciência suficiente dos seus atos, é como se não tivessem noção do perigo ao atravessar uma rua pela terceira vez, por exemplo, mesmo já tendo sido severamente punidas nas duas vezes anteriores.

No período de 1920 a 1950 existem relatos do interesse pelo TDAH na América do Norte a partir da crise de encefalite epidêmica que ocorreu por volta dos anos de 1917-1918. Crianças eram vistas como limitadas em seu nível de atenção, regulação das atividades e impulsividades. Algumas delas, como até hoje, eram consideradas perturbadoras.

Após essas crises de doenças cerebrais com patologias comportamentais levou as primeiras investigações a outras causas potenciais de lesões cerebrais em crianças e suas manifestações cerebrais. Algumas crianças estudadas apresentaram quadros de retardo mental e transtornos comportamentais mais sérios hoje chamados de TDAH.

Antes da década de 70 a hiperatividade foi atribuída a causas psicológicas, “como uma criação que gerava crianças ‘mimadas’ ou ambientes familiares delinquentes.” (BARKLEY, 2008, p.18) Na década de 70 essa ideia de criação inadequada volta e permanece até hoje para alguns críticos do TDAH.

Segundo Barkley (2008, p.19) a partir de 1937 e 1941 surgem artigos sobre tratamentos de crianças hiperativas, esses marcando o início da terapia com medicamento, em especial estimulantes, para as crianças com distúrbios comportamentais no campo da farmacologia infantil. (Brandley, 1937; Brandley e Bowen 1940; Molitch e Eccles, 1937 apud BARKLEY, 2008). Esse tratamento medicamentoso foi inicialmente para tratar a cefaleia, durante a pesquisa com os jovens se observava uma melhora significativa nos problemas comportamentais e no desempenho escolar. Na continuação dos estudos, os resultados confirmaram respostas positivas aos medicamentos em mais da metade das crianças hospitalizadas (LAUFER, DENHOFF e SOLOMONS, 1957 apud BARKLEY, 2008).

Seguindo em diante, os medicamentos psicoestimulantes foram se tornando tratamento para os sintomas comportamentais, como TDAH, permanecendo até hoje, como é o caso do metilfenidato.

Por volta de 1950, estudiosos começavam investigações sobre os mecanismos neurológicos devido a esses sintomas comportamentais. Alguns autores referiam-se

as crianças com TDAH como indivíduos com um ‘transtorno de impulso hipercinético’ e postularam que a deficiência no sistema nervoso central ocorria na área talâmica, onde havia pouca filtração de estímulos, permitindo que um excesso de estimulação chegasse no cérebro. (BARKLEY, 2008, p.19)

Pesquisadores da mesma época também prognosticaram um desequilíbrio entre as áreas corticais e subcorticais. “Ao final dessa época, parecia aceito que a hiperatividade era uma síndrome da lesão cerebral, mesmo quando não houvesse evidências da lesão”. (BARKLEY, 2008, p.19)

Ao fim da década de 50 e começo da década de 60, surgiram algumas críticas sobre o conceito de uma síndrome unitária de lesão cerebral em crianças. Diante das críticas postas, com o termo “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM) os pesquisadores clínicos modificaram sua ênfase para o sintoma comportamental mais característico do transtorno, a hiperatividade. Na década de 60 o DCM

foi substituído por termos mais específicos aplicados a transtornos cognitivos, de aprendizagem e comportamentais, incluindo dislexia, dificuldade de aprendizagem, transtorno de linguagem e hiperatividade. Esses déficits descreviam a sintomatologia

observada, em vez do mecanismo etiológico. (MUSZKAT, MIRANDA, RIZZUTTI, 2011, p. 19)

Conforme os próprios autores destacam, “A definição de hiperatividade apareceu na nomenclatura oficial a partir da segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II, 1968)”. (MUSZKAT, MIRANDA, RIZZUTTI, 2011, p. 19).

Diante desses conceitos apresentados, no ano de 1980, o transtorno foi renomeado para Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), com a publicação do DSM-III. Na época a hiperatividade não evidenciava mais ser específica desta condição, podendo está presente em menor grau e intensidade em crianças sem o transtorno. Essa forma de pensamento durou aproximadamente por 10 anos.

Houve aumento no uso de medicamentos estimulantes para crianças hiperativas até por volta de 1976. Paralelo a essa base medicalizante, surgiu um grupo cuja visão contestava a origem biológica do TDA,

afirmando que a hiperatividade foi criada por professores e pais intolerantes e um sistema educacional inadequado e que ‘drogar’ crianças com hiperatividade era medicalizar um problema de base social e multicausal. (MUSZKAT, MIRANDA, RIZZUTTI, 2011, p.21)

Na década de 80 com a publicação do DSM-III, se conhecia um novo conceito para o Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, sendo deixado para trás, os termos de síndrome hipercinética. Por volta de 1987, na revisão do DSM-III, foram reformulados alguns critérios diagnósticos para o TDA+H, se tornando TDAH.

O consenso de 1988 propunha que as crianças selecionadas para a pesquisa deveriam cumprir os seguintes critérios: relatos realizados por adultos de problemas com o comportamento agitado e desatento das crianças em pelo menos dois ambientes independentes (casa, escola, clínica), pelo menos três entre quatro dificuldades com o comportamento agitado e três entre quatro com atenção, início antes dos 7 anos, duração de dois anos, escores elevados em avaliações de pais e professores para esses sintomas de TDAH, e exclusão de crianças com autismo e psicose. (MUSZKAT, MIRANDA, RIZZUTTI, 2011, p.25)

No período da década de 90, diversos avanços da história do TDAH, aconteceram da ênfase ao aumento das pesquisas sobre a base neurológica e genética do transtorno.

Segundo Barkley (2008) “desde a década de 1970, estudos indicam que crianças com hiperatividade, TDA ou TDAH parecem ter pais com maior frequência de transtornos psiquiátricos, incluindo o TDAH.”.

Segundo Moysés e Collares (2010, p. 78) no Brasil o termo TDAH passou a ser utilizado a partir da tradução da sigla ADHD (*Attention Deficit and Hiperactivity Disorders*) com alteração do termo *Disorder* da língua inglesa que é equivalente a distúrbio na língua portuguesa para o termo Transtorno em função das críticas à tradução direta.

Vimos durante a trajetória da história da doença, que houve muitas mudanças para que chegasse até a sigla que se tem hoje “TDAH”. Muitas foram as características que afirmaram ser do próprio TDAH e que ao longo dos anos, foram sendo desconstruídas. É visível a controvérsia em relação a temática, entre os estudiosos, essa se faz presente em todas as áreas relacionadas ao transtornos ou supostos transtorno, como veremos com mais embasamento nos estudos teóricos no capítulo que se segue “ Controvérsias em relação ao TDAH”.

4 CONTROVÉRSIAS EM RELAÇÃO AO TDAH

Esse capítulo trará controvérsias existentes quanto ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que é discutido por profissionais e pesquisadores sobre o tema em questão das áreas de saúde, psicologia e educação. Controvérsia em relação à existência e comprovação científica do transtorno, pelo menos duas posições diferentes a respeito do tema, uma em que os autores irão defender a posição de existência do transtorno e outros irão contestar a sua comprovação científica.

