



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES
CURSO: PSICOLOGIA

**A RE(DES)CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE
DIAGNÓSTICO DE TDAH: NOS BASTIDORES DE DOIS
ESTUDOS DE CASOS**

Latife Nemetala Gomes

Brasília
Junho de 2009

Latife Nemetala Gomes

**A RE(DES)CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE
DIAGNÓSTICO DE TDAH: NOS BASTIDORES DE
DOIS ESTUDOS DE CASOS**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – UNICEUB.

Prof^a. orientadora Dr^a. Eileen Pfeiffer Flores

Brasília, junho/ 2009



Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Orientadora: Prof^a. Dr^a Eileen Pfeiffer Flores

Examinador: Prof. Msc. Rogério Lopes de Souza

Examinadora: Prof^a. Msc. Marília de Queiroz D. Jacome

A Menção Final obtida foi:

Brasília, junho/ 2009

Dedico este trabalho a todas as crianças, em especial a uma que passou por minha vida e nem sequer percebeu ter despertado em mim o desejo de aprender e investigar um conceito moderno aparentemente concreto e promissores.

Agradecimentos

Agradeço a meus pais pela oportunidade de poder estar viva e aprender constantemente através dos erros e acertos sempre amparada por eles, estimulando o meu crescimento até a concretização deste trabalho. Que não seria possível sem a compreensão e apoio de minha querida família e amigos, em especial do meu marido e filhos que precisaram abrir mão de muitas coisas para que concluísse esta empreitada. O meu muito obrigada a minha orientadora pela paciência, dedicação, e extrema sabedoria, para dividir seu conhecimento sem deixar de exigir e encorajar cada vez mais nas novas descobertas.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
SUMÁRIO.....	v
RESUMO.....	vi
INTRODUÇÃO.....	07
CAPÍTULO I – O CONCEITO DO TDAH: A HISTÓRIA QUE NÃO CONSTA NOS	
MANUAIS DE DIAGNÓSTICO.....	10
CAPÍTULO II – O DIAGNÓSTICO DO TDAH E SUAS IMPLICAÇÕES.....	
29	
CAPÍTULO III – O CAMINHO DO DIAGNÓSTICO: DOIS ESTUDOS DE	
CASO.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	81

RESUMO

No presente trabalho as práticas diagnósticas do considerado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH realizadas hoje e respaldadas “cientificamente” são colocadas em xeque através de uma abordagem histórica, pesquisada em fontes distintas dos manuais convencionais, mas com todo embasamento teórico e crítico, assim como manda a ciência. Na tentativa de reconstruir este conceito e compreender como ele se sustenta, foram estudados dois casos de crianças diagnosticadas como TDAH, associando a teoria descrita nos manuais como também a teoria desvendada que não consta destes. Analisou-se cada passo do processo diagnóstico das crianças ditas “hiperativas” e o resultado supõe no mínimo reflexão acerca da problemática aqui levantada. O discurso determinista associado às inovações tecnológicas, a exemplo mais simples dos psicotrópicos, é utilizado como solução mágica proposta pela ciência, para a resolução dos problemas humanos, observado também no âmbito da educação expresso pela *medicalização do fracasso escolar*. Na busca por homens perfeitos e com a conivência dos pais, o controle de comportamentos “inadequados” acontece em crianças, provavelmente pela falta de conhecimento e informação para perceber essa atrocidade. Este trabalho teve como objetivo iniciar uma discussão sobre os riscos desse determinismo biológico, que está tão enraizado no pensamento coletivo que é mantido como parte da “verdade científica” onde torna-se possível desmistificar conceitos quando utilizamos um pouco de bom senso e buscamos através de informações outras verdades.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, Hiperatividade, Diagnóstico, Psicotrópicos, Criança Hiperativa.

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar como é realizado o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH de alunos em idade escolar surgiu da curiosidade em compreender inicialmente o termo, com o qual a pesquisadora teve contato pela primeira vez no ano de 2007, na experiência como docente em uma classe do Ensino Fundamental, na época denominada como BIA II (Bloco Inicial de Alfabetização, fazendo parte de uma nova proposta de alfabetização do Governo), equivalente à 1ª série. A pesquisadora precisava entender o que era um aluno “portador de TDAH”, ou simplesmente “um aluno TDAH”, como se costuma dizer na escola, igualando a criança à síndrome, pois receberia um e antes dele chegar foram feitas várias recomendações a respeito de seu comportamento e dificuldades pedagógicas, deixando a pesquisadora muito receosa em relação a esta criança “problema”.

A experiência com aquele aluno foi inicialmente difícil, é preciso confessar, especialmente pela atitude defensiva da pesquisadora, professora, provavelmente em razão de tantas falácias em torno do caso, porém e foi ao mesmo tempo uma experiência maravilhosa e muito importante para o crescimento pessoal e profissional desta, depois da sua mudança de postura. Manuais de como lidar com crianças TDAH lhe foram apresentados, assim como ocorre com todas as “sorteadas” que recebem crianças dessa “categoria”, “ensinando e explicando” como lidar com aquele problema infantil, mas à medida que lia, não conseguia perceber que estavam falando daquele aluno, mas de uma categoria de situações invariáveis e impessoais, que em algumas, ou talvez na maioria ele se encaixasse, contudo saber de tudo aquilo não acrescentava em nada na promoção de mudança de atitude da criança, nem muito menos da professora, que ao seguir tais manuais acabava por reforçar os comportamentos que poderiam ser melhorados, estereotipando a criança. Esta experiência levou a professora a

fazer vários questionamentos acerca deste transtorno, que a ela era apresentado por uma criança de sete anos de idade que tomava uma medicação controlada, era muito esperta e atenta, e que chamava a atenção de todos, o tempo todo, causando “transtornos” na sala de aula e fora dela também, muitas vezes de forma agressiva e dissimulada, e em outros momentos com colocações inteligentes e atitudes carinhosas, principalmente à medida que um vínculo se estabelecia. Não houve o interesse em acessar a documentação do aluno, de forma que não é possível afirmar se este apresentava um laudo atestando o seu diagnóstico. Infelizmente, esse aluno foi transferido de escola, não terminando o ano junto com a turma, não se obtendo mais nenhuma notícia dele e nem de sua família, mas a partir do contato com esta criança foi importante perceber o quanto a psicologia necessita avançar dentro da área escolar com uma atuação mais aprofundada e atuante, possibilitando intervenções mais eficientes, assim como contribuir para o estabelecimento de vínculos mais reais entre aluno e professor, uma relação delicada, mas ao mesmo tempo determinante para o acontecimento da Educação.

De lá para cá, tem sido comum, para a pesquisadora, escutar que “este aluno tem alguma coisa, tem algum problema, deve ser hiperativo!” Investigar como esses colegas “sabem” ou desconfiam que esses alunos têm algum “desajuste”, como são encontrados e comprovados estes problemas e como eles são tratados, tornou-se uma necessidade. As causas da prevalência desse diagnóstico na infância, e agora na vida adulta, não serão analisadas ou investigadas neste trabalho, podendo ser objeto de estudo futuro. O objetivo presente é compreender como é realizado o diagnóstico do TDAH, uma vez que ele apresenta-se tão freqüente. Desta forma, no Capítulo I, por meio de uma análise crítica, buscou-se primeiramente apresentar um histórico do transtorno que não consta nos manuais de diagnóstico, bem como da sua terminologia e conceituação. No Capítulo II os critérios diagnósticos oficiais são apresentados, assim como as falhas e implicações destes. Para então,

no terceiro capítulo, fazer o caminho inverso que é percorrido pelas famílias e suas crianças ao diagnóstico, até o denominado transtorno, reconstruindo-o por meio da investigação. Neste sentido procurou-se então, realizar a pesquisa por meio de dois estudos de caso com o objetivo de elucidar os detalhes do diagnóstico do dito Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade analisando de forma crítica cada informação referente a esses dois diagnósticos, não o passo a passo da proposta dos manuais, mas sim o que *realmente* acontece nos bastidores dele.

CAPÍTULO I

O CONCEITO DO TDAH: A HISTÓRIA QUE NÃO CONSTA NOS MANUAIS DE DIAGNÓSTICO

Os Serviços de Saúde recebem um grande número de crianças encaminhadas pela escola ou pelos próprios pais, com queixas relacionadas à aprendizagem e comportamento, em especial para os tipos desatento, desligado, agitado, inquieto. Estas crianças apresentariam dificuldades na escola tanto no comportamento quanto na aprendizagem e são levadas, por seus responsáveis, a pedido da escola ou por conta própria, a investigar junto à medicina, as causas que pudessem justificar ou explicar os motivos dessa desatenção e/ou agitação, queixa esta muitas vezes acompanhada de outras queixas, como baixo rendimento escolar e/ou em problemas de relacionamento. Werner (2005) aponta que “tanto os profissionais da Educação como os da Saúde têm em comum a concepção de uma relação necessária entre o fracasso escolar e doença.” (p.53).

A idéia de que existe uma relação direta entre saúde e educação, e que uma dependa da outra para acontecer de maneira satisfatória, nos moldes pré-estabelecidos pela escola ou pela própria sociedade, faz parte do contexto social no qual estamos inseridos. Na concepção dos educadores, por exemplo, a escola estaria repleta de crianças desnutridas, anêmicas, cheias de vermes, o que determinaria diretamente suas dificuldades de aprendizado. “O imaginário social e até mesmo a ciência estão carregados dessas noções.” (Werner, 2005). Da mesma maneira, a desatenção e/ou agitação seriam produtos de falhas orgânicas e causariam, de forma linear, prejuízos ao aprendizado dessas crianças. Não se está desconsiderando a influência negativa que fatores como fome, desnutrição, anemias ou vermes possam causar a qualquer pessoa, mas o erro consiste em supor que essas condições seriam ubíquas e que determinariam linearmente o aprendizado dos alunos. Werner (2005) acerca da desnutrição,

por exemplo, esclarece que há muita controvérsia a respeito do comprometimento cerebral da criança decorrente desta carência nutricional, devido às inúmeras possibilidades de funcionamento do cérebro. E ainda aponta que, se a desnutrição fosse tão grave a ponto de comprometer o cérebro, estas crianças provavelmente morreriam de pneumonia e diarreia associadas à desnutrição.

Em se tratando de crianças pobres, a idéia de organismo saudável como sendo condição determinante para aprendizado apresenta-se mais carregada de preconceitos e de desesperança em relação aos menos favorecidos economicamente. A capacidade, principalmente intelectual, dessas crianças já é desde cedo questionada e barrada por este “pensamento” linear de que para desenvolver-se é necessário ter no mínimo um “aparato” mental que assim favoreça, o que elas não possuiriam se consideradas as péssimas condições de vida que estariam submetidas. Nessa visão estariam comprometidas as instâncias cerebrais dessas crianças, tornando-as “incapacitadas” para assimilar qualquer conhecimento.

Perante esse limitado argumento, Machado (1990) chama a atenção para o que se denomina “cultura do fracasso”, advertindo que:

A pobreza, com todos os seus desdobramentos, faz a criança sentir que pertence a um sistema de atitudes, normas e disposições materiais ou de comportamento, próprias a seres inferiores. Tal sentimento leva-a a limitar seus objetivos educacionais auto-impostos. É toda uma estrutura a conspirar contra a criança pobre; há em tudo e em todos o sentimento de barreiras: “quem nasceu para dez réis nunca chega a vintém” é um provérbio que demonstra o ambiente psicológico criado em torno da pobreza. (p. 11).

Desta forma, é muito comum que essas crianças cheguem aos Centros de Saúde com um “diagnóstico” prévio, dado pelos próprios funcionários da escola ou pela família: “Este aluno é hiperativo, ou retardado, ou desnutrido, sem atenção, deve ter algum problema, por isso não aprende.” Referindo-se a esse discurso generalista e carregado de preconceito, Patto, 1997, esclarece:

Encaminhar para diagnóstico os alunos que não correspondem às expectativas de rendimento e de comportamento que vigoram nas escolas é um anseio dos professores, técnicos e administradores escolares que um número crescente de psicólogos que trabalham em consultórios particulares ou em centros públicos de saúde tem ajudado a realizar. (para. 1)

Werner (2005) ainda ressalta que os inúmeros encaminhamentos para o diagnóstico surgidos a partir da década de 60, servem para justificar o baixo rendimento escolar, e que “apesar de amplamente divulgados, não se tem, até hoje, comprovada qualquer relação entre alterações neurológicas e os sinais que compõem esse diagnóstico.” (p. 56)

Mas por que a busca dessa explicação para os problemas escolares e de relacionamento são primeiramente investigados junto à medicina? Para compreender esses diagnósticos de distúrbios e transtornos da aprendizagem que hoje são firmados pelos profissionais autorizados para tanto, ou até mesmo pelos leigos envolvidos, é preciso, inicialmente buscar o histórico da inter-relação entre Saúde e Educação, assim como o dessa nomenclatura, situando como estes se estabeleceram até os dias de hoje, em especial quando tratamos de um dos transtornos, que segundo Schwartzman (2001), é um dos mais comuns e crescentes da infância: o TDA/H e o TDA – (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e o Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade).

Para Werner (2005), o diálogo que é estabelecido entre Saúde e Educação é marcado por um modelo histórico, pautado pelas políticas e práticas sociais da interface Saúde/Educação, ocorridas no Brasil, porém muito baseado em modelos importados, que diferem muito da nossa realidade. A idéia de que a educação depende de um ambiente salutar existe desde as tentativas de erradicar doenças e epidemias nos centros urbanos, ainda no início do século passado, contudo, a forma como essa idéia se estabeleceu permite compreender os atuais equívocos conceituais acerca do que é da educação e o que é da saúde.

No início do século XX, a Saúde Pública tinha como objetivo principal erradicar as epidemias de varíola e febre amarela, através da vacinação, inspeção sanitária de ambientes públicos e dos indivíduos, sendo chamada, em virtude de suas medidas autoritárias, de polícia sanitária (Merhy, 1997 citado em Werner, 2005).

Com o intuito de atender também a população infantil, o ambiente escolar também era higienizado, dando origem à “Saúde Escolar” que cuidava desde o mobiliário adequado até o tipo de atividades físicas mais indicadas à promoção da saúde. Baseado num modelo importado da Europa, o modelo higienista não abordava relações sociais mais amplas como determinantes da qualidade de vida e ainda defendia regras de vida mais rígidas para as camadas sociais menos favorecidas e ignorantes, que supostamente colocavam o restante da população em risco, pelo modo de vida insalubre (Novaes, 1979 citado em Werner, 2005). Assim foram incorporando-se à educação as práticas de higienização, consolidando-se a idéia de que educação e saúde, entendendo-se saúde como higienização, seriam interdependentes, firmadas na prática da saúde escolar.

Neste âmbito, Werner (2005) ainda destaca que os que eram vistos como doentes/deficientes, os que não aprendiam, embora isso não fosse assumido, eram excluídos do convívio escolar e conseqüentemente, da assistência à saúde, sendo as escolas especiais o exemplo maior da exclusão. Cabe aqui ressaltar que os critérios de “classificação” para o ser doente ou sadio “mentalmente”, seguiam padrões aceitos pela comunidade científica da época.