Barkley e Colaboradores (2008) consideram que o TDAH é um transtorno de origem genética e neurológica, diferenciando das pessoas que acreditam que esse transtorno é causado por diferentes fatores, por exemplo, muitas vezes pelo ambiente familiar, ou seja, pela má criação dos pais. Para Barkley,

[...] esse fato e o modelo já implica o uso de medicação para reduzir ou aliviar temporariamente a disfunção neuropsicológica subjacente é uma forma humana recomendável, ética e profissionalmente responsável de proceder no tratamento de indivíduos com TDAH. (2008, p.339)

Para alguns profissionais e estudiosos da área, essa teoria não é válida. Esses questionam que não existem evidências científicas suficiente que comprovem a existência desse transtorno, como também que doenças biológicas e psiquiátricas comprometem exclusivamente a aprendizagem. Na análise crítica da visão da existência do transtorno autores com Moysés e Collares trazem a discussão sobre a 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. Um exemplo gritante de como se medicalizam as grandes questões sociais constitui o próprio processo saúde-doença, que vem sendo transformado em

um problema médico, referente a cada indivíduo em particular. (1994, p.25)

Para autores como Muszkat, Miranda e Rizzutti,

o conceito atual considera que a base do TDAH é de natureza neurobiológica, genética e neuroquímica, mas que a expressão dos padrões herdados é também modulada pelo ambiente. Sabe-se hoje que o próprio ambiente modifica a expressão de padrões endógenos (endofenótipos), levando à grande heterogeneidade de apresentação clínica e a diferentes influências de diferentes ambientes e estressores. Daí a variabilidade dos sintomas e a natureza multidimensional do TDAH. Neste sentido, é imprescindível um olhar amplo interdisciplinar que inclua as influências e variáveis ambientais, educacionais, familiares e culturais na expressão e na conceituação do transtorno. (2011, p. 26)

Percebe-se que essa consideração destaca a existência da doença apesar da compreensão da natureza multidimensional e das influências e variáveis do ambiente externo na manifestação do transtorno. A perspectiva crítica à medicalização de autoras como Moysés e Collares destacada anteriormente através da conceituação do termo se opõe à consideração da existência da doença, uma vez que compreende como uma manifestação produzida por fatores sociais, históricos e políticos, além de ser expressão do individual e do coletivo.

Muszkat, Miranda e Rizzutti trazem em seus escritos que alguns estudiosos observaram que,

o TDAH está associado a múltiplas mudanças familiares, baixa renda familiar, crianças que vivem em lugar superpovoado, história de doença psiquiátrica materna e famílias desestruturadas. Agentes psicossociais que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional geral da criança, como desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais nos pais, parecem ter participação importante no surgimento e manutenção da doença, pelo menos em alguns casos. (2011, p. 37)

Em relação ao ensino-aprendizagem, Maria Aparecida Moysés diz, no seu artigo “Fracasso Escolar: Uma Questão Médica?” que,

[...] não existem causas médicas reais para o fracasso escolar, o que se observa é a construção artificial destas causas. Construção de falsas relações entre ‘doença’ e não aprendizagem, ou, mais sofisticadamente, a própria construção de entidades nosológicas,

agora denominadas 'distúrbios', 'disfunções' etc., porém sempre sem perder a conotação de doença biológica, centrada no indivíduo. (1992, p. 30)

Ainda segundo Moysés, “existem diferentes modos de aprender e lidar com que já foi aprendido e cada um estabelece os seus próprios processos cognitivos e mentais para aprender”. (Diário da Saúde – São Paulo)

As escolas querem padronizar a aprendizagem e aquelas crianças que não se encaixam no processo, são rotuladas a terem problemas, muitas vezes sem outras investigações, sejam eles sociais, institucionais, etc.

Autores como Mattos e Rohde concordam com Barkley ao afirmarem que

As dificuldades “naturais” (de percurso) consistem em oscilações no rendimento escolar relacionada a aspectos evolutivos do aluno ou decorrentes de metodologia inadequada, de padrões de exigência da escola, de falta de assiduidade do aluno e de conflitos familiares eventuais. [...] Já nas dificuldades secundárias, as alterações de aprendizagem são consequência de outros quadros que podem ser detectados e que atuam primariamente sobre o desenvolvimento humano normal e secundariamente sobre as aprendizagens específicas. (2003, p. 108).

Eles afirmam que nessa subcategoria estão incluídos os indivíduos portadores de Transtorno de Déficit Atenção e Hiperatividade, na forma de desatenção/ hiperatividade ou forma combinada.

Concordando com Benczik (2000 apud BENCZIK e BROMBERG) e avaliando o contexto da educação brasileira, nos deparamos com um quadro assustador; salas de aula superlotadas, professores despreparados e baixos salários. É essa a realidade que vemos e que muitos pesquisadores deixam de lado e tratam a questão da não-aprendizagem da criança apenas como um problema neurobiológico. Será que esses fatores não são influências suficientes para afetar o ensino-aprendizagem de um indivíduo?

Segundo Gordon (1991 apud Benczik e Bromberg),

o TDAH tem grande impacto no desenvolvimento educacional da criança. Estudos indicam que as crianças com TDAH em ensino regular correm o risco de fracasso duas vezes a três vezes maior do que crianças sem dificuldades escolares e com inteligência equivalente. (2003, p. 201)

Apesar do TDAH não ser considerado uma necessidade especial e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira nº 9.394/96 ter um capítulo exclusivo para as necessidades especiais, autores como Benczik e Bromberg afirmam que embora o TDAH não seja citado, pode ser incluído como uma necessidade especial, visto que eles afirmam que o portador tenha dificuldades que impossibilitem muitas vezes o seu aprendizado, necessitando de um acompanhamento dentro e fora da instituição escolar por profissionais especializados, materiais adequados dentro da escola e professores capacitados a lidar com o transtorno, processos de avaliações diferenciadas, etc. Na Política da educação inclusiva do ano de 2008 foi instituído pelo Presidente da República, Decreto Nº 6. 571 de 17 de setembro de 2008, que dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 6.253, de 13 de novembro de 2007. Portanto, nessa nova lei, já se encontra incluso os transtornos globais do desenvolvimento, onde muitos autores já colocam o TDAH nessa categoria.

Art. 1º A União prestará apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma deste Decreto, com a finalidade de ampliar a oferta do atendimento educacional especializado aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, matriculados na rede pública de ensino regular.

§ 1º Considera-se atendimento educacional especializado o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucionalmente, prestado de forma complementar ou suplementar à formação dos alunos no ensino regular.

Para muitos autores, como vimos anteriormente, por exemplo, Gordon, um dos grandes problemas do fracasso escolar e impacto no desenvolvimento educacional da criança é o transtorno de característica neurobiológica (TDAH). Acreditam esses, que essas crianças precisam de atendimento especializado, sendo consideradas crianças com Transtornos Globais. Divergindo desses, autores como Moysés, afirmam que os modos de aprender diferem então, cada um tem o seu tempo, não necessitando ocorrer uma padronização da aprendizagem. As controvérsias existentes em torno do TDAH tanto estão relacionadas à sua existência e definição quanto ao diagnóstico e tratamento preconizados. Na perspectiva que compreende o TDAH como uma doença o diagnóstico é feito através de uma avaliação, chamada

SNAP IV (questionário elaborado de acordo com o DSM-IV) perguntas são respondidas tanto pelos pais sobre o comportamento dos filhos em casa quanto pela escola, verificando assim o impacto daqueles sintomas na vida da criança. Essa avaliação só se torna válida para acontecimentos que venham tendo incidência a mais de seis meses.

Vale ressaltar que devido à forma de diagnóstico feita – questionário - sem consulta as crianças, essa pode ser considerada uma violência contra as mesmas.

Segundo um guia para início de tratamento do TDAH, confeccionado pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), ao se avaliar um paciente na intenção de diagnosticá-lo com o transtorno citado, o profissional tem algumas outras condições que podem confundir com o próprio transtorno.

Citarei aqui na mesma ordem que o guia:

1. Situações familiares desfavoráveis, como por exemplo, um casal em briga ou em vias de separação, ou a existência de um pai alcoolista, podem ser a causa para uma criança se apresentar desatenta e inquieta.
2. Dificuldades sensoriais, como uma diminuição da audição ou da visão, às vezes ainda não detectadas, são capazes de deixar uma criança desinteressada e desatenta, e até mesmo inquieta.
3. O uso de certos medicamentos, como certas substâncias usadas para tratar asma ou alergias, também pode provocar hiperatividade. O mesmo se dando com certas intoxicações.
4. Uma pessoa pode ser desatenta, ou então muito inquieta e impulsiva em consequência de sofrer de doenças da glândula tireóide.
5. Alguns transtornos psiquiátricos, como a depressão, o transtorno bipolar, os quadros de ansiedade, com frequência se confundem bastante com o TDAH.

Essas condições tornam-se muitas vezes as causas dos diagnósticos equivocados como já foi comentado anteriormente.