Para Werner (2005) a exclusão é uma característica que marca a escola e a assistência à saúde do escolar no Brasil, e da maneira como foi proposta a saúde escolar, esta “forneceu subsídios pretensamente científicos para esse processo de exclusão, valorizando os mecanismos biológicos no processo de aprendizagem, ao mesmo tempo em que minimizava os fatores sociais e pedagógicos.” (p. 39)

Patto (1997) afirma e reitera o que Werner expôs a respeito das exclusões da escola “cientificamente” justificadas e compreendidas através de laudos: “Neste caso, a desigualdade e a exclusão são justificadas cientificamente (portanto, com a pretensa isenção e objetividade) através de explicações que ignoram a sua dimensão política e se esgotam no plano das diferenças individuais de capacidade” (para. 2). A autora destaca ainda que são desconsiderados as práticas e os processos pedagógicos que possam estar envolvidos nas dificuldades de aprendizagem. Além disso, dependendo da classe social do aprendiz, será dado encaminhamento distinto à sua “deficiência”. Para alunos mais pobres, o diagnóstico culminará em um laudo que “mais cedo ou mais tarde justificará essa exclusão da escola” (para.2). Promovendo, de acordo com a autora “verdadeiros crimes de lesa-cidadania” (para. 7). Já às crianças com condições de custear um tratamento “diferenciado” poderão ser sugeridas psicoterapias, orientação aos familiares, terapias psicopedagógicas.

Esta forma linear de pensar o ser humano, compreendido apenas pelas ações e reações exercidas em decorrência dele ser um organismo com “funcionamento” perfeito equivalente a uma máquina, determinando o que ele é e o que ele faz, passa a vigorar a partir da Idade Moderna, em uma época em que muitas máquinas eram inventadas para o uso na ciência, e em especial um invento, o Relógio, duzentos anos antes do estabelecimento da psicologia, passando a influenciá-la, assim como a outras ciências. Schultz e Schultz (1992) apontam que o relógio era considerado uma das maiores invenções tecnológicas da época, comparada aos computadores em nosso século, causando um grande impacto em toda a sociedade, criando um fascínio e influenciando o pensamento da época.

Grandes pensadores, astrônomos, físicos, filósofos, dentre eles, Johannes Kepler, Robert Boyle e René Descartes, passaram a acreditar que a harmonia do universo era como “um vasto relógio construído e movido pelo criador” (Schultz e Schultz, 1992, p. 35). Esses autores explicam, ainda, que:

O uso da metáfora do relógio envolve a idéia do determinismo, a crença de que todo ato é determinado por eventos passados. Podemos prever as mudanças que vão ocorrer no relógio, bem como no universo, por causa da regularidade e da seqüência operacional de suas partes. [...] Não era difícil perceber perfeitamente a estrutura do relógio. Qualquer pessoa poderia com facilidade, desmontar um, e ver exatamente como ele funcionava. Desse modo, o reducionismo como método de análise foi propagado como um artigo de fé para nova ciência. [...] O reducionismo como método de análise iria caracterizar todas as ciências em desenvolvimento, incluindo a nova psicologia. (id. p. 35)

Também os seres humanos eram vistos como mecanismos, com complexa engrenagem, a ser compreendida e estudada através do método de análise reducionista de observação das partes dessa complexa máquina. “O mundo moderno foi dominado pela perspectiva científica e todos os aspectos da vida passaram a ficar sujeitos a leis mecânicas.” (id. p. 36). Esse pensamento permeou o desenvolvimento das ciências físicas e humanas, num modelo mecanicista que vigora até os dias de hoje, havendo pouco ou nenhum questionamento, por parte da sociedade, tão pouco nos meios escolares, em que visões mecânicas de causa e efeito permeiam as interpretações das ações dos aprendizes.

Nessa visão mecanicista, a condição necessária para o aprendizado seria a ausência de uma doença ou deficiência. A busca de causas e soluções médicas para problemas eminentemente sociais é chamada por Werner (2005) de *medicalização do fracasso escolar*. Ele explica que “a medicalização insere-se, entretanto, num processo histórico-ideológico mais amplo, relacionado à adoção acrítica dos modelos ou mirantes oriundos das ciências naturais (física, biologia) – como matriz para a compreensão e explicação aos fenômenos sociais e humanos.” (p. 84).

Para esse autor, as conseqüências dessa medicalização foi uma ampliação das explicações para o fracasso escolar, forçando a incorporação de áreas especializadas como

psicologia, fonoaudiologia, neurologia para tentar explicar e ‘patologizar’ esse fracasso escolar, camuflando as deficiências do Sistema Educacional e social, transformando-as em deficiências das crianças. Assim, Werner (2005) trata como “urgente” a reflexão e discussão do assunto para que não permaneçam ocorrendo equívocos para a Educação, buscando de fato, efetivas soluções para os problemas existentes nessa área, sejam elas políticas, sociais ou estruturais.

A medicalização do fracasso escolar demonstra uma tentativa, que não ocorre somente na educação de se resolver desordens emocionais através de medicamentos, aqui especialmente tratados os possíveis comportamentos de crianças ditas “hiperativas”. Este tema poderia ser discutido em muitos aspectos e sua abrangência seria tema para outro trabalho, neste momento apenas uma questão citada por Garrido (2007) para reflexão a partir do exposto por Costa e Silva citado em Aguiar (2004):

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. [...] Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. [...] Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes (p. 85).

Neste contexto escolar, mas com enfoque médico diante das dificuldades de aprendizado, conforme ocorre atualmente, a busca da identificação de uma doença ou distúrbio, localizada no indivíduo, em especial naqueles que apresentam comportamentos descritos como desatentos ou inquietos, torna-se, então, uma prática vista por todos os envolvidos no processo de um diagnóstico como natural, normal e irrefutável. Médicos e/ou psicólogos, utilizando-se da “ciência” através de avaliações neurológicas e psicológicas, transformam exames e testes psicométricos em documentos legítimos por si só. Em uma

investigação que deve ser mais ampla, Patto (1997) já ressalta a necessidade de uma discussão acerca dos testes psicológicos utilizados para validar os diagnósticos, admitindo que este debate seja um assunto difícil e delicado de ser abordado por vários motivos, dentre eles, a própria formação predominantemente técnica dos psicólogos, que têm como referência histórica este tipo de prática. Contudo, fica claro que este debate não deva mais ser adiado.

Crítico, também, a essa forma de pensar o ser humano e suas potencialidades, Gould (1999) biólogo e cientista, salienta ainda, que este determinismo biológico serviu e serve até hoje como forma de limitar e manipular a sociedade, principalmente manter a imobilidade social e o “status quo”, disseminando o racismo e distinguindo os seres, como forma de manutenção do poder, sem que houvesse critérios ou imparcialidade nas “pesquisas” realizadas com o intuito de provar tais “diferenças” biológicas. Mesmo que ocorridas de forma inconsciente com a intenção de confirmar seus preconceitos sem, contudo questionar essas premissas. As bases em que se fundamentam essa crítica ficarão mais claras quando se discutir os resultados da pesquisa empírica que faz parte deste trabalho, em que serão analisados exames, testes e laudos de dois estudos de caso.

O neurocientista americano Steven Rose (2006) também questiona a idéia reducionista de que “uma enorme variedade de doenças sociais e individuais pode ser atribuída ao mau funcionamento do cérebro, como consequência de genes defeituosos.” (p.14). Aqui o autor refere-se não aos testes psicológicos ou psicométricos, mas sim a outra prática freqüente, qual seja, o diagnóstico por exames de neuroimagem cerebral. O neurocientista convoca toda a comunidade, científica ou leiga, para uma discussão mais profunda sobre as pesquisas e descobertas científicas acerca do funcionamento do cérebro, por ele ditas “obscuras e relatadas com uma linguagem ‘hermética dos periódicos científicos’” (p. 267). Relata, ainda, que a ciência, por meio dessas pesquisas, procura explicar e situar os distúrbios, dentre eles o Déficit de Atenção, e até mesmo o modo de vida de cada indivíduo, no campo biológico,

ocorrendo uma transferência das áreas de estudo e atuação das ciências sociais para as ciências biológicas:

Não só os casos antigos, como inteligência, vícios e agressão, como até tendência política, religiosidade e probabilidade de divórcio na meia-idade estão sendo retirados da área da explicação psicológica social e/ou pessoal e postos na região da biologia. E com essa transferência vem a oferta de tratamento, manipulação e controle (Rose, 2006, p. 15).

Em conjunto com essas explicações biológicas reducionistas, surge um novo campo da ciência que procura “sanar” estes defeitos, utilizando tecnologia de última geração nas pesquisas de substâncias que atuem nesse “Cérebro do século XXI” (*op. Cit.*), consertando, ajustando, melhorando, aquilo que seria o defeito genético descoberto pelos cientistas. São as chamadas *neurotecnologias*, que, de acordo com Rose, ainda estão “cruas”, mas tornam-se cada vez mais “refinadas” e “emergentes” e oferecem soluções “mágicas” para doenças e transtornos diversos. O autor adverte ainda que:

O admirável mundo novo de hoje terá uma multidão de psicotrópicos especialmente projetados, disponíveis por escolha do consumidor (as chamadas drogas ‘espertas’, para intensificar a cognição) ou por prescrição do Estado (Ritalina, para controle do comportamento) (p. 15).

Desta forma, segundo o autor, as drogas utilizadas controlariam, modificariam ou até mesmo melhorariam comportamentos, pensamentos, habilidades, inaptidões, defeitos, a critério da “necessidade”. Questões de ordem ética e jurídica relacionadas às neurotecnologias são discutidas por esse autor, como no seguinte trecho:

Se o diagnóstico de crianças com ADHA – sigla em inglês para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – realmente prediz um comportamento criminoso no futuro (como apresentado por alguns “estudos”), elas deverão tomar Ritalina ou alguma outra droga correlata durante toda a infância? Ou ainda, se forem desenvolvidas drogas inteligentes (“esteróides cerebrais”, como têm sido chamadas), quais seriam

as implicações disso para as pessoas que lançam mão delas para passar em exames competitivos? (p. 15).

O presente trabalho não pretende aprofundar-se nessas implicações para nosso futuro, mas é importante que o leitor compreenda a complexidade das conseqüências do diagnóstico de uma criança com o TDAH e principalmente que se questionem as bases sobre as quais esse diagnóstico está sendo realizado. Apenas a título de ilustração de algumas das implicações dessa prática diagnóstica, ainda que fora da proposta deste trabalho, existe a possibilidade de utilização deste laudo como documento que ateste uma condição de “diferença” de uma criança perante outras, podendo ser usada em benefício daquele que possui um documento que alegue a sua “deficiência”. Um caso semelhante ao hipotetizado por Rose já é apresentado através da concessão de benefício pela justiça a uma criança “TDAH” visualizada no seguinte trecho:

O Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5ª) determinou ontem que o estudante Paulo Melcop, 14, seja provisoriamente promovido à 7ª série do Colégio de Aplicação, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O garoto sofre de hiperatividade e foi reprovado na 6ª em maio deste ano, quando terminou o ano letivo. Por unanimidade, a 4ª turma do Tribunal, composta pelos desembargadores Ivan Lira (relator), Lázaro Guimarães e Francisco Barros Dias, acatou o recurso movido pela família, que alega discriminação. (<http://www.tdah.org.br/imprensa01.php>)

O caso é polêmico e implica em muitos aspectos, considerações e conseqüências, contudo não serão tratadas neste momento, aborda-se, somente, a idéia da “deficiência” existente na criança, considerando que ela “tem” uma doença especificada de etiologia “possivelmente” genética.

Mesmo os autores que não questionam a etiologia biológica do TDAH admitem que “apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda são desconhecidas.” (Rohde, 2003, pg. 35), mas ainda assim, insistem que as “pesquisas

genéticas, embora não tenham encontrado genes definitivos na etiologia desse transtorno, apresentam investigações promissoras” (*id.* pg. 15). A contradição que cerca este “distúrbio do comportamento” é muito grande, pois alguns autores o descrevem como um transtorno de etiologia e diagnóstico bem estruturado, de sintomas “bem definidos”, o que facilitaria o seu diagnóstico, permitindo desta forma uma grande quantidade de estudos clínicos, genéticos, epidemiológicos e neurofisiológicos e o delineando como extremamente bem-pesquisado e com validade superior à maioria dos transtornos mentais e até mesmo de muitas condições médicas. Em outro momento, os mesmos médicos explicam que é desconhecida a etiologia do transtorno respaldada pela Associação Médica Americana. Os sintomas que os autores se referem serão melhor analisados no Capítulo II, em que se expõe a forma como se realiza hoje, este diagnóstico e como foram construídas estas categorias que descrevem os “sintomas bem-definidos”.

Uma vez *reificado* o conceito de TDAH, procuram-se causas genéticas para a síndrome. Segundo Schwartzmann (2001), a causa do TDAH seria:

a disfunção de uma estrutura encefálica denominada formação reticular ativadora, que tem funções muito importantes no que se refere aos mecanismos de atenção. É possível que haja um desequilíbrio entre alguns dos neurotransmissores, substâncias químicas responsáveis pela comunicação entre os vários tipos de células nervosas, e há evidências de que os neurotransmissores implicados sejam a dopamina e noradrenalina.
(p. 103).

Para este autor, a explicação para a ocorrência desses desequilíbrios a nível químico entre os neurotransmissores, “seria genética”. Mas ele mesmo ressalta que hoje, não se tem evidência empírica acerca do que foi exposto acima, existindo muitas hipóteses e possibilidades, assim como muita controvérsia. O autor defende, contudo, que está relacionada ao TDAH uma causa orgânica (“possivelmente”, genética) a ser tratada, mesmo sem a comprovação objetiva dessa crença.

Ainda que sem as comprovações empíricas, conforme citado pelos próprios autores que defendem as formas de diagnóstico atuais, a ênfase dada ainda é, segundo Rose (2006), ao que acontece dentro cérebro e do corpo da pessoa. O autor discorda desta maneira de compreender as doenças e transtornos. Embora seja um neurocientista, ele é muito crítico a esse reducionismo que consiste em explicar comportamentos e atitudes unicamente em função das atividades e funcionamento do cérebro. O autor afirma, em relação ao transtorno de déficit de atenção que a abordagem biológica deve ser no mínimo questionada, pois se trata de uma “suposição”: “O distúrbio é caracterizado por fraco desempenho na escola e incapacidade de se concentrar nas aulas ou de ser controlado pelos pais, e seria, supostamente, consequência de função cerebral defeituosa associada a um neurotransmissor, a dopamina.” (Pg.14).

Rose lança então, a seguinte pergunta: “Será que esta uma abordagem médico-psiquiátrica é apropriada para um problema individual, ou um quebra-galho barato para evitar a necessidade de questionar a escola, os pais e o contexto social mais amplo da educação?” (*id.* p. 15). É a pergunta que fica, também, para a autora.

HISTÓRIA DA REIFICAÇÃO DO TDAH

Na história dos conceitos relacionados ao TDAH, muitos textos consideram que os primeiros estudos realizados para averiguar estes problemas ocorreram em 1902. Aqui será apresentado o histórico segundo o descrito por Schwartzman (2001), iniciado pelo médico pediatra Inglês George Fredrick Still sugerindo que crianças com comportamentos diferenciados possuíam uma dificuldade na inibição de respostas aos estímulos, demonstrando-se agressivas, desafiadoras, indisciplinadas, com problemas na atenção apresentando pouco controle de seus comportamentos e então associando algum tipo de influência hereditária naquilo que, na época, ele chamou de *defeito no controle moral*. Desde então, portanto, nota-se o foco do problema no indivíduo, mesmo que sem, ainda, atribuí-lo a um dano cerebral. Nota-se, ainda, certa ênfase moralista, o que é interessante, já que, como veremos nos dois estudos de caso, o diagnóstico hoje ainda parece estar muito ligado a um julgamento moral, de “mau comportamento” na criança.

Algumas décadas mais tarde, os pesquisadores Meyer (1904, citado em Schwartzman, 2001) e Goldstein (1936, *ibid.*) sugeriram os termos *Distúrbio Orgânico do Comportamento e Lesionado Cerebral* para estes sujeitos que, segundo esses autores, apresentavam distúrbios comportamentais, em decorrência, agora, de algum dano cerebral. Outro pesquisador, Hohman, em 1922, observou nas crianças que haviam tido encefalite epidêmica (em 1917-18), problemas relacionados à atenção/concentração, memória, regulação do afeto, inferindo que estes se davam em decorrência de uma lesão do sistema nervoso central (*id.*).

Visto que crianças que haviam sofrido algum tipo de dano no sistema cerebral apresentavam distúrbios comportamentais, passou-se a acreditar que crianças com o mesmo comportamento, deveriam ter tido algum dano cerebral, ocorrido em algum momento, mesmo

sem comprovação objetiva de lesão cerebral. Esse quadro foi chamado de *Lesão Cerebral Mínima (LCM)* ou *Dano Cerebral Mínimo (id.)*.

É importante ressaltar que, na busca histórica para os termos e explicações para o TDAH, não são encontrados registros da comprovação dessas inferências, hipóteses ou deduções, de que lesões ou danos cerebrais eram os responsáveis pelos quadros clínicos. Mesmo assim, essas idéias seguiram avançando com o tempo, apenas modificando sua terminologia. O raciocínio, no entanto, é uma falácia lógica, pois se crianças que haviam tido lesão cerebral, apresentavam comportamentos “inadequados” de agitação, concluiu-se que crianças que tivessem comportamentos semelhantes, também “deveriam” ter a mesma lesão cerebral. Este raciocínio baseou-se puramente na afirmação do conseqüente, ou seja, trata-se de uma falácia lógica, porém é aceito até os dias de hoje e incorporado ao meio acadêmico e científico.

Este “distúrbio” firmou-se como existente, ou seja, foi reificado e adotou-se, a partir de 1957, através de Laufer e Denhoff (*id.*) a utilização do termo *hiperatividade* para descrever crianças com excesso de atividade motora, em decorrência de uma *possível* lesão do sistema nervoso central. Após a realização de um encontro em Oxford (Inglaterra), optou-se pelo termo *Disfunção Cerebral Mínima*, proposto por Clements e Peters em 1962 (*id.*), em detrimento da denominação *Lesão Cerebral Mínima*, “quando não se conseguiu detectar claramente esse dano” (Rose, 2006, p. 279).

Em 1968, a Associação Americana de Psiquiatria instituiu o termo *Reação Hipercinética da Infância (id.)*, padronizando um conjunto de critérios. “Na época um abismo entre os dois lados do Atlântico parecia muito largo” (*id.* p. 278).

Na Inglaterra, o tratamento aos jovens Britânicos problemáticos era descrito por terapias de modificação de comportamento, chamadas de *token economies* (economia de fichas), com perdas de privilégios e recompensas, de acordo com o merecimento ou não por

seus comportamentos adequados ou inadequados e os pediatras britânicos associavam muito raramente danos cerebrais específicos a esses casos (*id.*).

Por outro lado, nos Estados Unidos, segundo Rose (2006) o encaminhamento para estes “problemas de comportamento”, compreendidos como uma “doença” era bem distinto do que estava sendo realizado na Inglaterra, “lá nove vezes mais meninos que meninas, estavam sofrendo de uma doença específica, tal como classificada pela APA” (Rose, 2006, p.279) e as observações partiam de crianças que haviam sofrido alguma lesão cerebral traumática e que apresentavam comportamentos similares aos descritos por Still. Nota-se que os encaminhamentos no Brasil, seguem e seguem esses padrões americanos.

Em 1978, ainda segundo Schwartzman (2001) utiliza-se a nomenclatura *síndrome hipercinética da infância* até a mudança para a descrita no DSM-III, de 1980 (Manual de Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria) descrevendo o transtorno em duas categorias, diferente da sua edição anterior (DSM-II) – *Reação hipercinética da infância* – agora como o *Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade* (TDA/H) e o *Transtorno de Déficit de Atenção Sem Hiperatividade* (TDA/SH).

Na edição mais recente deste manual o DSM-IV (1995), e a que é utilizada até hoje, o *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* tem três subtipos, de acordo com a predominância dos sintomas; Tipo Combinado, Tipo Predominantemente Desatento, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Outros termos aceitos para o distúrbio são os descritos no Manual de Diagnose e Estatística dos Estados Unidos (US Disgnostic and Statistical Manual), *Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade* - ADHD e o classificado no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), que é o referencial utilizado por toda a classe médica, inclusive pelos psiquiatras, neurologistas e pediatras que

diagnosticam a doença, classificada pelo CID: F-90.0 - Distúrbio da atividade e da atenção – Visualizado dentro da categoria geral dos Transtornos do Comportamento e Transtornos Emocionais que Aparecem Habitualmente Durante a Infância ou a Adolescência – na subdivisão *transtornos hipercinéticos*.

O diagnóstico realizado a partir do Manual do DSM-IV, como é proposto pelos médicos, corresponde ao “enquadramento” dos sujeitos em algumas categorias de comportamentos. Estas categorias serão melhor discutidas no próximo capítulo onde abordase de forma mais detalhada como a literatura médica recomenda que se faça o diagnóstico atualmente.

Nota-se que o nome da “doença” mudou ao longo das pesquisas e o modelo biomédico prevaleceu, sem que fosse analisada criticamente a “prevalência” ou mesmo a existência de uma síndrome “bem definida”. Legnani e Almeida (2008) criticam as mudanças ocorridas na evolução da nomenclatura do “TDAH” destacando que:

não houve mudança alguma na postura científica dos pesquisadores que pudesse trazer alguma criticidade ou questionamento sobre um ponto crucial acerca dessas “entidades clínicas”, qual seja: a impossibilidade de comprovar uma anormalidade biológica que justificasse a inclusão dos referidos quadros como patologias orgânicas (p. 6).

Desde as primeiras descobertas relacionadas até o que hoje é nomeado TDA/H, como se pôde observar no histórico da “doença”, o ponto de partida é o “comportamento inadequado” de inquietação ou agitação apresentado pelo indivíduo, que estaria trazendo conseqüências diversas, inclusive baixo rendimento escolar para a criança. Em seguida, a tentativa é a de sempre relacionar esse comportamento a uma falha orgânica primária (genética, neurológica, disfunção cerebral) como forma de explicar o fenômeno. E conseqüentemente, tratar, controlando a “agitação ou desatenção” da criança, em geral, através do uso de psicotrópicos como poderá ser comprovado nos dois estudos de caso.

Werner (2005) apresenta uma versão complementar, muito importante e ao mesmo tempo reflexiva para o surgimento do atual transtorno, chegado ao Brasil via literatura norte-americana nas décadas de 60 e 70. O autor relata que o cenário sócio-econômico dos E.U.A, duas décadas após a II Guerra Mundial, era o de expectativa de crescimento, e ocorriam problemas decorrentes do modelo econômico daquele país, em que “a classe média não conseguia viver de acordo com a imagem de abundância e prosperidade projetada pelo ‘american way of life’.” (p. 105). A família americana passava por problemas como o “aumento do número de divórcios, rápido crescimento do uso de tranqüilizantes, alta incidência de stress e doenças relacionadas ao tipo de emprego, ocorrência de um número maior de suicídios, rebelião e alienação dos jovens, movimento hippie.” (p. 106).

As crianças de classe média (inteligentes e bem nutridas) que, nessa época, apresentavam problemas de comportamento e aprendizagem, eram diagnosticadas por médicos e especialistas no assunto com uma disfunção cerebral mínima (DCM), naquele período assim chamada. O rótulo era uma resposta à tentativa dos pais – e que foi bem aceita socialmente – de compreender e tentar solucionar o fracasso escolar de seus filhos, uma vez que estas eram crianças integrantes de uma pretensa família próspera dos Estados Unidos, não podendo, jamais, ser diagnosticadas como retardadas da forma como ocorria com as crianças das minorias étnicas e das classes populares (pobres e desnutridas). A facilidade e popularização dos quadros diagnósticos são interpretadas por Werner (2005) da seguinte maneira:

Num contexto social em que, através de vários movimentos e demandas, exigiam-se mudanças na sociedade, o campo dos distúrbios da aprendizagem significava uma boa saída para as instituições públicas, em face de sua rápida aceitação. Através de pequenas medidas reformistas, para atender as crianças com problemas, não haveria necessidade de se enfrentar as verdadeiras questões econômicas e sociais. Talvez esse tenha sido o

principal motivo do apoio e adesão das autoridades e legisladores à causa das crianças com incapacidade para aprendizagem. (p. 106)

Werner (2005) aponta que aliada a este favorecimento social estava à autoridade médica científica, inquestionável, pronta para a emissão dos diagnósticos, que perdura até hoje. Também se apresentava como favorável o surgimento de um novo e promissor campo de trabalho, voltado para os distúrbios da aprendizagem, necessitando de vários especialistas que entendessem do assunto e que pudessem auxiliar essas crianças problemáticas. Sem contar as possibilidades de atuação da indústria farmacêutica, que ajudava, e ainda ajuda, a financiar pesquisas voltadas para este campo, reforçando o seu estabelecimento. Contudo, para esse autor, o conceito da doença, hiperatividade, historicamente como foi concebido apresenta sua inconsistência e que a forma de diagnóstico muito “objetiva”, visa facilitar o trabalho dos médicos através da utilização de testes psicométricos e escalas comportamentais baseados em critérios (mecanicista) e que trazem conseqüências sociais importantes ao futuro das crianças encaminhadas aos serviços de saúde com as queixas relacionadas à escolaridade, enquadrando-as em determinados rótulos impedindo-as de desenvolverem suas capacidades.

Nota-se a herança desse modelo americano, de que algumas crianças possuiriam limitações intrínsecas que as impediriam de aprender, umas por “retardo mental” outras por “problemas (cerebrais) de concentração”. O modelo, incorporado à nossa realidade brasileira cabe muito bem nos moldes de discriminação e preconceito existente no nosso país, como anteriormente citado por Patto, e confirmado por Machado (1990) “O sistema educacional tem partido de falsa premissa de que inteligência não se ensina e, por isso, nós temos arcado com todas as conseqüências de uma conclusão errada. [...] A teoria dos racistas do século passado estava errada.” (p. 16).

Em resumo, historicamente é possível perceber falácias tanto na construção do conceito de hiperatividade quanto na atribuição de possíveis causas. O fenômeno foi naturalizado, e pode-se observar que as dimensões sociais, econômicas, políticas e estruturais

a ela associados em momento algum foram levados em consideração ou investigados no processo de construção e expansão dos conceitos sobre o “transtorno”. A ênfase (não a constatação) foi sempre no sentido de buscar as causas junto ao indivíduo problema, dentro do seu organismo “defeituoso”. Esta busca incessante de documentos que respaldem cientificamente o fator biológico da “doença” será tema para o próximo capítulo.

CAPÍTULO II

O DIAGNÓSTICO DO TDAH E SUAS IMPLICAÇÕES

“Eles (os deterministas biológicos) pintam a si mesmos como os detentores da verdade nua e crua e a seus oponentes como sentimentais, ideólogos e sonhadores.”

Gould

O transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, conforme descrito no capítulo anterior, “estabeleceu-se” como doença psiquiátrica e vem sendo tratada como tal. Ele consta no CID-10 (Código Internacional de Doenças) e hoje é diagnosticado, de acordo com o Dr. Paulo Mattos em entrevista à revista *Psique*, seguindo os parâmetros do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria) sendo necessário “ter pelo menos 12 indicadores de uma lista de 18 sintomas, nove de desatenção e nove de hiperatividade, reconhecendo-se três subtipos do transtorno de acordo com a preponderância: o desatento, o hiperativo e o combinado” (*Psique*, ano II, nº 24, p.08). Quanto à prevalência, na mesma entrevista com o médico é possível perceber como o transtorno cresceu em popularidade e como ele já é aceito como uma “doença que aflige mais de 3,6 milhões de brasileiros”. O entrevistado não cita a fonte deste número.

Pelo DSM-IV, o diagnóstico do TDAH é baseado na existência de seis ou mais sintomas de desatenção (listados no Manual), e ou seis ou mais sintomas de hiperatividade (listados no Manual), que tenham persistido “durante pelo menos seis meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento” (p. 82). Pelo menos alguns desses critérios precisar ter sido detectados antes dos sete anos de idade, e os sintomas devem se manifestar em pelo menos dois contextos (por exemplo, escola e casa), e devem causar claro prejuízo no desempenho social, acadêmico ou ocupacional. Caso apenas os critérios de

desatenção estejam presentes, diagnostica-se o tipo predominantemente desatento; caso apenas dos critérios de hiperatividade, diagnostica-se o tipo predominantemente hiperativo, e caso ambos os conjuntos de critérios se cumpram, o diagnóstico é do tipo combinado.

Os critérios para diagnóstico de desatenção são “(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras (b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções) (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa) (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais) (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias.” (DSM-IV, p.82) Vale a pena citar literalmente os critérios porque chama a atenção o quanto eles estão ligados ao contexto escolar. Apesar de se dizer que os sintomas devam ocorrer em mais de um contexto, e de serem também citadas “atividades ocupacionais”, os exemplos repetidamente citam contextos como tarefas escolares, deveres escolares, instruções, materiais escolares, etc. Os critérios de hiperatividade não serão todos citados aqui, mas, de forma semelhante, referem-se em vários pontos a contextos escolares ou semelhantes ao contexto escolar, como o critério A (2)-b: “freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado” (p. 83). De forma óbvia isso facilita enormemente a “detecção” dos sintomas por alguém que esteja inserido no contexto escolar. De fato, pedir ao professor que detecte os sintomas é prática corrente no diagnóstico. Por exemplo, a página da Associação

Brasileira de Déficit de Atenção (<http://www.tdah.org.br>) disponibiliza integralmente uma escala chamada SNAP-IV. A escala, apesar de constar que teria sido “construída a partir dos critérios do DSM-IV”, é na verdade a cópia literal dos critérios constantes no Manual, em forma de escala. O site, além de disponibilizar a escala, sugere: “Você também pode imprimir e levar para o professor preencher na escola”.