No Guia para início do tratamento da ABDA estima-se que 70% das crianças ditas com TDAH apresentam simultaneamente outros transtornos (comorbidade). Assim, como as crianças, nos adultos o número de comorbidade é muito elevado. (Guia para o início do tratamento do TDAH, [entre 2000 e 2010] p. 20). Os transtornos que mais se associam com o TDAH são os:

1. Transtornos de aprendizagem (leitura, escrita e matemática)
2. Transtorno de Desafio e Oposição e Transtorno de Conduta
3. Tiques

4. Transtornos Ansiosos (Pânico, Fobia social, Transtorno de Ansiedade Generalizada)
5. Transtorno do Humor (Depressão, Distímia, Transtorno Bipolar)
6. Abuso de Drogas e Alcoolismo

Com relação à emissão de diagnóstico e indicação de tratamento do TDAH é relevante incluir na discussão um artigo da *Revista Trip* do jornalista Millos Kaiser (2011). O jornalista resolveu fazer um consulta com um psiquiatra para ver qual seria o resultado. Foi ao Psiquiatra e contou-lhe algumas coisas que estavam lhe acontecendo, “vez ou outra tenho dificuldade para me concentrar em coisas que não me interessam, que prazos podem ser um problema e que faz tempo que não leio um livro até o fim”. Aos 23 minutos de consulta exatos, o psiquiatra disse que esse tinha TDAH e lhe receitou três caixas de Ritalina. Diante do exposto pelo jornalista surge um questionamento: será que não foi pouco tempo de consulta para esse ser diagnosticado com um transtorno cuja maioria dos psiquiatras veem como uma doença neurobiológica causada por uma disfunção no cérebro?

Grande parte da população tem esses mesmos sintomas que Kaiser apresentou para o psiquiatra, uns mais constantes e outros não.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria e a organização Mundial de Saúde (apud KAISER, 2011, p.89) cerca de 4% dos adultos e 5 a 8% das crianças e adolescentes de todo o mundo sofrem de TDAH. Outro dado importante é que em uma sala de 40 crianças, estima-se que pelo menos dois sejam portadores do transtorno. Para onde será que essas crianças serão encaminhadas? Para consultórios onde muitas vezes profissionais farão seus diagnósticos erroneamente, onde sempre o principal tratamento será o remédio. Crianças ficarão dependentes da “droga da obediência” como é chamada a Ritalina pelos críticos (Revista Trip, 2011, p.89).

Essa mesma revista ouviu os dois lados de profissionais, tanto os que acreditam na existência do transtorno e aqueles que não acreditam. Numa entrevista com a Médica Pediatra e professora da Unicamp Maria Aparecida Moysés (2011) ela afirma que o problema não está na cabeça das pessoas e sim, na sociedade: “Se tem tanta gente deprimida ou desatenta, temos que entender que elas estão sendo produzidas pelo modo em que vive. Nunca se tomou tanto remédio e nunca houve tantas pessoas doentes...”. (p. 90)

O que a pesquisadora Moysés fala nesse trecho é justamente sobre a individualização, ao dizer que o indivíduo é doente porque tem um problema neurológico, dizer que não aprende simplesmente porque tem “problema de cabeça”, é retirar todo contexto social que esta está inserida. É anular o papel da escola, simplesmente porque com aquela criança será feito uma adaptação totalmente diferente porque ela é doente, e tem “problema de cabeça”. Isso gera desculpas de todos os lados.

Maria Aparecida Affonso Moysés, do Departamento de Pediatria da Unicamp, diz à Revista de Educação, (2011), "As crianças já chegam aos consultórios condenadas ao diagnóstico". De acordo com a Doutora, isso se dá devido à popularização do TDAH. Ela ainda acrescenta: “daí ao uso do remédio é um pulo”.

Alguns profissionais da área de saúde como médicos, psiquiatras, psicólogos comungam da ideia de que o TDAH merece um tratamento com medicamentos, cujo seus efeitos, segundo eles, são capazes de controlar os sintomas do transtorno. Um dos medicamentos mais usados nesse tratamento, inclusive para crianças, é o metilfenidato (Ritalina). Segundo Pastura e Mattos (2004) drogas psicoestimulantes como é o caso do medicamento em questão, são utilizadas no tratamento de crianças e adolescentes desde a década de 30. Dentre os efeitos colaterais em curto prazo estão a redução do apetite, insônia, cefaleia e dor abdominal. E em longo prazo são descritas alterações discretas de pressão arterial e frequência cardíaca e uma possível discreta diminuição da estatura. Diante desse quadro de efeitos colaterais e de alguns outros esses autores por sua vez, chegam à conclusão que esse medicamento é seguro, “não parecendo justificar o seu uso constricto no Brasil.” Para alguns autores, alguns sintomas considerados efeitos colaterais são, na verdade característica dos portadores do distúrbio.

Na visão dos profissionais que não comungam com a medicalização, ou seja, que fazem a crítica à medicalização, já que não se tem comprovações 100% verdadeiras a respeito da existência do transtorno, o remédio vem tomando conta do processo de educação, pelo fato de muitas vezes as pessoas, principalmente crianças e adolescentes, serem diagnosticados rápido e erroneamente, causando com isso uma dependência dos remédios sem necessidade.

O fato de as crianças demorarem a aprender ou serem mais inquietas, não quer dizer sempre que essas necessitem de remédios. Não é o que acontece nas

escolas hoje em dia. O número elevado da venda de remédios a base de metilfenidato cresceu assustadoramente nos últimos anos, Moysés e Collares (2010, p.96) explicitam os dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (Idum) na venda de medicamentos: 71.000 caixas de Ritalina em 2000 e 739.000 em 2004 (aumento de 940%), entre 2003 e 2004, aumentou 51%. Em 2008, foram vendidas 1.147.000 caixas, sob os nomes de Ritalina e o Concerta; aumento de 1.616% desde 2000. Isso se dá muitas vezes por conta das escolas que não resolvem os problemas dentro da própria instituição escolar e já encaminham os alunos para os ambulatórios médicos ou profissionais especializados, se dá também por conta das famílias, que em muitos casos por não ter o apoio e o incentivo da escola, recorrem a psicólogos, psiquiatras, esses recorrendo aos medicamentos. Esse aumento assustador na venda de medicamento colocou o Brasil como o segundo maior consumidor de Ritalina do mundo, ficando atrás somente dos Estados Unidos. (COLLARES e MOYSÉS, 2010, p. 96).

Segundo a Psicóloga Marilene Proença da Universidade de São Paulo, a sociedade está culpando a criança por não aprender e medicando-a.

O remédio não pode ocupar o lugar da escola e da família. Se assim for, estamos invertendo valores do campo da saúde, da educação e da psicologia com relação ao desenvolvimento infantil e deixando de usar todos os instrumentos pedagógicos no início do processo de alfabetização. (SAÚDE VITAL - 2011)

Numa entrevista feita pela Gazeta Online (2010) ao médico e fundador da Associação Brasileira de Déficit de Atenção Paulo Mattos, ele afirmou que ao ser diagnosticado o TDAH, o tratamento com o remédio é de fundamental importância. "É ele quem controla os sintomas e ajudam a criança a viver melhor. Diagnósticos errados existem em qualquer área da Medicina, mas isso não pode invalidar a importância do tratamento".

Para completar a abordagem de Mattos, os autores Muszkat, Miranda e Rizzutti na citação abaixo afirmam que se tem que ter um bom diagnóstico para não cometer extremos; excessos de medicalização e nem escassez de tratamento farmacológico e comportamental adequado.

Daí se depreende que um bom diagnóstico, um diagnóstico preciso irá depender de uma avaliação que integre os fatores biológicos, os ambientais relacionados à dinâmica familiar emocional, com a finalidade tanto de se evitar, por um lado, a medicalização excessiva e, por outro extremo, o risco de não dar acesso para os casos de TDAH que se beneficiariam de um tratamento farmacológico e comportamental adequado. (MUSZKAT, MIRANDA E RIZZUTTI, 2011, p. 62).

Apesar de algumas crianças no período pré-escolar manifestarem atitudes de inquietação muito além do comum comparada às crianças da mesma faixa etária, birras frequentes, ira, a presença dessas características de temperamentos segundo Muszkat, Miranda e Rizzutti, são fortes indicativos do risco para o desenvolvimento de TDAH tardio, mas não garantem o diagnóstico antes dos seis anos de idade.