Nota-se, portanto, que o diagnóstico do TDA H é baseado em critérios que não são físicos, apesar de, como vimos no Capítulo I, haver extensa literatura buscando uma etiologia biológica para o transtorno. O médico psiquiatra e professor Paulo Mattos, em relato à revista *Psique (op. cit.)*, define que o diagnóstico baseia-se principalmente em sintomas comportamentais descritos no DSM-IV, segundo ele por ser o TDAH uma doença dimensional, ou seja, segundo ele não há um exame específico para constatar se a pessoa tem ou não a “doença”. O professor Mattos afirma que o TDAH não é como a hepatite, em que o paciente é soropositivo ou não¹, Segundo ele, o TDAH é de difícil diagnóstico, cabendo ao profissional avaliar a dimensão dos sintomas descritos. Ele explica que esta avaliação fica à critério do médico. A primeira questão a ser levantada seria a de como “dimensionar”? Esta “dimensão” dos sintomas parece ser muito subjetiva e envolveria muitos fatores para ser concluído, como por exemplo, os fatores culturais. Antes ainda, de se pensar a dimensão dos sintomas, como se teria chegado à descrição destes? Nota-se que, ao mesmo tempo em que o entrevistado admite que o diagnóstico do transtorno não tem critérios firmes, ao mesmo tempo, em nenhum momento questiona sua existência, sendo este um ponto “primordial” para o próprio tratamento ou mesmo o diagnóstico de qualquer doença. Como tratar ou diagnosticar “algo” sem a comprovação da sua existência? Outro ponto interessante é que, apesar dos critérios para diagnóstico serem comportamentais, o tratamento preferencial é

¹ “O que o Dr. Mattos não parece perceber é que o TDAH não se diferencia da hepatite apenas por ser de ‘difícil diagnóstico’ ou por não possuir um indicador físico concreto, mas também pela fragilidade do próprio conceito.

medicamentoso, e não comportamental. A proposta do DSM-IV é justamente a de classificar indivíduos, baseado em características ou sintomas, como descrito:

O DSM-IV é uma classificação categorial, que divide os transtornos mentais em tipos com base nos conjuntos de critérios com características que os definem. Essa designação de categorias é o método tradicional de organização e transmissão de informações na vida cotidiana, e tem sido a abordagem fundamental usada em todos os sistemas de diagnóstico médico. Uma abordagem categórica à classificação funciona melhor quando todos os membros de uma classe diagnóstica são homogêneos, quando existem limites claros entre as classes e quando as diferentes classes são mutuamente excludentes. Contudo, as limitações do sistema categórico de classificação devem ser reconhecidas. (p. xxi)

Neno e Tourinho (1997) explicam que as tentativas de se classificar transtornos mentais são iniciativas anteriores ao advento da psiquiatria, e que o DSM (Manual Diagnóstico e estatístico dos Transtorno Mental) é mais uma dessas tentativas, que é “marcada especialmente pelo debate em torno da estrutura de sistemas particulares de classificação, sob a influência periódica de diferentes escolas de pensamento” (Morey, Skinner & Blashfielde, 1986 citado em Neno e Tourinho, 1997, p.139). As variações e implementações deste manual são duramente criticadas por esses autores assim como as possíveis restrições de seu uso. E a forma como este manual foi elaborado coloca em “xeque” a própria metodologia da APA (Associação Americana de Psicologia) que o validou. Esta problemática pode ser apreciada no texto de Beutler (1998, *id.* p. 141):

Um exemplo mais recente do poder das forças não empíricas sobre a voz da ciência encontra-se na evolução, aceitação e materialização do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição (...) No rígido processo político que resultou naquele documento, sintomas foram agrupados e rotulados através do poder de persuasão e voto, em franca contradição com a evidência científica, indicando que nem um sistema de

categorias nem os grupos particulares de sintomas identificados representavam a natureza dos problemas humanos... (p. 116)

É verdade que os profissionais afirmam que o diagnóstico deve basear-se na entrevista clínica e não somente em escalas ou questionários baseados no DSM-IV, como explicado pelo Dr. Paulo Mattos, presidente da Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Independente do método utilizado, o que se verifica é um esforço muito grande em localizar a “doença” no organismo do indivíduo; e as pesquisas presentes na literatura convergem neste sentido, o de realizar exames físicos e psicológicos que procurem indícios ou sinais no corpo ou características psicológicas que se correlacionem com os sintomas do TDAH. Desta forma, são feitos exames de tomografia, eletro encefalogramas, testes psicométricos, testes neurológicos. No entanto, contraditoriamente a essas tentativas de encontrar (ou melhor, criar) indícios concretos do TDAH, outros profissionais se referem a esses exames como não sendo válidos para o diagnóstico do TDAH, como observado nas conclusões do Consenso brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos (tdah), coordenado pelo Dr. Paulo Mattos²

O diagnóstico de TDAH permanece sendo clínico, obtido através de uma anamnese cuidadosa, o emprego de critérios clínicos bem descritos e treinamento no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos no adulto. Apesar de inúmeros relatos de alterações eletroencefalográficas, neurofuncionais e de neuroimagem, tais testes e exames laboratoriais não possuem valor preditivo (tanto positivo como negativo) suficientemente alto para recomendar seu uso no ambiente clínico. Para o diagnóstico de TDAH é recomendável o emprego de escalas (tais como a ASRS-18) baseadas nos critérios do sistema diagnóstico da DSM-IV e a correta identificação de comorbidades, muito freqüentes, o que exige avaliação por especialista ou treinamento especializado. (p. 13)

² Não consta ano de publicação deste documento. Nota-se que este é o mesmo médico especialista que descreve o TDAH como doença de sintomas e metodologia “bem-definidas”.

Um ponto interessante é que o trecho acima citado se refere a adultos. Até pouco tempo atrás não eram muito freqüentes as referências ao diagnóstico de TDAH em adultos e afirmava-se que os sintomas do TDAH tendiam a desaparecer com a idade adulta. Acerca dessa recente atenção aos “portadores” adultos do TDAH. Legnani e Almeida (2008) expõem uma interessante crítica: “Esta premissa (a de que adultos também podem ter o TDAH) se consolidou, podemos presumir a partir da contradição que reside nas explicações etiológicas de TDA/H. Considerando-se que o discurso médico pressupõe uma etiologia orgânica para esse transtorno, não faria sentido o desaparecimento de TDA/H com o término da adolescência.” (p. 7). Ou seja, se cada vez mais se fortalece a pressão em direção a uma interpretação do TDAH como sendo um transtorno de origem orgânica, nada mais natural do que considerar que a “doença” continuaria existindo durante a fase adulta. Dentro da literatura relacionada ao transtorno é possível observar claramente que os livros destinados ao grande público parecem manuais que tentam ensinar aos pais, professores, familiares a lidar com o “problema”, tratá-lo e entendê-lo, partindo-se da aceitação do pressuposto de doença instalada na criança, ou melhor no cérebro da criança, contudo não é esclarecido nestes textos a existência de evidências empíricas do defeito cerebral, nem da suposta causa deste transtorno. Não é objetivamente elucidada a “verdade” que é defendida, de causa e efeito, do pensamento linear presentes no imaginário comum que determinaria e explicaria o “transtorno” e que é aceita como verdadeira, conforme o exposto no capítulo anterior. Um exemplo de fonte informativa destinada ao grande público é o já citado site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, criada em 1999, (<http://www.tdah.org.br>). A Associação descreve-se como entidade sem fins lucrativos e com o objetivo de difundir os conhecimentos acerca do transtorno, ajudando o portador e familiares no tratamento e no diagnóstico. Para isso, pessoas interessadas (profissionais da área ou “portadores” e familiares) devem associar-se, fazendo uma doação em dinheiro (o boleto bancário é enviado à residência do associado) passando

então a ter direito de assistir vídeos, receber informativos, participar de palestras, congressos, conferências, promovidas pela própria ABDA ou seus colaboradores, ou até mesmo fazer cursos on-line. Ou seja, as informações a que os associados teriam acesso, de forma muito generosa, é fornecida pela própria associação. No entanto, algumas informações básicas não constam no site da associação, quais sejam aquelas que remetem ao debate acerca da própria consistência do conceito de TDAH. Não são discutidas, controvérsias, indefinições, muito menos o histórico da “entidade” TDAH. Fica muito claro que o objetivo do site é divulgar e naturalizar a idéia de TDAH, jamais questionar o construto.

Pode-se pensar que, para os leigos, as pesquisas que constam no site servem para dar a “segurança” do embasamento “científico”, porém esta “atitude de divulgação de informações” não faria, a princípio, a menor diferença. Primeiro porque os resultados não são facilmente acessíveis para leitura, ou porque estão em inglês ou porque a “linguagem científica” não é para todos entenderem mesmo; e segundo que não faz parte de nossa cultura duvidar da veracidade de publicações científicas, desta forma imagina-se que, se constam resultados “científicos” no site supõe serem válidos.

Como foi dito, no mesmo site é muito simples fazer um diagnóstico, pois os 18 sintomas estão descritos e é esclarecido como se deve proceder, caso queira constatar se você se enquadra ou não no transtorno. É inevitável pensar que quem entra na página irá rapidamente fazer seu auto-diagnóstico, mesmo que lá conste a informação de que o diagnóstico final só possa ser emitido por um profissional habilitado para tanto. Mas, a pessoa ainda pode obter a facilidade da versão impressa do questionário, possibilitando a entrega do papel, por exemplo, para a professora de seu filho, ou para algum colega que se suspeita ter o “problema”.

As formas de tratamento diante do “suposto” transtorno podem variar de acordo com a exigência e/ou conhecimento do paciente e sua família. Indica-se desde o tratamento de

suspensão de aditivos químicos, corante, açúcares ou outras substâncias que possivelmente causariam a desatenção ou hiperatividade da criança, até tratamento psicoterapêutico associado ou não à medicação alopática ou até homeopática, sendo a opção do uso de psicotrópicos, através do metilfenidato (nome genérico para a comercializada Ritalina) a alternativa mais usual e “aceita” como a melhor.

Estes comportamentos que perturbariam e atrapalhariam a vida da criança, e dos que convivem com ela, foram catalogados e, como vimos, passaram a ser decisivos para o diagnóstico. Contudo, segundo o neurologista Schwartzman (2001) estes dados (sintomas) não são confiáveis “O diagnóstico não tem qualquer comprovação mais objetiva, como um exame de laboratório ou mesmo um teste confiável, temos que nos satisfazer com diagnósticos que nem sempre são baseados em dados fidedignos” (p. 78). Este aspecto da veracidade dos “dados ou informações” sobre o indivíduo a ser diagnosticado ficará mais clara no momento em que são apresentados os resultados e discussão dos estudos de caso.

Para respaldar “cientificamente” o diagnóstico, os médicos e cientistas estão à procura de exames e testes que venham comprovar a idéia de um defeito no cérebro de um indivíduo com TDAH, e esta iniciativa se perpetua desde 1902 como vimos no histórico do transtorno. Em pesquisa atual Szobot et al (2001) realizou exames de neuroimagem cerebral, em indivíduos ditos TDAH e normais, na tentativa de mapear e observar o funcionamento e metabolismo do cérebro, reafirmando o cunho biológico do problema. Tais pesquisas buscam visualizar no cérebro alguma anormalidade para justificar a dificuldade de concentrar-se do indivíduo, os próprios pesquisadores após o estudo chegam à seguinte conclusão, muito parecida com uma anteriormente citada:

Assim, não existem dados científicos para justificar o uso da neuroimagem na prática clínica em TDAH. O diagnóstico do TDAH ainda tem o critério clínico (DSM-IV ou CID-10) como base. Logo, um exame de NI alterado não tem poder nem para excluir e nem para confirmar o diagnóstico de TDAH. O

mesmo se aplica ao seu emprego em casos individuais com vistas a decisão medicamentosa ou parecer prognóstico. Espera-se que tais exames ocupem um espaço direto na área clínica no futuro; no entanto, a sua indicação ainda restringe-se aos ambientes acadêmicos, em situações de pesquisa. (SI-34).

Infelizmente estes resultados só são acessíveis aos mais questionadores e incrédulos da verdade absoluta e se restringe ao próprio meio acadêmico científico que o promoveu. Mesmo diante de tal resultado, os pesquisadores deixam claro que hoje o exame de neuroimagem não serve para o diagnóstico ainda, mas, que no futuro espera-se utilizá-lo. Isso evidencia novamente a crença de que realmente exista um local no cérebro, ainda não visualizado, que um dia o será, que provoca as alterações no indivíduo com comportamentos desatento e inquieto. O mais grave ainda é aceitar esta “possibilidade” como verdadeira na atualidade, e a partir de suposições mesmo não confirmadas propagarem um “mito”, revestindo-o de linguajar científico, que passa a ser diagnosticado e tratado.

Na entrevista à revista *Psique*, um dos considerados principais especialistas no Brasil, sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o médico e professor Paulo Mattos, apresentou o número (anteriormente citado) de mais de 3,6 milhões de portadores deste transtorno, e que destes menos de 5% têm o diagnóstico, não existindo um controle rigoroso para os diagnósticos, assim como existe, por exemplo, para a AIDS. E que para se chegar a este dado aproximado, utiliza-se o número de venda dos medicamentos e dividi-se pelo índice de prevalência. A estimativa é um cálculo de uma criança portadora em cada sete. Segundo dados da *Revista Veja* (27/10/2004) seriam 25.000 crianças brasileiras tomando medicação específica para o TDAH. Contudo, Mattos defende o uso do medicamento afirmando que a melhora dos sintomas primários deste transtorno só é sentida com a medicação, no caso a Ritalina.

O uso continuado desta droga tem gerado muita polêmica por todo o mundo, pesquisadores norte-americanos concluíram em pesquisa utilizando técnicas sofisticadas para estudar o cérebro humano, que a Ritalina produz o mesmo efeito sobre o cérebro que a cocaína. Os estudos também mostraram que as crianças hiperativas que tomam Ritalina são mais propensas a se tornarem tóxico-dependentes do que aquelas que não tomam o medicamento. A Ritalina também pode alterar todo o perfil biodinâmico dos usuários e causar o mesmo efeito devastador que o uso prolongado de cocaína. (<http://www.taps.org.br/Paginas/hiperartigo02.html>).

As crianças diagnosticadas além do tratamento medicamentoso com psicotrópicos, recebem “tratamento” distinto das outras crianças, sendo enxergadas como doentes. As conseqüências psicológicas, sem contar as biológicas, podem ser irreversíveis para o indivíduo em questão. Diante de tantas incertezas, do número crescente de diagnósticos e de seus possíveis efeitos sobre a criança diagnosticada entender como se dá esse processo de diagnóstico é “urgente” como enfatizou Werner (2005). Não compreender o processo seria fechar os olhos para uma situação atual e crescente, que pode também estar equivocada, tornando-se rotineira e “normal”. No capítulo que se segue, observa-se que este estudo poderá contribuir com o conhecimento acerca deste transtorno, abrindo para uma reflexão que poderá modificar o curso do diagnóstico bem como a própria compreensão do que se passa com indivíduos que apresentam comportamentos “inadequados” e daqueles que os “diagnosticam” podendo vir a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em questão.