Ainda seguindo a linha de pensamento dos autores acima, para eles:

A busca de recompensa imediata sem o devido controle torna as crianças com TDAH mais suscetíveis a maus hábitos como: fumar, ingerir bebida alcoólica em excesso, dirigir sem cuidado cometendo acidentes de trânsito, não usar métodos anticoncepcionais. O uso da habilidade da linguagem para controlar o comportamento, denominado comportamento guiado por regras, é disfuncional nas crianças com TDAH. (2011, p.68)

Como os pais tratam as crianças, aumenta os riscos de desenvolver, segundo os autores Muszkat, Miranda e Rizzutti, TDAH caso elas já tenham predisposição a desenvolverem o quadro, como afirmam na citação: “Pais muito hostis ou rígidos, bem como a ocorrência de problemas conjugais no casal contribuem para o risco alto de crianças pré-escolares predispostas a desenvolverem o quadro de TDAH” (2011, p.70).

Há autores que justifiquem e apontem que em crianças com TDAH o uso medicamentoso com estimulantes pode associar-se a uma melhora na automatização e na rapidez de nomeação da leitura e da escrita.

Para Moysés o metilfenidato, que é um psicoestimulante, acalma pelo efeito zumbi, uma toxicidade. Para ela o remédio não faz focar nos estudos – “não existe isso”: ele foca em coisas aleatórias.

Muitos médicos têm seus pacientes como mais um número. Os representantes farmacêuticos constituem-se novos professores para um grupo grande de profissionais, ditam normas e oferecem recompensas. Os médicos que

têm essa conduta de números muitas vezes têm conflitos de interesses com os laboratórios, quanto mais eles indicam aquele determinado remédio mais recompensa ele recebe. Essas indústrias farmacêuticas lucram milhões pela venda desses medicamentos, elas investem em propagandas, em cursos, seminários, congressos, patrocinam médicos e professores, muitas vezes transformando sintomas leves em doenças sérias.

Na escola, este processo de biologização geralmente se manifesta colocando como causas do fracasso escolar quaisquer doenças das crianças. Desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação. A isto, devemos chamar de medicalização do processo ensino-aprendizagem. [...] (COLLARES E MOYSÉS, 1996, p. 28).

Quando as crianças são encaminhadas aos consultórios, geralmente pela escola, são pedidos exames específicos, como o eletroencefalograma em alguns casos, na sua grande maioria, é constatada a normalidade da criança, quando as causas e problemas do não aprender não estão centradas na própria criança as escolas frequentemente reagem mal ao diagnóstico, muitas vezes encaminhando às crianças para outros centros de atendimento.

Essas escolas, não aceitam o fato do diagnóstico não está precisamente sempre na criança, podendo está no modo de como é passado o conteúdo, nas relações sociais em que vive aquela criança, no excesso de atividades e cobranças feitas para as crianças cada vez mais cedo, etc.

Como já foi destacado muitas vezes anteriormente, a escritora Maria Rita Kehl também afirma, o uso de medicamentos para conter sobrecargas de atividades das crianças pequenas quanto às supostas crises de depressões, cresce assustadoramente. Essas crianças são medicadas com verdadeiros “coquetéis de drogas”, receitados por médicos, neurologistas e psiquiatras que muitas vezes não atentos para os efeitos colaterais perigosos que essas drogas podem causar, perdem de vista a singularidade e a contextualização de cada atendimento.

Nessa perspectiva observa-se o quanto ainda são grandes as controvérsias em relação ao TDAH. O transtorno ou suposto transtorno para alguns estudiosos, vem sendo alvo de questionamentos, e revela equívoco, que perpassam os encontros entre duas áreas, tanto a saúde, quanto a educação. Assim, revela-se como um

tema extremamente pertinente para ser debatido no sentido de contribuir no formativo de profissionais da educação.

5 A CONCEPÇÃO DO TDAH DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

O presente capítulo trará os resultados obtidos na pesquisa acerca das concepções dos diversos profissionais que foram entrevistados durante o trabalho de campo, confrontando ou concordando com autores estudados teoricamente nessa mesma pesquisa.

As diferentes opiniões servem justamente para observarmos o quanto a temática do TDAH, definição, diagnóstico e tratamento é polêmica. Até hoje, não existe um denominador comum nas pesquisas já feitas.

Como já foi colocado no capítulo referente ao percurso metodológico e os sujeitos participantes da pesquisa, os profissionais como fonoaudiólogos, psicólogos e psiquiatras que participaram das entrevistas, tiveram opiniões adversas a respeito da definição, diagnóstico, tratamento, influência para criança, acompanhamento, orientações, etc.

Segundo o Sujeito 3,

a definição de TDAH pelo menos de uns 10 anos para cá, se houve muito falar em mídia como uma febre do século 21 que as crianças são cometidas a uma aceleração de comportamento, crianças tidas como agitadas, crianças tidas como hiperativas que o TDAH definiria um transtorno, pode existir, o transtorno de atenção ou existir um transtorno de hiperatividade ou existir as duas coisas. A hiperatividade causando déficit de atenção, ou uma coisa isolada uma da outra.

Para o Sujeito 2 a definição do TDAH é bastante complicada, como cada sintoma é apresentado, os sintomas de hiperatividade e de desatenção, ele diz que acha “os sintomas vagos” e concorda com a fala do Sujeito 3 quando ele diz que: “em alguma fase da vida, seja ela, na infância, adolescência ou mesmo na fase adulta você encontrará alguém com esses sintomas, seja de desatenção ou hiperatividade, umas num grau maior do que outras.” Isso não significa dizer que todas as pessoas precisam de remédio para controlar essa aceleração ou para melhorar a desatenção. O Sujeito 3 ainda coloca que o TDAH é uma doença subjetiva, porque não tem exame que detecte o transtorno, sendo o diagnóstico pautado através de entrevistas.

Já o Sujeito 4 define o TDAH como,

É o transtorno mental mais estudado na infância com conseqüentes implicações na esfera familiar, acadêmica e social. Caracteriza-se pela tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade. A prevalência do TDAH situa-se entre 3% e 5% nas crianças em idade escolar.

Com essa definição o Sujeito 4 destaca que o TDAH é um transtorno mental e que tem uma sintomatologia convergindo com autores como Barkley que destaca a existência, bem como está em consonância com o DSM-IV. Assim, compreendemos que alguns profissionais acreditam na existência do transtorno, mesmo que ainda haja controvérsias relacionadas à temática no que diz respeito as pesquisas desenvolvidas na área.

Para outros profissionais, como é o caso do Sujeito 1, essa definição simplesmente não existe, eles acreditam que o TDAH é um mito, por acharem que não existem meios científicos suficientes para comprovar a existência do transtorno.

[...] Então tem uma lógica perversa aí que eu acho importante a gente destacar, a partir da qual a criança, a gente diz que ela tem direitos, a um diagnóstico e um tratamento, mas quando eu dou a criança o direito do diagnóstico, o direito do tratamento, eu estou tirando dela o direito básico da criança que é o direito a escolarização, então a gente deixa de investir nessa criança do mesmo jeito que a gente investe em outras crianças, porque a gente já parte do pressuposto que não adianta, que faça o que fizer ela não vai conseguir aprender a ler e escrever no caso da dislexia ou ela não vai se comportar sem o uso do medicamento no caso do TDAH. Pensando [...] numa definição, na perspectiva crítica em psicologia escolar e educacional diria, TDAH é um mito.

O Sujeito 1 concorda com a Professora Dr. Aparecida Moysés ao afirmar que o TDAH é um mito. Moysés em seus estudos também comunga dessa mesma ideia, pois afirma não existir comprovação científica suficiente que sustente que TDAH é um distúrbio ou transtorno neurológico.

O diagnóstico de TDAH como já foi citado em outros capítulos desse trabalho, é baseado no DSM-IV e no CID-10, sendo que alguns profissionais como o Sujeito 2, criticam esse embasamento, e diz que esse diagnóstico “é um diagnóstico também de exclusão, porque tem que excluir causas emocionais, tem que excluir outras questões, então é um diagnóstico muito complicado”.

Quando a criança ou adolescente chega ao consultório, e o médico faz o diagnóstico, esse muitas vezes não o conhece em outros ambientes, a não ser pela fala da mãe, do acompanhante ou responsável. Muitas vezes aí está o problema, e assim acabam acontecendo os diagnósticos errados.

Segundo a opinião do Sujeito 3,

[...] isso é o que preocupa, a rapidez dos diagnósticos. Os médicos não esperam uma segunda; terceira avaliação, não espera o recorrer dos fatos, o paciente já sai com o remédio na mão muitas vezes na primeira visita ao consultório. Esse diagnóstico precoce e afobado, faz o médico diagnosticá-lo e prescrever o medicamento para um paciente que de fato ele não sabe o que está ocorrendo.

No próprio DSM- IV diz que o paciente tem que apresentar seis ou mais sintomas de desatenção, para ser considerado desatento, seis ou mais de hiperatividade para ser considerado hiperativo ou seis ou mais dos dois se for do tipo combinado e tem que apresentar esses sintomas em vários lugares. Como de fato os médicos vão comprovar se ele tem todos aqueles sintomas em tantos lugares? As escolas às vezes ainda mandam algum relatório, mas caso não mande, mais uma vez a fala da mãe ou responsável é que prevalece. Por isso o Sujeito 2, acha os critérios de diagnósticos “muito vagos”.

O Sujeito 1 também não concorda como o diagnóstico é feito, como as perguntas do SNAP-IV são aplicadas, por isso ela diz que,

[...] a gente vai ver muitas vezes é que as perguntas que são feitas lá naqueles critérios do SNAP-IV são perguntas que desconsideram que acho uma coisa fundamental que é o contexto. Quando isso acontece? Então tem lá, se mexe demais na cadeira, se não presta atenção ao que está acontecendo, se distrai com estímulos externos, e, no entanto não modula isso no contexto em que essas coisas estão acontecendo, e não só, não faz essa modulação do contexto que é um aspecto fundamental, como também não diferencia por idade, então utiliza o mesmo questionário para avaliar uma criança de dois anos, para avaliar uma criança de dez anos, para avaliar um adolescente de quinze anos. E mais do que isso, os nossos comportamentos não são aprendidos? E se são aprendidos é algo que diz respeito só a mim ou diz respeito às interações sociais nas quais eu convivo? Então, eu acho que tem essas duas questões que são fundamentais.

Para muitos, o SNAP-IV traz perguntas generalizadas, onde muitas pessoas podem se encaixar. Concordando com que o Sujeito 1 traz nesse trecho, como pode

um mesmo questionário diagnosticar um “transtorno” de crianças de tantas idades diferentes? É no mínimo questionável a forma de se diagnosticar, tendo em vista também que as crianças quando pequenas não respondem o questionário, sendo assim o SNAP-IV é respondido pelos pais ou responsáveis e sendo avaliado por um médico psiquiatra ou neurologista.

Para o Sujeito 4

a avaliação deve constar de uma história detalhada dos comportamentos do paciente em diferentes ambientes, sendo descartadas outras possibilidades para os distúrbios apresentados, como déficit auditivo e/ou visual, doenças crônicas, distúrbios emocionais no ambiente domiciliar, além da possibilidade de outras alterações concomitantes, como distúrbios específicos do aprendizado (dislexia, discalculia), depressão, ansiedade, tiques, sintomas opostos, etc.

O diagnóstico de um transtorno desses para uma criança é sem dúvida muito impactante.

O Sujeito 1 concorda,

é muito impactante não só para a criança, mas para a própria família e também para o educador, acho que aí a gente tem que incluir o educador nesse processo, quando um professor não consegue fazer com que a criança aprenda do jeito que ele gostaria ou se comporte do jeito que ele gostaria, ele vive um sentimento de impotência muito grande, e quando o profissional seja ele o médico, o psicólogo, o fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional diz, realmente você não tem o que fazer com essa criança, ele só reforça a relação de poder que é estabelecida com essas ciências médicas e paramédicas [...] o professor precisa da opinião de um outro profissional chamado profissional especializado, sendo que esses profissionais não sabem ensinar.

As crianças a cada dia são diagnosticadas cada vez mais cedo, o impacto para a vida delas sem dúvida existe e são muitos, efeitos colaterais, remédios fortes, viciantes, verdadeiras drogas dadas a crianças de quatro, cinco e seis anos de idade. Sem contar nos efeitos imediatos que essas drogas causam a esses pequenos seres, alunos que dormem em sala, criança que tem taquicardia, etc.

Com relação ao uso de medicamento no tratamento do TDAH, alguns estudos mostram que uma criança só deve ser medicada preferencialmente após os seis anos ou sete anos de idade, a realidade contada pelos profissionais entrevistados foi

totalmente diferente. O Sujeito 2 relatou na entrevista que já presenciou casos de crianças de quatro anos sendo medicadas e não foram poucas.

diagnósticos feitos antes dos 6 ou 7 anos de idade que é um momento que a criança não tem nem maturidade cerebral para ter impulso, para ter atenção e controle de impulso de hiperatividade, certos movimentos que a gente controla e que é social, a gente aprende a ter atenção, a se comportar socialmente e a gente sempre está aprendendo a fazer essas coisas, está sempre aprendendo essas questões, eu acho bastante complicado você fazer o diagnóstico de uma criança tão precoce.

O Sujeito 3 alerta para o uso excessivo do medicamento,

o metilfenidato que é a medicação mais prescrita, no nome comercial que todo mundo conhece com o nome de Ritalina, e tem outras variantes, é uma medicação, é de uso extremamente controlado, porque ela causa uma extrema dependência e hoje a gente ver até um uso disseminado da medicação às pessoas que querem melhorar o desempenho [...] eu costumo dizer, se você não tiver cuidado, o metilfenidato tem o mesmo efeito da cocaína, é o mesmo efeito, temos que ter muitíssimo cuidado na prescrição do metilfenidato.

A fala do médico transmite “a preocupação” de alguns profissionais ante a hipermedicalização que vem ocorrendo em muitos consultórios, esse uso excessivo de estimulantes, principalmente para crianças em idade escolar ou até mesmo que ainda estão entrando na escola por volta dos quatro anos de idade é realmente preocupante. Durante as entrevistas foi nítida nas falas, a inquietação de cada profissional quanto ao quadro de crescimento na venda de medicamento e no excesso de encaminhamento feito pelas escolas, principalmente. O Sujeito 1, fala durante a entrevista, sobre o olhar adoecido em que os profissionais já olham para essas crianças, com esse olhar, a única coisa que eles vão enxergar é a doença.

O Sujeito 2 critica o próprio diagnóstico,

acho que a gente tem que tomar cuidado com esse diagnóstico, a gente precisa refletir melhor sobre esse diagnóstico, o que eu vejo na minha sala de terapia são crianças dopadas, são crianças que não conseguem reagir porque tão medicadas indevidamente, então elas chegam a dormir na sala de terapia, escorrer saliva do canto da boca, não foi 1 nem 2 vezes que eu atendi ou que eu presenciei em clínica, escola, nos lugares que eu já dei aula, crianças que eu já atendi com esse tipo de situação, não só na clínica como também na escola da criança.

Acrescenta ainda, “Isso não é bom nem para criança, nem para a sociedade”.

Ser contra o excesso de medicalização nem sempre significa partilhar da opinião da não existência do transtorno ou da não serventia da medicação.

O Sujeito 3 explica,

particularmente nem tenho prescrição, nem tenho um receituário da Ritalina aqui dentro, não que eu diga que não acredite, acredito que a gente tem que ter muita cautela para enxergar qual o diagnóstico, porque desde que o mundo é mundo você vai encontrar pessoas aceleradas em qualquer fase da vida, seja na infância, seja na adolescência ou na fase adulta.

O Sujeito 4 em concordância com Barkley (2008) afirma que,

a partir de 1990, encontra-se um número crescente de estudos avaliando a eficácia dos estimulantes no tratamento do TDAH. A maioria dos estudos foi conduzida com crianças em idade escolar e apontou para uma resposta moderada ou ótima em 70% dos casos (melhora sintomatológica de 30% ou mais).