CAPÍTULO III

O CAMINHO DO DIAGNÓSTICO: DOIS ESTUDOS DE CASO

Esta pesquisa foi primeiramente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do UniCeub e por este aprovada sob registro no Ministério da Saúde (CAAE 3457.0.000.303-08) todos os participantes desta pesquisa leram e assinaram o termo de consentimento livre (Anexo 50).

Para a investigação e compreensão dos eventos que ocorrem até o diagnóstico final para o que é denominado pela medicina como “Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade” em crianças de idade escolar, realizaram-se dois estudos de caso. Procurou-se compreender melhor o processo que leva ao diagnóstico a partir de uma abordagem dinâmica e utilizando múltiplas fontes de informação. Não foi previsto um roteiro prévio, mas sim, numa espécie de “trabalho de detetive”, procurou-se refazer o caminho do diagnóstico de duas crianças, por meio de análise documental, entrevistas com parentes e profissionais envolvidos, observação, etc. Os dois estudos de caso foram realizados, não com o intuito de “corroborar” pré-concepções ou hipóteses, e nem de ir a campo “colher dados puros” mas sim de, num diálogo constante com a teoria, poder abrir novas “zonas de sentido” (Gonzalez-Rey, 2002). Esta abordagem foi adotada em primeiro lugar por possibilitar uma melhor construção interativa tanto na coleta de dados quanto no processo heurístico da análise das informações e também por ser este um método investigativo que valoriza a comunicação na pesquisa, permitindo a construção do espaço da própria pesquisa e do objeto a ser estudado, assim como a interação destes produzindo os resultados a serem analisados. Além disso, esta abordagem metodológica vem ao encontro da própria problemática a ser investigada, ou seja, trata-se de uma metodologia que tem como base o questionamento da suposta “exatidão” de dados que comprovem ou validem uma hipótese. Nos casos aqui rastreados, é colocado em xeque

justamente o modelo acrítico de “pesquisa científica”, em que os instrumentos, como exames e testes padronizados (mesmo quando não realizados!) irão dar sustentação à categoria diagnóstica do “TDAH”. Para esta “necessidade de precisão” científica como forma correta de investigação Gonzalez-Rey (2002) esclarece:

A tendência dominante na pesquisa psicológica tradicional menospreza a informação produzida pela pesquisa através de fontes diferentes aos instrumentos definidos no desenho, pois entre os princípios epistemológicos que a sustentam se considera que a única informação válida é a reportada pelos instrumentos validados, confiáveis e padronizados: o valor da pesquisa se define pela qualidade dos instrumentos, como se entre eles existisse uma relação linear. (p. 56).

Na atual pesquisa foram valorizadas as informações, conforme propõe Gonzalez-Rey, coletadas a partir de diálogos, em entrevista, com os envolvidos no processo investigado. Também foram obtidas informações documentais de exames, testes e laudos de cada criança.

Para isso, foi necessário inicialmente localizar crianças com tal diagnóstico; o local mais fácil para acessá-las seria a própria escola onde estudavam. A escola selecionada para o início da pesquisa foi a mesma onde a pesquisadora trabalha como docente, pela facilidade de acesso. Com o consentimento da Diretora da escola para iniciar a pesquisa, foram identificados pelo sistema informatizado da escola oito alunos diagnosticados como portadores do TDAH. Para as famílias desses alunos foi enviada uma carta convite (Anexo 1) solicitando a participação voluntária na presente pesquisa. Os responsáveis deveriam devolver um canhoto do documento informando que haviam recebido a carta e respondendo se participariam ou não, podendo entrar em contato com a pesquisadora também por telefone. Apenas uma família respondeu ao chamado através do canhoto e duas por telefone, uma destas famílias mostrou-se muito desconfiada e na verdade ligou para obter informações não demonstrando muito interesse em participar, revelando que não acreditava muito em psicólogo. Desta forma, a pesquisadora iniciou as entrevistas com duas dessas famílias, indo

até as suas residências. A escolha por essas duas crianças que seguiram para o estudo de caso ocorreu em função da compatibilidade de horário, entre as famílias e a pesquisadora e também pela demonstração de maior interesse dessas duas famílias selecionadas.

O primeiro instrumento de investigação utilizado foi o do diálogo, primeiramente com um membro da família da criança (nos dois casos, essa conversa deu-se com a mãe das crianças). Esse diálogo iniciou-se com a pergunta (ou fala) da pesquisadora de como era a criança em casa e como, ou o que aconteceu para que a família procurasse um atendimento médico especializado, no caso primeiramente com uma neurologista, como observado através dos documentos, e assim os temas se seguiram livremente. A partir desse primeiro contato com a família, foram identificados como participantes no processo do diagnóstico: médico, psicólogo e professor, através dos documentos que cada família possuía relativo ao processo do diagnóstico. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com esses profissionais, as quais foram gravadas e transcritas (ver Anexos 47,48,49). Por falta de equipamento naquela fase da pesquisa, as conversas com as duas mães das crianças não foram gravadas. Analisaram-se também documentos: escolares, médico e psicopedagógicos, formando-se um dossiê de cada criança. Portanto, a pesquisa se realizou por meio da reconstituição do processo de diagnóstico de duas crianças, doravante denominadas Rosa e Tulipa. A seguir, descreveremos os detalhes da metodologia utilizada para reconstrução do processo de diagnóstico de cada caso. Ao mesmo tempo, essas informações serão discutidas e problematizadas.

CASO Nº 1: TULIPA

A primeira conversa foi a que ocorreu na casa de Tulipa, localizada na Cidade Estrutural. A pesquisadora fora recebida nesta casa, no final da tarde, pela mãe de Tulipa que já aguardava na esquina, devido à dificuldade da localização do endereço. Estavam na

residência, a filha mais velha (15 anos), o irmão mais velho (09 anos) e sua mãe, Tulipa estava na escola e o pai trabalhando. A conversa ocorreu na cozinha, e por falta do equipamento de gravação não foi possível este recurso, sendo anotadas em um caderno as informações que surgiram durante a conversa. . A mãe parecia ansiosa com a visita da pesquisadora e foi muito solícita e gentil. Esclareci à mãe de Tulipa os objetivos da pesquisa e percebi que na verdade ela também estava interessada que eu esclarecesse o que sua filha tinha, ou qualquer nova informação acerca daquele “transtorno” que ali estava sendo estudado. Respondi que era justamente esta compreensão que eu também buscava. A mãe foi até o quarto e me trouxe uma pasta com alguns documentos da criança, desde cartão de marcação de consultas, até raios-X, declaração escolar.. Os documentos úteis à pesquisa foram xerocados com a permissão da mãe e passaram então a integrar as informações disponíveis na reconstrução do diagnóstico de Tulipa. Em conversa com a mãe, a pesquisadora perguntou como era a criança, ela então relatou que Tulipa, tanto em casa como na escola, era uma menina muito incompreensiva, ela não entendia porque a filha era assim, que desde pequena não aceitava ser contrariada, nos momentos de disputa com sua irmã (muito calma, segundo a mãe e que nunca lhe dera trabalho, como Tulipa), por exemplo, geralmente esta cedia em favor de Tulipa porque do contrário ela ficava muito irritada e chegava até a bater. Desta forma, em geral, a criança conseguia o que queria com os pais. A mãe relatou ainda que o pai de Tulipa era um homem muito calmo mas que interagia pouco com os filhos, deixando a maioria das decisões em relação aos filhos por conta da mãe, que havia se queixado em vários momentos para o marido, sobre a acomodação dele. A pesquisadora procurou saber se Tulipa tinha algum problema de saúde, e a mãe relatou que Tulipa apresenta uma sinusite que a incomoda muito atrapalhando para dormir, tornando o seu sono muito agitado. Na conversa com a mãe fica claro que nenhum esclarecimento médico ou por parte da escola lhe fora dado frente esta “situação diagnóstica” de Tulipa, nem

tão pouco, acompanhamento mais detalhado, apenas que Tulipa tinha “aquilo” e que necessitava de tratamento medicamentoso assim como uma maior atenção escolar. O tratamento prescrito à Tulipa fora a ingestão medicamentosa com Ritalina 10 mg, conforme descrito em ficha de “Solicitação de Medicamentos Excepcionais” datado em 23/08/07 (Anexo 16). A mãe de Tulipa serviu-me um café, com pão de queijo comprado na hora e disse que estaria a disposição para o que a pesquisadora precisasse, neste momento a vizinha chega até a casa e conversa conosco, a mãe de Tulipa explica que o filho daquela senhora também tinha “o mesmo problema de Tulipa”. Sem poder ficar mais no local devido ao horário, a pesquisadora despediu-se e solicitou que a mãe, no dia que fosse a escola, a procurasse para então tirar as cópias dos documentos que lhe interessavam, por não ter xérox próxima daquele local. A partir daí iniciou-se o processo de análise documental, que se deu pelos relatórios escolares. Acessando um relatório da escola, do ano de 2003 (Anexo 03) quando Tulipa tinha cinco anos, lê-se, em espaço destinado ao relato da “situação do aluno, frente às áreas ou dimensões trabalhadas no 1º semestre”:

Aluna frequente e pontual.

Realiza as atividades sem interesse e às vezes recusa-se (sic) em (sic) realizá-las.

A partir do 2º bimestre a aluna se tornou desobediente em todos os aspectos: comendo lanche dos colegas; brigando e tomando-lhes coisas; não obedecendo o momento de cada atividade. Gosta de desafiar a professora e não fica no castigo quando lhe é imposto devido ao mau comportamento.

Quando contrariada fica emburrada e às vezes chora por sentir que a sua vontade não prevaleceu em relação à vontade da maioria.

Tem acompanhamento familiar.

Nota-se, no texto, que a ênfase dada é a supostos comportamentos inadequados e ao julgamento negativo da criança. A professora praticamente não se refere às áreas ou dimensões trabalhadas por ela no semestre, conforme pede a ficha de avaliação. A título de

esclarecimento, este instrumento serve para que fique registrado os conteúdos que já foram trabalhados pela professora e como está respectivamente o desenvolvimento do aluno naquele período para que se possa dar seqüência ou reforço nos conteúdos necessários e previstos pelo programa. Neste relatório é focalizada a conduta da criança e são usados termos que não descrevem nem contexto e nem interações, e sim supostas características, tais como desinteresse, “desobediência” e “mau comportamento”, assim como “gostar de desafiar a professora” Pode-se pontuar inclusive estes comportamentos citados: (a) Falta de interesse (b) Recusa as atividades (c) Desafio à professora (d) Não aceitar o castigo imposto (e) Emburrar (f) Chorar quando frustrada.

Diante de tal situação, alguns questionamentos poderiam ser levantados, a título de reflexão da situação relatada. Por que o desinteresse e recusa pelas atividades? Em que contextos isso ocorre? O que a professora chama de “desafiar” e exatamente em que situações e de que forma se daria este ‘desafio’? A imposição de castigo seria uma boa alternativa para situações como esta? O emburramento e choro na frustração poderiam “apontar” para o quê? Estas seriam algumas das questões que qualquer pessoa ao ler o relatório poderia fazer, em especial, supõe-se, a escola juntamente com essa professora e a família, na tentativa de compreender e principalmente atuar de forma positiva para uma mudança. Caberia aqui de forma muito explícita a atuação do psicólogo, não somente na realização de testes, mas inserido na dinâmica escolar, atuando sistematicamente em todo contexto educacional. Em nenhum momento a professora cita ações dela ou estratégias que tenha utilizado visando a qualidade de aprendizagem da criança. Infelizmente, não foi possível localizar a professora para maiores esclarecimentos, porque no documento só consta a rubrica da professora sem o seu nome especificado, como também não foi encontrado no material disponível, nenhum tipo de acompanhamento, esclarecimento ou encaminhamento dado a essa situação. Faz-se no relatório referência a um acompanhamento familiar, não sendo possível elucidar que tipo de

acompanhamento foi este, por estar somente escrito desta forma: “Tem acompanhamento familiar”.

No semestre seguinte, do mesmo ano, é possível perceber que a aluna mudou de escola e que, desta forma, o relatório do segundo semestre fora preenchido por outra professora.

Segue-se o relato:

O educando em atividades envolvendo o grupo apresenta dificuldade em relacionar-se com os colegas e professora.

Na execução dos trabalhos realizados em sala de aula, demonstra dependência da professora para desenvolvê-los.

Nos momentos de socialização na rodinha mostra-se apático e sem interesse em participar do que está sendo proposto.

O educando realiza as atividades motoras como: lançar, pegar, rolar e equilibrar-se, bem como movimentos digitais finos que permitam a manipulação de pequenos objetos.

Concluindo este ano letivo, o educando:

- Escreve seu pré-nome*
- Reconhece algumas letras do alfabeto, fazendo relação destas ao som;*
- Escreve numerais de 1 a 10;*

Como exposto neste 2º relatório, a aluna, segundo a professora, apresentou alguns problemas no seu relacionamento inter-pessoal, existindo a “falta de interesse e apatia” na socialização e “dependência da professora” para realizar atividades. Novamente, sente-se falta de (1) uma descrição mais clara e (2) de uma contextualização. Por exemplo, em que sentido a criança é “dependente da professora”? Depende de sua ajuda, de seu incentivo de instruções, de quê? Para fazer que atividades? Como a professora age nesses contextos? Que estratégias tem utilizado para promover a autonomia da criança? Nada disso fica claro. O relatório é um pouco mais informativo que o primeiro, pois descreve algumas habilidades que a criança atingiu naquele período, como a escrita do pré-nome e dos numerais até 10. No entanto, pensa-se que a descrição das habilidades adquiridas ao longo de um ano poderiam ser

descritas de forma muito mais informativa. Será que foi só isso que a criança adquiriu durante todo o ano letivo? Por exemplo, se a criança possuía algumas dificuldades no relacionamento social, que estratégias a professora experimentou para propiciar progresso nessa área? Sente-se falta também de considerações acerca do histórico da criança. Por exemplo, o relatório não leva em conta que a criança mudou de escola no meio do ano e teve que adaptar-se a uma turma já formada, o que obviamente dificultaria a “socialização”. A professora teria um importante papel na mediação dessa criança à nova escola e à nova turma. Muitas questões poderiam aqui ser levantadas diante desses dois relatórios assim como, analisadas profundamente as situações descritas, qual o posicionamento da professora, da escola, da família, se para esta situação foram feitas algumas intervenções ou não, enfim uma infinidade de colocações e especulações poderiam ser feitas, abrindo margem a outras dimensões relativas a essa problemática de “desinteresse, apatia e mau-comportamento”, mas para este momento é preciso se ater à importância desses documentos como registro escolar de uma criança. E a forma como este pode ser executado por um educador, e da ênfase que cada um deles pode dar ao seu relato. Fica claro que este documento é produzido com base em vários fatores, dentre eles as percepções e mesmo os preconceitos do professor, e, como veremos adiante, também o objetivo ao qual se destina o relatório. Muitas questões podem estar envolvidas no preenchimento desta ficha, como por exemplo, empatia do professor em relação ao aluno e vice-versa, manejo e domínio de classe, poder de persuadir os alunos e envolvê-los, nível de tolerância e compreensão, enfim, dependendo do professor o preenchimento naturalmente será distinto, no tocante a percepção dos fatos, assim como pôde ser observado nestes dois relatórios de Tulipa.