Mesmo com um tratamento medicamentoso, muitos profissionais acham de extrema importância a equipe multiprofissional trabalhar junto para melhor atender a criança que recebe o diagnóstico de TDAH. Em parceria a esses profissionais está a escola, os professores, pedagogos e conseqüentemente as famílias, que juntos, são de fundamental importância para sucesso do tratamento.

Para o Sujeito 4,

[...] dentro da escola, acho que tem que ter um preparo do professor, do educador, do pedagogo, das pessoas que lidam com a criança para enxergar a demanda que ela tem, porque às vezes uma escuta mais simples você vai entender o que uma criança pode manifestar.

Ainda o Sujeito 4 menciona em relação ao tratamento que,

pode ser necessário, dependendo de cada caso, a participação de inúmeros profissionais, dependendo das dificuldades que possam existir em cada paciente.

Assim, poderá ser necessário um acompanhamento fonoaudiológico em casos de distúrbio associado da leitura e/ou linguagem; de um psicólogo, quando ocorrem distúrbios comportamentais importantes como, depressão ou ansiedade excessiva; de um psicopedagogo,

diante da dificuldade de organização ou capacidade de estudo; ou ainda de profissionais que possam corrigir eventuais distúrbios da coordenação, como psicomotricistas ou um terapeuta ocupacional.

O Sujeito 1 critica a linha tradicional de acompanhamento ao paciente. Tendo uma visão crítica em relação ao tratamento, discorda do que é falado acima e expõe sua discordância.

Dentro da perspectiva tradicional, eles enfatizam que tem ser multidisciplinar então tem criado ai um nicho de mercado importante, alguns profissionais estão conseguindo sobreviver disso e esse tratamento multidisciplinar envolveria, então, um acompanhamento psicológico, mas eles não aceitam qualquer psicólogo, tem que ser da abordagem cognitiva e comportamental, que tem na sua essência o objetivo de ajustar a criança na escola, não interessa se a escola esta funcionando bem ou não está, a gente vai adaptar a criança a escola por meio dos procedimentos cognitivistas e comportamentais. (Sujeito 1).

Em relação a esse tratamento/ acompanhamento, o Sujeito 2 acredita que,

acho que em relação ao acompanhamento essas crianças, elas precisam menos medicamentos ou nada de medicamento e precisam de uma sociedade que atenda mais outras questões, como questões emocionais, escolares, que olhem essas crianças de outro jeito e eu me preocupo em termos de tratamento e acompanhamento.

As autoras Moysés e Collares (2010), compartilham dessa mesma ideia de retirada da medicalização. Elas chamam de medicalização do processo ensino-aprendizagem, quando desvia-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à Educação.

O Sujeito 2, conta que muitas das crianças que chegam ao consultório do fonoaudiólogo, são devido a problemas de dificuldade de linguagem, dificuldades de aprendizagem e da dificuldade de leitura e escrita e não necessariamente por causa do TDAH especificamente. Ele relata como é a acolhida para a família que chega ao consultório.

primeiro momento é acolher essa família, é entender a dinâmica familiar dessa família, é entender as circunstâncias desse diagnóstico, a dificuldade, as circunstâncias das questões toda que a criança traz pra gente e ai sim a gente vai fazer um planejamento,

tentar orientar, estabelecer uma relação com a escola, com os outros profissionais para tentar uma ação multidisciplinar mesmo sendo clinica, mas eu acho que a gente precisa estar em contato com o psicólogo, o psicopedagogo, com o pedagogo, com a escola, então assim, o que o fonoaudiólogo faz é estar em constante relação com a escola, com essa família, e o que te falei, desconstruir a questão do remédio, tentar entender o contexto social dessa criança, fazer orientações que amenizem essa dor, que amenizem esse sofrimento que ajude essa criança a seguir o caminho e ter êxito nas coisas que ela precise.

O Sujeito 3, também relata casos de crianças que já atendeu em seu consultório, diagnosticadas erroneamente com TDAH por outros médicos, onde muitas vezes acontece uma medicalização sem necessidade.

Às vezes você pega uma criança com retardo psíquico, você enxergar como hiperativa às vezes com erro, ela está agitada não porque simplesmente ela está agitada, não consegue se concentrar porque não tem constituição cerebral pronta [...] se começa a fazer a hipermedicalização, é uma tendência, não digo que não exista com crianças com TDAH, mas ela tem que ser muito bem diagnosticada, [...] já peguei muita gente que vem com queixa de desempenho e quando ver é um quadro depressivo, a pessoa com baixa autoestima, - ah não consigo me fixar, fico desatento e às vezes é depressão mesmo.

Existe hoje, como já foi falado muitas vezes durante toda a pesquisa, um processo de hipermedicalização. Os médicos, às vezes, não observam de fato nem mesmo o que realmente ocorre com aquela criança e já medica. Será que esse é o caminho para o tratamento desse transtorno?

O Sujeito 1, também relata casos, que tem como exagerados, em relação ao encaminhamento de crianças aos consultórios de psicólogos, médicos e psiquiatras geralmente feitos pela escola por motivo de “hiperatividade”.

O ano passado a gente recebeu uma criança no Serviço de Psicologia da Faculdade Social onde eu trabalhava uma criança encaminhada pela escola porque ela gostava de pular, e aí no processo de acompanhamento inicial dessa criança, a gente viu que ele precisava muito mais de um pula-pula do que de um acompanhamento psicológico, quer dizer, uma criança que não tem espaço de lazer, uma criança que na escola tem cinco horas de aula e só tem vinte minutos de intervalo e nesses vinte minutos você tem que aproveitar para comer, para ir ao banheiro e para brincar, essa criança fica com a energia contida e ela vai por essa energia para

fora dentro da escola e aí a escola encaminha supondo que ela tem um problema neurológico.

Diante desse quadro de superencaminhamento feito pelas escolas, é grande o número de crianças que desde cedo estão em acompanhamento psicológico devido a supostos transtornos e dificuldades escolares. Para as crianças que realmente tem necessidade de acompanhamento, alguns encaminhamentos são válidos e necessários, porém para muitas os impactos desses diagnósticos para a vida são catastróficos.

Então, acho que o impacto é muito grande, e a gente tem que com a maior urgência começar a pensar criticamente nesse fenômeno para gente efetivamente garantir para as nossas crianças uma educação de qualidade e socialmente referenciada que todos têm direito. (Sujeito 1)

O Sujeito 4, que acredita na existência do transtorno, cita cinco orientações para a família e para a criança com TDAH,

- Procure ter rotinas para as atividades do dia a dia.
- Procure dar exemplos concretos e comandos objetivos e claros para facilitar o entendimento. As crianças com TDAH, de modo geral, têm maior dificuldade com situações abstratas.
- Permita que a criança possa ter um momento de saída do ambiente em situação de descontrole emocional, podendo voltar assim que se acalme e consiga se controlar.
- Reconheça os pontos positivos da criança e permita que os mesmos se manifestem.
- Sorria e diga palavras positivas de reconhecimento pelos resultados e esforço da criança com TDAH.

As famílias das crianças que recebem tal diagnóstico muitas vezes recebem com alívio, relata o Sujeito 1,

O diagnóstico cala conflito, então muitas vezes ele é recebido pela família com alívio, porque uma coisa é meu filho não está conseguindo aprender na escola porque não estão conseguindo ensinar, porque uma série de questões, e outra coisa é ele não está conseguindo aprender na escola porque ele é doente, pronto, resolvido o problema, ele não vai conseguir aprender nunca, eu não preciso mais me desgastar com isso, eu não preciso mais me angustiar com isso, toda vez que me cobrarem alguma coisa nessa direção eu vou dizer, olha, acontece que ele é doente, então tem sido um diagnóstico que tem sido muitas vezes recebido pelas famílias

com alívio não porque a família é irresponsável, mas porque a família está cansada, desgastada e na hora que vem, é isso que ele tem, ufa.

O Sujeito 1, ainda completa sua fala dizendo.