Na série posterior, em 2004, Tulipa estava cursando 1ª série. Calculando a sua idade surge uma dúvida que parece ser pertinente: neste ano, de acordo com sua idade seis anos, ela não deveria estar cursando uma classe de alfabetização (denominada como “Jardim III ou

Prezinho?”), em vez da 1ª série? Este é um ponto importante na vida escolar dessa criança, matriculada em classe incompatível com a sua idade, que poderia refletir em todo o seu curso escolar futuro. Para este ano de 2004 (anexo 05) segue o relato da professora para o: 1º Bimestre:

O (sic) aluna relaciona-se bem com os colegas e a professora. Escreve as palavras utilizando qualquer letra ou número. Apresenta dificuldade em relacionar letra ao som. Precisa ser trabalhada a correspondência número/quantidade.

Para o 2º Bimestre relata-se que “a criança não demonstra assimilação dos conteúdos estudados em Português e Matemática, não apresentando avanços significativos”. No 3º bimestre ressaltou-se a sua habilidade para a pintura e recorte.

Ao final deste ano a aluna é descrita como “alfabética” conseguindo ler e escrever palavras com “padrões simples”. É dito que “às vezes mostra-se dispersa” e que ela foi aprovada por conselho.

Nas séries seguintes, nos anos de 2005 (Anexo 06), 2006 (Anexo 07), 2007 (Anexos 08, 09, 10, 11) e 2008 (Anexo 12) são observados alguns aspectos em comum nos “Relatórios de Desenvolvimento Individual do Aluno” como as dificuldades escolares, de relacionamento com colegas e a alternância de momentos de desinteresse e motivação pelas atividades, assim como o relato por alguns professores de dispersão da aluna. Nos anos de 2005, 2006 e 2008 Tulipa ficou retida por não ter “apresentado rendimento satisfatório nas habilidades trabalhadas durante o ano letivo”

A análise do histórico escolar de Tulipa, até o ano de 2008, é importante para verificarmos a situação escolar da criança e esta nos remete a repetidos relatos de dificuldades escolares e de relacionamento. Mas durante todos esses anos, não foram anexados aos documentos da criança registros de nenhuma intervenção da escola, nem mesmo sugestões para a mudança desse quadro. Se foram realizadas, não houve registro, nem tão pouco

parecem ter surtido efeito, vista a continuidade dos relatos de desinteresse e baixo rendimento escolar. Somente no ano de 2008 (Anexo 12) é feita referência a um tipo de intervenção:

2º Bimestre:

A aluna permanece com dificuldades e não pode comparecer ao reforço por morar longe (Estrutural). Não é participativa e só realiza atividades com a intervenção da professora. Foi encaminhada ao SOE.

Possui uma regular habilidade artística.

3º Bimestre:

A aluna continua apresentando sérias dificuldades nas habilidades propostas. A aluna é descompromissada. A mãe está ciente de seu desempenho e comportamento e procura atendimento psicopedagógico no 'COMPER'.

Esta postura, passiva, das escolas diante das dificuldades apresentadas pela aluna demonstra claramente o quão despreparado está o sistema educacional para auxiliar alunos que fogem a uma conduta esperada de “bom comportamento” e “bons resultados”. Também fica nítido o pensamento de que a solução para estas questões está fora do seu espaço, nos centros de atendimentos psicopedagógicos, fora do contexto daquela escola, mesmo quando é colocado que “Foi encaminhada ao SOE” que é na escola, mas as ações deste parecem restritas e ainda serão discutidas com maior detalhe. A esperança estaria no “COMPER”³, que a mãe teria ficado de procurar. Um local onde a criança deva ser “trabalhada” em “seus” aspectos pendentes, que na visão da escola em nada tem haver com a dinâmica dela, com a sua metodologia, com o seu espaço com os seus recursos, material, com os professores, com o número de alunos, como a forma do aluno encarar tudo aquilo... Nada disso, sequer é pensado, quanto mais concretizado em forma de questões pontuais, que levem a reflexões e ações. O problema é “comunicado” para a família na esperança que esta providencie a solução.

³ Referindo-se ao COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico

Seguindo este raciocínio, mas voltando à ordem cronológica dos fatos, no ano de 2006, segundo relato da mãe, a professora havia perguntado se a criança tinha “algum problema”, pois “não era normal uma criança até aquela idade não conseguir ler e escrever”. A professora neste momento, “lança” para a mãe a problemática, pois se até aquele ponto, uma criança que sempre frequentou a escola, não progredia, o “erro” estava nela, cabendo à família a busca da solução. Em conversa rápida com a professora de Tulipa deste ano⁴ ela relatou que Tulipa era uma menina muito difícil que não gostava aceitar regras e que ela realmente havia conversado com a mãe sobre esta questão do aprendizado insatisfatório de Tulipa, afirmando “ela não aprendia nada não”, mas que a mãe não havia dado nenhum retorno a sua “colocação” nem tão pouco aparecera mais na escola, contudo nenhuma outra estratégia fora proposta por essa professora à mãe, ou exposto pela escola, além da sugestão para a busca de ajuda médica para as “desordens” por parte da filha. A professora ainda disse que a mãe reclamou para ela que Tulipa lhe dava muito trabalho e que ela, a mãe, era muito doente e sofria de males do coração. A professora ficou tocada pelo desabafo da mãe “eu fiquei com muita pena daquela senhora!” explicando ainda que Tulipa nunca trouxera nenhum documento de médico algum, até aquele ano, mas que ela “devia sim ter alguma coisa”.

Esta fala da professora demonstra claramente o que fora tratado na fundamentação teórica desta pesquisa, que a escola ao se deparar com alunos “problemas” busca uma explicação sempre externa à escola e geralmente interna ao indivíduo para aquela situação de desinteresse e baixo-rendimento, associado ao mau-comportamento. A “indicação” da professora em primeiro lugar foi de que a mãe deveria procurar um médico, em mais uma demonstração da crença de que soluções médicas podem desvendar e tratar essas situações.

Seguindo os documentos médicos (disponibilizados pela mãe) podemos constatar que Tulipa compareceu ao serviço de saúde pública, em janeiro de 2007 no ano seguinte ao

⁴ Não foi gravada a entrevista porque este encontro foi casual, sem horário marcado

questionamento da professora, realizando exames de audiometria (Anexo 14) e posteriormente oftalmologia (Anexo 15), constando neste segundo, uma miopia⁵. A médica solicitante destes exames e que de acordo com a mãe acompanhou Tulipa, é a mesma neuropediatra que atendeu a criança Rosa do caso nº 2, que fora entrevistada no dia da consulta da criança (caso nº 2, relatado a seguir). Na ocasião da entrevista com a médica não foi abordada a história de Tulipa, apenas informou-se à médica que a pesquisadora também estava estudando o caso de Tulipa, no entanto o encaminhamento dado em ambos os casos parece bem semelhante, conforme os documentos médicos de Tulipa e o relato de sua mãe. Naquele ano teria então se iniciado o processo de “investigação” do suposto problema de Tulipa, de acordo com a mãe, em virtude do questionamento da professora. Para esta investigação não consta em seus documentos a presença de nenhum exame complementar, conforme é sugerido na literatura especializada, e tampouco consta laudo clínico detalhado. A mãe também confirmou esta ausência e que nenhum exame além do eletrocardiograma foi realizado. Aqui, observamos que a teoria descrita, nos manuais de diagnóstico, para a investigação do possível déficit orgânico, não ocorreu. Ou até mesmo para descartar outras possibilidade como crises convulsivas, assim como recomendado na entrevista (Anexo 47) pela própria médica de Tulipa durante a entrevista :

M⁶: (referindo-se ao caso de Rosa): aí eu pedi uma avaliação oftalmológica, audiométrica, porque tem de que sempre pensar em dificuldade de aprendizado, em avaliar visão, audição, e e nível mental da criança, ver um eletro, que tem algumas crises que elas são... vamos dizer assim... é meio imperceptíveis, [P⁷:umhum] e aí você só detecta através do eletroencefalograma[P:ah, tá] tá? E o relógio escolar, que é justamente pra situar como é que ela tava funcionando nem sala de aula, tá? (...)

⁵ De acordo com a mãe, foi explicado pelo médico que não seria necessário o uso dos óculos

⁶ M: Médica

⁷ P: Pesquisadora

M: então assim, quando você avalia a dificuldade de aprendizagem, cê tem que pensar em problemas (sic) visuais, auditivos, porque também [P: tem que ir descartando] M: isso no, na no “aprenzado”, aí coisas específicas da da parte escolar, qual seria? Defícia (sic) mental, déficit de atenção, problemas (sic) emocionais e último, o que a gente chama de dislexia, o que que é dislexia, é um distúrbio de leitura, a criança ela ela consegue ver todas as letras, entender que tem letra ali, reconhece as letras mas ela não consegue juntar e fazer sentido pra ela (...)

No caso de Tulipa, portanto, apesar de ter sido atendida pela médica entrevistada no trecho acima, aparentemente não foram realizados os exames complementares usuais. Mesmo assim, é possível verificar a solicitação de medicamento já no mês de agosto do mesmo ano, conforme a guia de “Solicitação de Medicamentos Excepcionais” (Anexo 16): 3(três) caixas de Ritalina® (Metilfenidato). No espaço para CID Principal, temos o F: 90.0 (TDAH), no campo Tipo de Tratamento desta solicitação está escrito que este deve ser “medicamentoso, controle de comportamento e melhora de aprendizado”. Não há esclarecimentos sobre os dois últimos “tratamentos” receitados (o que seria o “controle de comportamento” e “melhora do aprendizado” enquanto tratamentos prescritos? Parecem confundir-se tratamentos e resultados almejados...). Atestou-se, portanto, nesse momento, que Tulipa era portadora do TDAH. Uma vez anotado o CID (Código Internacional de Doenças) e prescrito o seu tratamento, fechou-se o diagnóstico. Não há em sua documentação nenhum relatório adicional da escola, nem tão pouco exames ou testes realizados por nenhum outro profissional, ou por essa mesma médica.

O exame de eletrocardiograma, ao qual a mãe se referiu, serviu apenas para descartar a existência de alguma cardiopatia que contra-indicasse o uso deste medicamento Ritalina, assim como realizado no caso da criança Rosa. Nas palavras da médica (Anexo 47):

(...)só que quando você entra com essa medicação como ele é um estimulante, ele não é um estimulante muuuito estimulante, porque o efeito dele é de quatro/seis horas, a ritalina fica quatro a seis horas que ela age,

então, mas ele, como ele é um estimulante, é bom a gente ver se ela não tem nenhum problema (sic) cardiológico prévio que contra-indique o uso de medicação estimulante [P: pra não problema cardíaco, né? [M: isso] no caso] M: isso, exatamente. Aí eu sempre peço eletrocardiograma (inaudível) antes da medicação justamente pra ver se... [P: ela pode ou não tomar ou não aquele remédio] M: exatamente.

No dossiê escolar da criança, arquivado na escola, não foi encontrado nenhum documento médico atestando o TDAH, mas no sistema computadorizado da escola Tulipa aparece na lista dos “Alunos com Necessidades Educacionais Especiais”, no caso, o TDAH. Desta forma, a pesquisadora precisou entrar em contato novamente com a mãe (via telefone) para esclarecer este fato, sendo confirmado que o diagnóstico fora dado pela médica, no retorno à primeira consulta, após a mãe levar para ela a cópia do relatório da professora, relatório este que havia sido solicitado pela médica. Assim, parece que foi principalmente a partir do relatório escolar que a criança foi diagnosticada com TDAH, e, como veremos, o mesmo foi verdadeiro no caso de Rosa.

Não houve diálogo com o psicólogo, a “ponte” entre psicólogo e neuropediatra que os médicos dizem ser necessária para a conclusão do transtorno. O elo que ocorreu ficou entre professor e neuropediatra. Tudo foi feito via relatório escolar, pois nem mesmo o preenchimento de escala comportamental de sintomas baseado no DSM-IV foi utilizado. A pesquisadora perguntou à mãe se ela havia levado alguma ficha da médica para a professora preencher e ela disse que não, foi entregue somente um pequeno papel que “quase nem dava pra ler direito”, pedindo que a professora enviasse para ela um relatório de como a criança estava na escola.

Nem mesmo com a família parece ter acontecido este elo. A mãe, por exemplo, acreditou ser a pesquisadora a pessoa que lhe traria esclarecimento sobre sua filha. Quando a pesquisadora perguntou que esclarecimentos a mãe havia recebido da médica, esta respondeu

que ela não havia lhe explicado nada e nem havia lhe dito o que era o “tal” TDAH que sua filha tinha. Observamos, através do documento “Guia de consulta” (Anexo 17) do dia 12/11/07 que no caso de Tulipa, três meses após a emissão da solicitação de medicamento, este parecia não ter surtido efeito, estando assim escrito no campo para o registro da Queixa Principal: “menor com dificuldade escolar + agitação psicomotora + Distúrbio de comportamento” “Já uso (sic) de Ritalina desde Jul/2007, porém com pouca melhora”. Ainda neste documento, no campo “Impressão Diagnóstica (CID)”: lê-se: “TDAH? + Dist. de comport.” Nesta leitura, aparece uma dúvida sobre o TDAH, quando observado o sinal de interrogação. Estaria a médica ainda investigando o transtorno ou na dúvida quanto ao seu diagnóstico? Mas o diagnóstico, três meses antes, em 23/08/07, já havia sido fechado, com o CID especificado, inclusive com o tipo de medicamento indicado. Constata-se uma incoerência entre a primeira informação do dia 23/08/07 e a informação do dia 12/11/07.

Parece, portanto, ter ocorrido um “salto” no processo desse diagnóstico, desde o primeiro contato da médica com a criança até a indicação do tratamento, ou então, foram omitidas várias partes desse processo, às quais a pesquisadora não teve acesso, mesmo buscando-os. Por exemplo, não houve a utilização da escala SNAP-IV construída a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística - IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiátrica (sem considerar aqui a precisão ou utilidade desse instrumento, partindo somente do que é proposto como “caminho diagnóstico”). Este deveria ser entregue a professora, para esta então observar os comportamentos da criança, devolvendo a escala para a médica, e associando-se seu parecer ao parecer de um psicólogo, um fonoaudiólogo, um oftalmologista, etc.

Na busca por mais informações além das que constam nos documentos da criança, buscaram-se as conclusões descritas nos relatórios psicopedagógicos do COMPP e da Equipe de atendimento e apoio à aprendizagem que atende a escola de Tulipa (Anexos 18 e 19)

realizadas respectivamente em 29/09/08 e Outubro de 2008, portanto um ano após o “diagnóstico”, a pesquisadora tentou entrar em contato com a psicóloga do COMPP (Dra. M) e Equipe de apoio à aprendizagem. A pesquisadora procurou ouvir a opinião desses profissionais, também envolvidos com a criança, além da análise de seus respectivos documentos, *Conclusão do Diagnóstico Psicopedagógico* (Anexo 18) e *Encaminhamento de Relatório Psicopedagógico* (Anexo19) Com a equipe não foi possível uma entrevista, em virtude de choques de horário, acredito ser importante ressaltar neste momento que as condições de trabalho desta “equipe”, composta por uma psicóloga e uma pedagoga são bastante complicadas, uma vez que estas atendem um número muito grande de crianças, desdobrando-se para o atendimento de várias escolas.

Em entrevista com a psicóloga do COMPP (Anexo 48), a questão inicial levantada pela pesquisadora foi como, e quais os testes ou exames que eram feitos para comprovar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. E de acordo com o descrito na entrevista, a psicóloga apresenta como resposta a conclusão já tomada pela pesquisadora anteriormente, a de que o diagnóstico ocorreu sem a consideração do parecer dela. A criança chegou ao COMPP com um diagnóstico fechado de TDAH e já tomando a Ritalina, como segue no relato da psicóloga:

Dr. M⁸: É... olha só, ela chegou aqui, então ela veio primeiro encaminhada pelo acolhimento, ela veio encaminhada pela Dra. C (médica que receitou a Ritalina) [P: isso] já com a hipótese diagnóstica de TDH, tá? E mais agitação psicomotora e distúrbio de comportamento, ela já tava tomando a ritalina, então ela já veio com o diagnóstico de TDH [P: De lá?! Ah, tá...]
Tá, então ela já veio tomando a ritalina, com o diagnostico de TDH, é... com as dificuldades escolares, com agressividade, agitada, com... esses problemas, e a mãe encaminhou já pra cá, pro COMPP, já pra terapia [P: ah, tá...] Então, ela já chegou aqui com... *[P: o diagnostico fechado] o*

⁸ Dr. M: Psicóloga

diagnóstico praticamente fechado, pra avaliação psicológica e psicopedagógica]

A pesquisadora então questionou o porquê dos testes realizados que constavam no documento preenchido pela psicóloga, procurando entender qual seria a finalidade deles para um “suspeito” caso de TDAH, e a psicóloga então esclareceu que os testes, que são apresentados na “Conclusão do Diagnóstico Psicopedagógico” (Anexo 18), BENDEN, RAVEN e HTP, são realizados com todas as crianças, não especificamente para as “diagnosticadas” TDAH. Segue- um trecho do diálogo:

P: umhum, no caso, do, do... laudo que eu tive acesso, né? Que foi o... [Dr.M: O meu] P: é, o seu, foi feito o HTP, [Dr. M: é, aí, tá] [P: o RAVEN, e um outro que eu não...] [Dr. M: o BENDER, tá] P: Aí, eu queria saber assim, porque que esses, esses testes têm que ser feitos, pra gente fazer “relacional” (problemas no áudio, palavra dita pode ter sido “relação”) A gente já faz pra todas as avaliações, a gente sempre faz os testes, então a gente faz essa anamnese toda da família, da historia familiar, e aí pra todas as crianças é de praxe, a gente sempre faz esses testes, aí a gente faz o... teste de personalidade, da criança, pra fazer um levantamento, pra ver se tem algum outro transtorno associado, transtorno mental

A psicóloga explica que no caso de Tulipa o revelado pelos testes feitos eram questões emocionais, como observado em sua fala:

Dr. M: tá, mas o que aparece mais ... é a questão emocional: insegurança, um pouco de... nem agressividade a gente vê, insegurança, um pouquinho de impulsividade, não tem nada a nível de comportamento também muito severo, então...

Revelação no mínimo, contraditória, como a própria psicóloga confirmou: [P: então, assim... fica até um pouco... contraditório] É... fica, fica] [P: com a questão do diagnóstico... de hiperatividade, porque não aparece aqui nos testes, né?] ...não aparece.

Foi muito interessante escutar a opinião da psicóloga, pois sua fala sugeriu que o próprio psicólogo coloca-se em uma posição submissa aos “saberes e poderes médicos”, sem questionar, procurar comunicar-se ou mesmo opinar nas “determinações” médicas, assim como parece estar o psicólogo acomodado e limitado em suas atribuições, sem perceber o quanto ele pode contribuir para com outras áreas, aqui, especificamente com a medicina. Chegou-se a esta reflexão a partir da fala da psicóloga, transcrita abaixo, que parece não concordar com o encaminhamento dado pela médica diante do “diagnóstico”, acreditando ser possível “ajustar” a situação por outro caminho sem, contudo, fazer formalmente ou até mesmo informalmente (por telefone, por exemplo) uma sugestão de tratamento para esta criança, promovendo uma troca de experiência e saberes:

P: no caso, se ela continuasse, ela participaria de um grupo? Ou ela participaria, seria individual, quê que...Dr. M: ela poderia se encaminhada pra... prum grupo, mas como tá muito leve... não tem nenhum transtorno maior... mental... né, num tem... num tá prejudicando tanto a vida dela acadêmica, ela poderia ser encaminhada pra rede... social... pra um esporte, um esporte resolve o problema dela [P: entendi] uma atividade física... mais dirigida, reforço pedagógico... pode resolver, uma orientação aos pais na educação... resolve. Então, é uma criança que... tá apresentando algumas alterações de comportamento e alterações na escola, mas que são fáceis de serem ajustadas

A psicóloga chega até a questionar o “transtorno” e a facilidade com que ele ocorre, contudo fica claro que o saber médico prevalece diante de suas “solitárias” indagações, naquelas circunstâncias discutidas somente com a pesquisadora, no momento em que ela aceita este diagnóstico, mesmo acreditando ser possível alguma outra forma de atuação no caso de Tulipa, como mostra o trecho seguinte do diálogo:

(...)Esse transtorno do TDH, tá sendo muito hoje... banalizado, confundido, generalizado, né? Todo mundo hoje, criança mal-educada é TDH, né, a

criança ansiosa é TDH, né, criança bi-polar, criança... todo mundo agora é TDH? É... ficou uma coisa... tá todo mundo tomando ritalina, “cê” chega nas escolas hoje, com crianças de sete anos, oito anos, todos tão tomando ritalina, então, tá um... tá generalizado agora, né? (pequena pausa) [P: e, o...] crianças com bloqueios emocionais, apática, é TDH, déficit de atenção

Diante da investigação realizada para compreender em que circunstâncias ocorrem o diagnóstico, bem como os métodos utilizados para validar “transtorno” atribuído à Tulipa, fica muito claro que o diagnóstico do TDAH baseia-se nos “sintomas” descritos pela família e *principalmente* pela professora, em um papel enviado à médica, e que não houve critérios claros neste processo. O que também será comprovado através dos relatos dos envolvidos, bem como a análise documental na elucidação do caso nº 2.

CASO Nº 2: ROSA

Assim como no caso de Tulipa, a pesquisadora iniciou o processo de investigação do diagnóstico de Rosa entrevistando a família. No dia 23/04/09, foi a própria Rosa quem recebeu a pesquisadora em sua casa, juntamente com sua avó e avô, que são as pessoas que a criam e com quem ela mora. A conversa aconteceu no quarto do casal, sem a presença de Rosa, que ficou no quintal da casa brincando, mas sempre rodeando pela janela e procurando ouvir a conversa, sem nos atrapalhar, contudo a avó pedia para que ela saísse sem querer que Rosa escutasse o assunto.

A pesquisadora iniciou o diálogo falando: “Estou aqui, para conversar um pouco com a Senhora e saber como que aconteceu o diagnóstico de Rosa e saber um pouco mais sobre ela”

A avó começou as explicações dizendo que ela era uma menina “meio teimosa” e bagunceira “ela é muito desorganizada” explicou a avó, só gostava de ficar vendo TV, “se deixar, minha filha, é o dia todinho, pra estudar e arrumar as coisas dela é uma luta”. A

pesquisadora brincou e disse que esse problema ela também tinha em casa e que lá era triplicado e que criança era assim mesmo. A avó então desabafou: “Eu nessa idade já era pra estar descansando, eu fico muito cansada”. A partir daí ela foi explicar para a pesquisadora a história de vida de Rosa e porque era ela quem criava a neta desde os três meses de idade. Rosa é a primogênita de seu filho com uma moça com quem ele namorava, a gravidez não foi planejada, mas os dois viviam juntos. Um dia foram visitar a avó e lá ficaram até a criança completar três meses, foi quando ocorreu uma briga do casal e então a mãe de Rosa foi embora e a deixou com seu pai, este foi atrás da mulher e não mais voltaram para buscar Rosa, que passou a ser criada pela avó e pelo avô. A avó disse em tom de aborrecimento que seu filho e a nora ainda tiveram mais quatro filhos, e que criam três filhos menores de seis anos, mas que ainda têm uma filha de oito anos entregue a uma família que possui um quiosque de cachorro-quente perto dali onde moram Rosa e os avôs “Ela pediu para a moça segurar a nenê, disse que ia bem ali e não voltou mais” disse a avó. Ela contou ainda que Rosa não gostava de ir visitar os pais, mesmo assim, de vez em quando, ela leva Rosa para ver os irmãos, lá Rosa e os irmãos brigavam muito e Rosa nem cogita a possibilidade de ir morar com os pais. Esta história de vida de Rosa em momento algum foi considerada durante todo o processo de “diagnóstico”. A anamnese foi construída na perspectiva médica e, ainda, enfocando-se “problemas comportamentais”, como a agressividade e a agitação, assim como verificamos na entrevista realizada com a médica neuropediatra que atendeu Rosa, no momento em que estava explicando para a pesquisadora as primeiras questões que ela aborda quando a criança chega ao consultório (Anexo 47):

*M: É... Aí a gente sempre pergunta como é que dorme, éé... se a criança, se a família considera ela uma criança esperta, né? pra gente ver se está compatível com a idade de desenvolvimento, se ela, tem éé...tem por exemplo se ela é agitada também se ela tem comportamento agressivo, né? Então a...
A senhora é vó dela, né?*

Avó: Sou vó.

Além de focar em questões médicas e em questões comportamentais, a médica relata também procurar antecedentes desses problemas na família, buscando claramente fatores hereditários ou congênitos para um problema que já se aceitou existir, como se nota no trecho a seguir:

*M: a avó relatou queeee ela tem, ela tinha... , dormia bem, era esperta pra o que lhe interessa, quer dizer, aquilo que interessa ela vai bem [P: umhum...]
Maí, aa... o que ela não vai bem é aquilo que ela não tem, não despertar o interesse dela e as vezes ela era agressiva [P: umhum] M: tá? A “acompiante” é a tia paterna, desconhece dados gestacionais, né? Então, a senho... [P: foi a primeira consulta dela?] M: foi, isso mesmo. Porém suspeita que paais usaram droogas na gravidez, essas coisas assim, ela tem um desenvolvimento relevantes de antecedentes, quer dizer nunca adoeceu, nunca ficou internada, nunca foi operada de nada, então nenhum antecedente pessoal relevante. Agora na família, tem um relato de que os pais também tinham um “poblema” de aprendizado, tá? E..., o... e foi negado outros problemas, por exemplo, “poblemas psiquiátricos”, crises de convulsões na família [P: amham] M: pessoas com deficiência física ou mental na família, os consangüinidade nos pais, quer dizer, parentesco de pai com mãe [P: umhum] M: tá? Esse é um dado importante, porque assim, tem umas doenças que são genéticas e quanto maior a proximidade do parentesco, maior o risco da criança nascer [P: ter algum problema] M: com algum “poblema”, né? O exame físico dela tá normal, sem nenhuma alteração neurológica significativa, aí foi interrogado TDA, que é o de atenção ou depressão, já que ela é desinteressada pela escola. (Anexo 47)*

Seria somente esta a abordagem apropriada para o caso de Rosa? Ou teríamos outras possibilidades de atuação? Esta questão em momento algum foi suscitada pela neuropediatra que atendeu Rosa.

Ainda na casa de Rosa, antes da entrevista com a médica, a avó também mostrou para a pesquisadora, assim como havia feito a mãe de Tulipa, uma pasta contendo exames da criança, em sua maioria documentos médicos, cuja reprodução foi autorizada pela mãe. A cópia dos relatórios escolares a que a pesquisadora teve acesso foi adquirida na própria escola através da autorização da secretária. Também nesta casa a pesquisadora foi tratada com muito carinho e atenção, mas apesar do grau de compreensão da avó do que estava acontecendo parecer ser maior do que da mãe de Tulipa, principalmente no que diz respeito a uma preocupação com aos males que uma medicação pode causar, esta também não tinha maiores esclarecimentos acerca do “transtorno” de Rosa, ficando mais a compreensão do tratamento que a criança deveria fazer.

A vida escolar de Rosa sempre aconteceu na escola próxima de sua residência, iniciada aos quatro anos de idade. Rosa, pela descrição dos relatórios escolares, até os seis anos de idade mostrou-se de maneira geral mais interessada pelas atividades lúdicas e que envolvessem a coordenação motora, mantendo um bom relacionamento com os colegas e professoras, assim como observado no registro das professoras:

No que diz respeito aos aspectos físicos e motor, coordena bem os movimentos trabalhados ao longo do semestre: apresenta bom desenvolvimento da coordenação motora fina e grossa de acordo com a faixa etária (relatório de 2004, Anexo 20).

Participa bem das atividades lúdicas e coordenação motora, gosta de brincar com as colegas e conversar, rir, correr, pular e passar batom e esmaltes (relatório de 2005, 1º semestre, Anexo 22).

A mesma apresenta boa desenvoltura nas atividades lúdicas e físicas. Identifica e reconhece as partes do corpo humano por meio da alta (sic)-exploração das brincadeiras e do uso do espelho. Manuseia com habilidades (sic) materiais diversos como: lápis, giz de cera, tinta, pincéis, tesoura, livros e revistas (relatório de 2005, 2º semestre, Anexo 23).

Esperta e observadora, demonstrou ter mais interesse e vontade em participar das atividades lúdicas (Ed. Física, hora do brinquedo, dia do escritório) (relatório de 2006, Anexo 24).

Diferente de alguns relatórios de Tulipa, observa-se nos “Relatórios descritivo individuais de acompanhamento semestral desta escola”, que as professoras enfatizaram as habilidades apresentadas pela criança e aspectos que foram trabalhados por elas. As dificuldades apresentadas pela criança também foram registradas nestes relatórios, porém com diferenças nítidas tanto na sua descrição quanto na apresentação de possíveis mediações ou intervenções a serem feitas, quando comparadas aos relatórios de Tulipa. Como se pode observar no registro das professoras:

A aluna demonstra segurança, bom humor, boa integração no grupo, no entanto demonstra dificuldades em se concentrar em determinadas situações. Referente à formação de hábitos e atitudes, é frequente, pontual, porém na realização das atividades de sala de aula, necessita de auxílio do professor (Relatório de 2004, 1º semestre, Anexo 20).