É muita delicadeza que envolve como nos aproximar dessas realidades dessas crianças, dessas famílias e deixar claro para eles que quando a gente diz isso, não existe, a gente não está desconsiderando o sofrimento de todos eles, que muitas vezes passam por uma via cruz infinita até encontrar alguém que os acolha, que os receba, que os trate com dignidade, então eu acho que é sempre muito complexo de forma que a gente tem atualmente se ocupado a construir algumas orientações para os profissionais que vão estar trabalhando com as crianças encaminhadas para que a gente possa criar com essas famílias e com essas crianças, não uma sensação de que somos contra eles, mas que somos contra esse processo que vem tomando uma proporção gigantesca e que desconsidera que se trata, é que essa criança tem direitos.

O Sujeito 2 relata que em algumas visitas aos professores, ele fala que alguns alunos começaram o tratamento medicamentoso e pergunta se eles verificaram alguma diferença, se foi importante, e como o aluno está em sala de aula. Os relatos de alguns professores são simplesmente absurdos.

O professor: Nossa ele está ótimo, ele fica dormindo a manhã inteira, ele fica na sala, ele não me dá mais trabalho. (Sujeito 2)

Será que é esse tipo de criança que queremos? Como essa criança aprende se está dormindo? As crianças demandam sim certo trabalho, umas mais e outras menos, mas tirar o direito da criança de aprender dopando-a não é ter menos trabalho, é agredi-la. É você simular resolver algo, provocando um problema maior ainda.

[...] Eu nunca chego prescritiva, eu acho que não é esse meu papel, não é esse meu lugar, eu não estou lá para fazer prescrição de como é que o professor tem que lidar, até porque ele tem toda uma história com aquela criança, enfim toda uma história de construção do saber também. O que eu faço é compartilhar com o professor, e tentar refletir junto com ele sobre aquela criança para a gente ajudar aquela criança, ajudar aquela família e sair daquela condição. Refletir se o medicamento é o melhor, e a gente às vezes conclui que não é o melhor, aí o que a gente faz, eu tento refletir junto com o professor pra gente poder construir um fazer juntos, então que estratégias que podemos fazer dentro de salas de aulas para mudar e também

refletir sobre a minha própria prática, porque a minha situação com a criança é pra que ela vá bem na escola, o resultado final tem que ser na escola, eu tenho que entender esse professor, entender essa escola, entender as questões, entender porque ele me traz, porque ele tem aquelas dificuldades. (Sujeito 2)

O Sujeito 3 é a favor que o pedagogo tenha estudos mais aprofundados sobre o comportamento humano.

Eu acho que o pedagogo tem que estudar muito mais comportamento humano, estudar neurociências, aí entra a parte dentro do rol, estuda a neurociência na formação do pedagogo.

Partindo de uma visão diferenciada, crítica e cuidadosa em relação ao preparo desses professores, vários laboratórios oferecem cursos para professores com a intenção de esses passarem a ter uma visão clínica em relação ao aluno em sala de aula. O Sujeito 1 em sua entrevista se mostra bastante incomodado com a situação.

Quando a indústria farmacêutica oferece um curso de professores, voltados para o professor fazer o diagnóstico do aluno, ele não está formando professores, ele está formando paramédicos, então, seria se fosse uma preocupação da indústria farmacêutica, porque a Novartis faz isso, ela forma professores para fazer o diagnóstico, seria uma preocupação da Novartis com a atuação do professor se ela se aproximasse desse educador, para fazer a formação desse educador do lugar de educador e não do lugar de alguém que abre a porta do médico para que a criança seja encaminhada para lá.

O Sujeito 4 diz que os professores tem que tomar algumas medidas quantos aos alunos diagnosticados de TDAH, ele dá algumas orientações para os profissionais da educação.

- Diante de uma situação em que o aluno não esteja prestando atenção, evite questioná-lo neste momento. Procure chamar a sua atenção de modo indireto, com o olhar ou um toque, e assim que perceber que o aluno está atento efetue a pergunta, para que o mesmo acerte e se sinta motivado.
- Peça ajuda da criança com TDAH, para permitir alguma movimentação da mesma, de modo intermitente, como por exemplo, apagar a lousa, ajudar na distribuição de folhas para a classe, etc.

- Coloque o aluno sentado mais na frente, de preferência longe de janelas ou da porta, e também mais separado de outros alunos que também possam apresentar sintomas semelhantes.
- Evite a crítica excessiva na frente dos colegas, para evitar que ocorra uma indisposição do aluno com o professor.
- Procure evidenciar de modo claro e explícito as regras e também anotar no quadro o plano de aula, assim como as tarefas e datas de provas.
- Considere a possibilidade de mudanças no tipo de avaliações destas crianças, permitindo provas orais ou com diferença no tempo total do exame ou no número de questões, em relação ao resto da classe.
- Procure tornar o ensino mais interativo, estimulando a participação dos alunos.

Percebe-se com as narrativas dos sujeitos entrevistados que o TDAH envolve profissionais da saúde e da educação, revelando a interface entre as duas áreas e a articulação entre os saberes. Entretanto, é importante levar em consideração as especificidades e particularidades das atribuições e papel de cada área, além da necessidade do desenvolvimento de um olhar mais crítico e reflexivo em torno da questão. O que revela ser um tema pertinente para ser debatido no processo formativo dos profissionais de educação, por ser polêmico e controverso.

Diante do exposto nesse capítulo, resultado do trabalho de campo, compreendemos que na prática a divergência de posições também está presente como observado no estudo teórico relacionado à temática do TDAH. As concepções relativas ao transtorno, como sua definição, diagnóstico, tratamento e acompanhamento não são consenso, demonstrando, assim, divergência de perspectivas. Por um lado a defesa da existência do transtorno e a necessidade do tratamento, inclusive medicamentoso, por outro a crítica à medicalização do transtorno e por outro a consideração da sua existência com ressalvas no que diz respeito à emissão do diagnóstico e ao tratamento.

Uma frase que considere marcante e que serve como uma forma de conclusão desse capítulo, por se tratar da preocupação com a escola e especificamente com as crianças e adolescentes, foi a do Sujeito 1, quando explicita que as pessoas acham que por eles terem uma visão crítica sobre a medicalização eles são contra

às pessoas que são diagnosticadas TDAH e diz: “a gente vem tentando se posicionar do lado da escola, a favor da vida e a favor dos direitos da criança e do adolescente e dos direitos humanos.”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como finalidade, identificar a concepção dos profissionais de saúde especializados (psicólogos, fonoaudiólogos e psiquiatras) a respeito do TDAH, com o intuito de acrescentar conhecimento nessa área para os profissionais de educação, especialmente os pedagogos. No sentido de favorecer a esses profissionais um olhar mais crítico a respeito das manifestações e expressões das crianças no contexto escolar, uma nova forma de como enxergar uma criança que corre mais um pouco, ou que levanta com frequência na sala de aula. Essas crianças não são doentes e nem sempre precisam ser encaminhadas para um consultório médico. A escola tem ter consciência do papel e deveres da mesma, se colocar como um ambiente acolhedor e de caráter social que é.

Por ter sido um trabalho de campo, a aplicação das entrevistas proporcionou uma aproximação maior com os profissionais entrevistados, deixando a pesquisa mais interessante. Com as análises feitas foi possível obter opiniões diversas num contexto de vida real, onde foram relatados casos concretos a respeito desse suposto transtorno. O resultado da pesquisa tanto teórica quanto do trabalho de campo comprova a polêmica em relação a essa temática, a divergência a respeito da existência, da definição, do diagnóstico e do tratamento preconizado.

A oportunidade desse estudo proporcionou um conhecimento mais profundo sobre o tema, com isso pude observar as diversas opiniões dos autores estudados, como por exemplo, Barkley ao afirmar que o TDAH é um distúrbio neurológico e Maria Aparecida Moysés quando critica tal afirmação, defendendo que esse transtorno é um mito. Diante dessas implicações observa-se que ainda há controvérsias em relação à definição e existência do TDAH.

Com o estudo que se seguiu pude observar uma disputa de poder por parte de alguns, as indústrias farmacêuticas que fazem propagandas diretamente voltadas para crianças como formas de alcançá-las, oferecem cursos preparatórios para professores saberem diagnosticar alunos em sala, como se fossem da área da saúde. Com isso, são mais e mais crianças encaminhadas e diagnosticadas rápidas e erroneamente, dopadas desde cedo.

Esse é um tema muito vasto, com inúmeros campos de atuação e pesquisa. Os debates sobre diagnósticos, tratamentos e sobre a medicalização são muito

extensos e estão longe de se extinguir, pelo contrário, em relação à medicalização é apenas um começo de uma era de remédios que toma conta de uma população, e o pior, toma conta de crianças indefesas, crianças que não podem se negar a tratamento de excessos de drogas, psicoestimulantes que são passados muitas vezes sem uma real precisão.

Constata-se depois de realizadas as quatro entrevistas com profissionais da área de saúde, que existem campos de pesquisas do TDAH que divergem na opinião. De um lado houve profissionais que acreditavam no TDAH como sendo um transtorno de caráter neurológico e sendo a favor da medicalização e do outro indo de encontro a essa proposta, profissionais que criticam esse embasamento não acreditando na existência do transtorno e sendo contra o tratamento medicalizante, encontrei também profissionais que acreditavam no transtorno e eram contra o excesso de medicação.

Espera-se que esse estudo possa contribuir com a discussão e ampliação do conhecimento dos profissionais de educação em seu processo formativo, bem como com a produção de outros trabalhos na área da educação expandindo o entendimento a respeito do transtorno aqui abordado.

REFERÊNCIAS

- ABDA. **Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade – Um Guia para início do Tratamento**. Realização, Associação Brasileira de Déficit de Atenção, [entre 2000 e 2010].
- ANGELL, Marcia. **A Epidemia de Doença Mental**, Rev. Piauí, ed. 59; 1-13, 2011.
- BARLEY, Russel A. (org.). **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 3 ed. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição prof. Dr. Marcelo Schmitz. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- COLLARES, Cecilia A. L; MOYSÉS, Maria Aparecida A. A. **Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico**. (A Patologização da Educação), 1994, http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf
- COLLARES, Cecilia A. L; MOYSÉS, Maria Aparecida A. A. **Dislexia e TDAH: Uma análise a partir da ciência médica**. In: Conselho Regional de Psicologia -sp; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (org.). Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. Cap 5, p. 71-110.
- COLLARES, Cecilia A. L; MOYSÉS, Maria Aparecida A. A. **Preconceitos no Cotidiano Escolar: A Medicalização do Processo Ensino-Aprendizagem**. In: Conselho Regional de Psicologia -sp; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (org.). Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. Cap.11, P. 193-213.
- CROCHÍK, José Leon; CROCHÍK, Nicole. **A desatenção Atenta e a Hiperatividade sem Ação**. In: Conselho Regional de Psicologia -sp; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (org.). Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. Cap. 10, p. 179-191.
- DSM-IV-TR – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (Trad. Cláudia Dornelles; 4 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** – 6. ed. – 2. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009.
- KAISER, Millos. **Geração Ritalina**, São Paulo, nº 203, p. 89–93, set. 2011. Disponível em <http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html>.
- _____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB nº 9.394/96. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Congresso Nacional, Brasília, 20 de dezembro de 1996.

LOSSO, Renata. **9 respostas sobre o diagnóstico do TDAH em crianças.** Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade ou simples faltas de limites? Especialistas esclarecem como ter certeza do diagnóstico, São Paulo, 2011. Disponível em <http://delas.ig.com.br/filhos/9+respostas+sobre+o+diagnostico+do+tdah+em+criancas/n1238147539517.html>. Acesso em 08 Agos. 2011

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos** / Paulo Mattos, 8ª ed. Ver e atual. – São Paulo: Casa de Leitura Médica, 2008.

MATTOS, Paulo; PASTURA, Giuseppe. **Efeitos Colaterais do Metilfenidato**, Rev. Psiq. Clín. 31 (2); 100 – 104, 2004.

_____;Ministério da Educação. **Diretrizes para a Educação Especial na Educação Básica/Secretaria de Educação Especial**; SEESP, 2001.

MIRANDA, Monica Carolina; MUSZKAT, Mauro; RIZUTTI, Sueli. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**, São Paulo: Cortez, 2011- (Coleção educação e saúde; v. 3).

MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. – São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Fracasso Escolar: Uma Questão Médica?** – Série Ideias n. 6, São Paulo: FDE, 1992. p. 29-31.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente**. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal - UNICAMP.

PEROZIM, Livia. “A Droga da Obediência”. Rev. Carta Capital, 2011. Disponível em <http://gestaltemmovimento.com.br/2011/02/entrevista-sobre-tdah/> . Acesso em 8 Out. 2011.

ROHDE, Luis Augusto. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção / hiperatividade** / Luis Augusto Rohde e Paulo Mattos... [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SOUZA, Marilene Proença Rebello de. **Medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente**. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo – USP.

SOUZA, Ture. **Medicalização exagerada ameaça saúde infantil**, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.saudevital.org/2011/06/medicalizacao-de-criancas-transforma.html>. Acesso em: 24 Set. 2011.

THOMPSON, Priscilla. **Médicos defendem tratamento contra hiperatividade**, Doença classificada no Código Internacional de Doenças e reconhecida pela

Medicina, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) merece cuidados especiais, incluindo tratamentos com medicamentos capazes de controlar os sintomas. Disponível em http://gazetaonline.globo.com/-_conteudo/2010/07/654123_medicos+defendem+tratamento+contra+hiperatividade.html. Acesso em 29 Set. 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PÚBLICO: PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS QUE TRABALHAM COM TDAH

I DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Formação Acadêmica:

Especialização/especialidade:

Outros:

Campo de Atuação:

Categoria: Público/privado:

Tempo de atuação na área:

II CONCEPÇÃO SOBRE O TDAH

Fale sobre os seguintes aspectos:

1. DEFINIÇÃO
2. DIAGNÓSTICO
3. IMPACTO DO DIAGNÓSTICO PARA A CRIANÇA
4. TRATAMENTO/ ACOMPANHAMENTO
5. ORIENTAÇÕES PARA FAMÍLIA E CRIANÇA
6. ORIENTAÇÕES PARA A ESCOLA

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pelo presente instrumento, eu, abaixo firmado e identificado, autorizo, graciosamente, o aluno (a) _____, portador (a) do RG _____ e CPF _____, a utilizar minha entrevista, a ser veiculada, primariamente, no material em texto desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso, ou ainda destinadas à inclusão em outros projetos educativos, organizados e/ou licenciados pela FACED, UFBA, sem limitação de tempo ou de número de exposições. Esta autorização inclui o uso de todo o material criado que contenha a entrevista concedida no dia ___/___/_____, pelo aluno (a) e FACED,UFBA, da forma que melhor lhe aprouver, notadamente para toda e qualquer forma de comunicação ao público, tais como material impresso, CD (“compact disc.”), CD ROM, CD-I (“compact-disc” interativo), “home vídeo”, DAT (“digital áudio tape”), DVD (“digital vídeo disc.”), bem como sua disseminação via Internet, independentemente do processo de transporte de sinal e suporte material que venha a ser utilizado para tais fins, sem limitação de tempo ou do número de utilizações/exposições, no Brasil e/ou no exterior, através de qualquer processo de transporte de sinal ou suporte material existente, ainda que não disponível em território nacional, sendo certo que o material criado destina-se à produção de obra intelectual organizada e de titularidade exclusiva da FACED,UFBA, conforme expresso na Lei 9.610/98 (Lei de Direitos Autorais).

Na condição de titular dos direitos patrimoniais de autor da série de que trata o presente, o aluno (a) e a FACED, UFBA poderá dispor livremente da mesma, para toda e qualquer modalidade de utilização, por si ou por terceiros por ela autorizados para tais fins. Para tanto, poderá, a seu único e exclusivo critério, licenciar e/ou ceder a terceiros, no todo ou em parte, no Brasil e/ou no exterior, a título gratuito ou oneroso, seus direitos sobre a mesma, não cabendo a mim qualquer direito e/ou remuneração, a qualquer tempo e título.

Salvador, ____ de _____ 2011.

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____