Recomenda-se porém trabalhar de forma sistematizada a atenção/concentração (Relatório de 2004, 2º semestre, Anexo 21)

Possui dificuldades em relação ao raciocínio lógico matemático. Possui pouca concentração para desenvolver as atividades propostas na sala de aula devido as (sic) brincadeiras e conversas paralelas (Relatório de 2005, 1º semestre, Anexo 22).

Escreve e nomeia o pré-nome, reconhece as letras do alfabeto e conta de 0 a 20, e até o momento encontra-se com dificuldades em relacioná (sic) os números as respectivas quantidades (Relatório de 2005, 2º semestre, Anexo 23)

Demonstrou pouca atenção nas atividades de rodinha: ao ouvir relatos dos colegas e explicação da professora. [...] Confunde onde termina a palavra com seu início. Espelha as letras do alfabeto e por muitas vezes escreve com o caderno de “ponta cabeça”. Em conversa com a equipe psicopedagógica,

fizemos o encaminhamento da aluna para um exame mais detalhado (Relatório de 2006, 1º semestre, Anexo 24)

A aluna continua tendo dificuldades de noção espacial. Foi pedido, pela equipe psicopedagógica um exame mais detalhado (Relatório de 2006, 2º semestre, Anexo 25)

Em referência ao pedido de exame mais detalhado, solicitado pela professora ou pela equipe, não fica muito claro se a realização destes ocorreu por esta equipe psicopedagógica ou se a solicitação foi para outros profissionais. Não se pode afirmar também que tipos de exames foram feitos, e talvez não tenham sequer ocorrido, uma vez que a professora, no relatório do 2º semestre, repete a mesma observação. Apesar das dificuldades apresentadas por Rosa, desde o início de sua escolarização, estas parecerem abordadas de maneira mais “carinhosa” podemos assim chamar, pois não observamos nenhuma tentativa em rotular a criança como “indisciplinada” ou “desinteressada”, como foi no caso de Tulipa. No entanto, as intervenções no sentido de experimentar estratégias para aumentar motivação e participação da criança para os aspectos escolares que não eram do seu interesse parecem não ter ocorrido, mesmo com o pedido de “socorro” da professora do ano de 2006.

É muito importante ressaltar este detalhe quando se compreende que o processo de ensino-aprendizagem envolve muitas coisas, inclusive o apoio ao professor, que naquele momento coloca dificuldades como sendo da criança por também não compreender por que elas ocorrem, e se neste momento não recebe um auxílio, o problema continua, agravando-se e podendo chegar ao ponto que aqui estamos discutindo o “diagnóstico” de uma “disfunção cerebral”. A partir daí Rosa inicia o Ensino Fundamental, terminando a fase da Educação Infantil. Nesse período, que compreende os anos de 2007 e 2008, os relatórios tornam-se menos amplos e passam a parecer-se cada vez mais com os de Tulipa, focando-se em “problemas” da aluna. Rosa mostrou, segundo os relatórios, dificuldades em relacionar-se com os colegas, de concentrar-se nas atividades e “desinteresse pelo processo ensino-

aprendizagem”. O seu desempenho de acordo com o descrito era caracterizado “pela falta de concentração e memorização na realização das atividades de sala”. Inicialmente, houve algumas propostas de intervenção para estas dificuldades, assim como registrado pela professora do ano de 2007:

Serão trabalhadas com a aluna, atividades de reconto de histórias voltadas para os temas de relacionamento social, proporcionando a reflexão sobre o convívio pacífico com os colegas e também estimulando a memorização (Anexo 26)

A aluna recebeu reforço escolar pela professora e acompanhamento psicopedagógico pela equipe, conforme consta nos relatórios. Ao final do ano de 2007, ainda eram esperadas outras habilidades não alcançadas para aquele ano, mesmo a aluna tendo crescido do nível silábico⁹ para o alfabético¹⁰. Além disso, citam-se de comportamentos “inadequados”, contudo ressaltando-lhe uma virtude, conforme o relato:

Quanto as (sic) dificuldades apresentadas anteriormente, no aspecto social a aluna continua com ações agressivas com os colegas, subtraindo objetos dos mesmos, utilizando de mentiras para solucionar problemas. No aspecto cognitivo não realiza as tarefas de casa e as de sala executa parcialmente por não conseguir concentrar-se nas mesmas. No aspecto psicomotor apresenta-se ansiosa, inquieta, constantemente precisa ser chamada a atenção para sentar-se.

A aluna destaca-se pela presteza em sala de aula e compartilhamento dos seus objetos com os mais carentes.

A aluna alcançou parte das habilidades propostas para este ano. (Anexo 29)

Desta forma, procurou-se entrevistar essa professora do ano de 2007 (Anexo 49), visto que naquele ano a professora realizara um outro relatório sobre Rosa, um mês depois (dezembro) de Rosa ter ido à neuropediatra, conforme data no pedido de exames

⁹ Atribuição de uma letra para cada sílaba de uma palavra, por exemplo: ONA, para a palavra BONECA

¹⁰ Escrita de palavras simples utilizando corretamente todas as letras.

(21/11/2007), foi perguntado pela pesquisadora como era Rosa naquela época e qual foi o encaminhamento dado pra ela, seguindo o esclarecimento, através do diálogo:

PR¹¹: Bem, assim no início do ano eu já observei assim, algumas atitudes diferentes, e... e aí eu comecei uma pesquisa aqui na escola, com outros professores, como era o comportamento dela nos anos anteriores, e aí algumas professoras me, me orientaram, que... já havia, né? atitudes de agressividade... já havia atitudes assim... de mentiras, excesso de mentiras, tinha uma questão também que ela, a aprendizagem pra ela era muito demorada, tudo que a gente, é...é... é o conteúdo que era dado em sala, normalmente, em relação as outras crianças da sala, ela demorava muito, né? pra ter a aquisição, e aí... eu comecei então, só dentro dessa, dessa atitudes... e dentro desse comportamento... já olhar, né? E ver, se, se havia a necessidade de uma, de um encaminhamento. A Dr. V aqui da escola (neste momento a PR põe a mão sobre o gravador e fala algo baixinho) A Dr. V aqui da escola, também me auxiliou nessa questão, porque ela também acompanhou a R, ela já vinha “apanhando” (problema no áudio, acho que a palavra dita possa ter sido acompanhando) já “dês” do ano anterior [P: ela já dava dificuldades, na, na outra sala] [PR: É] PR: e ela também observava isso, né? PR: ... então assim, no decorrer do ano, quando a gente viu que r..., né... que, que aquele problema “siulava”, né? (inaudível) não era algo, transitório, ela estava daquele jeito! [P:mas ela atrapalhava muito a aula?] [PR: muuito!] [P: que que ela fazia em sala?]

PR: ela era assim, muito inquieta, né? o tempo todo, né? É, machucava um colega.... né? E... tomava objetos de outros colegas, sumia objetos na sala, né? ela escondia na carteira de outros colegas e isso era constante. Na hora do recreio, né? Que é um momento de socialização, que a gente observa, né? Como é o comportamento da criança, todos os dias tinha conflito com ela, e com várias crianças, não era exclusivamente com uma criança, sempre tinha alguém reclamando dela e o que mais me “impo” (inaudível) mesmo foi a

¹¹ PR: Professora

questão mesmo cognitiva, porque ela não aprendia, né? A gente, assim, já tava na metade do ano, a... a... parte, é...dos padrões silábicos simples, a “gen” já havia, eu já havia trabalhado praticamente todos, e ela não escrevia, né? Ela não conseguia fazer os “ganchozinhos”, né? Olha, B com O, é o que? É BO, então pra ela não existia, ainda isso, a mente dela não registrava, né? A junção dos sons, e aí foi então que eu resolvi encaminhar, porque já não era mais só um problema social, né? Um problema de comportamento, o problema também era cognitivo, então juntava, né, Todos. E eu também falei com a vó dela, conversei com avó e avó me deu também alguns subsídios que, o pai teve uma dificuldade muito grande na escola, a mesma dificuldade que ela teve, de aprendizagem, a mesma, disse que demorou anos para ser alfabetizado, então eu pensei, né, já que veio, né, um, tem um caso na família, a criança já tem vários anos que, já era o terceiro ano que ela era aluna da escola [P: umhum] estava “petindo” (problemas no áudio, palavra dita pode ter sido repetindo) o mesmo problema, a psicóloga da escola, observou e viu que realmente havia uma dificuldade de aprendizagem, então a gente, eu e a psicóloga, a gente resolveu então encaminhar para o neuro, pediatra, neuropediatra [P: no caso encaminhou pra Dr.] [P: C][PR: é eu encaminhei, encaminhei assim: falei com a avó, pra vó procurar o posto de saúde, um pediatra, pro pediatra fazer um encaminhamento pro neuro] [P: pro neuro, umhum] PR: né, e aí foi feito, e aí a Dr. C. me pediu um relatório, como era o comportamento, como era a questão cognitiva dela, social e tal, e eu mandei o relatório [P:que é esse daqui que você mandou de volta] [PR: É, exatamente] [P: Que foi o que eu tive acesso aqui na escola] [PR: Isso. Mas foi assim, vários meses a gente fazendo, essa observação] [P:observando] PR: pra não ser nada precipitado

Alguns aspectos devem ser pontuados na fala da professora e analisados. Primeiramente, a atitude da professora em fazer uma pesquisa na escola, com outros professores sobre o “histórico” da aluna, com “atitudes de agressividade”, “mentiras” e “aprendizagem demorada”, coletando “evidências” que não se explicariam de qualquer forma

por si só, tornando-se então desnecessária esta busca, realçando somente tudo aquilo que ela já acreditava. A partir dessa confirmação foi um passo para a de um encaminhamento, auxiliada pela equipe psicopedagógica que atende a escola.

Outro ponto a ser enfatizado: a decisão da professora por “encaminhar” a aluna foi reforçada quando conversou com a avó e descobriu que o pai também teve dificuldades para alfabetizar-se, deduzindo que por isso a aluna também teria as mesmas dificuldades, demonstrando a crença de que o “potencial cognitivo” poderia ser herdado.

Mais um aspecto a ser analisado, é o tipo de encaminhamento que parece ser realizado dentro das escolas¹². Qual foi o encaminhamento realizado? Pelas entrevistas o que se percebeu no encaminhamento da equipe foi a “constatação” durante o ano das “dificuldades” da criança que estavam “óbvias”, pois a mesma não realizava as atividades, tinha problemas para relacionar-se com os colegas... E, então o que foi feito? Apesar de não constar nenhum relatório da equipe, somente no ano seguinte consta um parecer sobre a situação da criança, na entrevista isso é deixado claro pela professora: “então a gente, eu e a psicóloga, a gente resolveu então encaminhar para o neuro, pediatra, neuropediatra”. Aqui outro aspecto é evidenciado, a psicologia, neste caso de Rosa, também endossa a idéia de um possível “motivo” orgânico e genético para os “problemas” de “atenção, concentração, agitação e aprendizado”, transferindo para a área médica esse tipo de “desajuste”¹³, visto o encaminhamento para um outro profissional, o neuropediatra.

Um último aspecto a ser julgado é a pouquíssima ênfase sobre o contexto maior de vida da Rosa, a anamnese considerada, como citado anteriormente, é novamente uma anamnese médica, buscando evidências de possíveis “problemas” herdados, aparecendo então a família, que não participa de outra forma, se não como pertencente à árvore genealógica.

¹² Aqui não serão discutidas a estrutura, problemas e estratégias das equipes psicopedagógicas da rede de ensino pública, apenas avaliado o que consta para a análise do caso Rosa.

¹³ Esta atitude não pode ser generalizada, alguns segmentos da psicologia trazem diversas formas de lidar e abordar estas questões.

Seguindo os documentos disponíveis, outro relatório (Anexo 41) foi elaborado pela mesma professora (PR) e assinado juntamente pela diretora da escola com a finalidade de ser entregue à neuropediatra que naquele ano já acompanhava Rosa. Em destaque, parte desse relato :

Falta de concentração. Grande desinteresse por atividades escolares em sala e casa. Não finaliza tarefas simples autonomamente. Aquisição demorada de conteúdos – leitura e escrita.

Comportamento impulsivo. Incomoda os colegas a todo momento, agredindo-os, subtraindo materiais alheios, utiliza-se de mentiras constantes para solucionar problemas. Brinca o tempo todo, demonstrando imaturidade para a série atual e idade cronológica. Apresenta dificuldade na caligrafia, embora já registrou (sic)crescimento significativo. Comportamento físico inquieto, transita (sic) pela sala o tempo todo, utiliza as mãos para cutucar os colegas, balança na cadeira, cutuca colegas com o lápis, ao beber água no bebedouro joga água nos colegas, foge da sala, anda pela escola sem objetivo, enforca os colegas com as mãos, esconde objetos alheios.

O documento acima (Anexo 41), parcialmente transcrito, está datado de 05/12/2007, e foi elaborado especialmente para a neuropediatra conforme explicou a professora na entrevista: “e aí a Dr. C. me pediu um relatório, como era o comportamento, como era a questão cognitiva dela, social e tal, e eu mandei o relatório”. E diferente dos outros relatórios, este foi elaborado “sob medida” para a médica solicitante, listando comportamentos “inadequados” de forma descontextualizada, não trazendo nada de positivo de Rosa, somente os seus “aspectos” que incomodavam segundo a visão da professora. O mais grave é que para o mesmo período a mesma professora já havia elaborado um relatório sobre a aluna para ficar na escola com um teor um pouco diferente do relatório sob medida acima, que será reproduzido a título de comparação:

A aluna obteve crescimento cognitivo para este bimestre. Encontra-se em nível alfabético. Reconhece e escreve nos padrões silábicos simples e alguns

complexos. É capaz de produzir frases simples com a ajuda da professora. Reconhece a numeração de 0 a 50. Realiza operações simples de adição e subtração.

Quanto as (sic) dificuldades apresentadas anteriormente, no aspecto social a aluna continua com ações agressivas com os colegas, subtraindo objetos dos mesmos, utilizando de mentiras para solucionar problemas. No aspecto cognitivo não realiza as tarefas de casa e as de sala executa parcialmente por não conseguir concentrar-se nas mesmas. No aspecto psicomotor apresenta-se ansiosa, inquieta, constantemente precisa ser chamada a atenção para sentar-se.

A aluna destaca-se pela presteza em sala de aula e compartilhamento dos seus objetos com os mais carentes.

A aluna alcançou parte das habilidades propostas para este ano. (Relatório de 2007, Anexo 41)

Será que a professora estava falando da mesma criança? Por que neste relatório ela descreve a criança como sendo alfabética e no relatório sob medida ela diz que Rosa “passou a escrever padrões silábicos simples, o que ainda é uma enorme defasagem se compararmos com o nível da turma, que já ler (sic) e escreve em padrões silábicos complexos desde o 2º e 3º Bimestre”? Por que simplesmente a professora não tirou uma cópia do relatório da escola e o enviou a médica? Esta é uma clara evidência de que estes documentos não são imparciais, preenchidos de forma bastante diferente dependendo de quem os elabora e para qual finalidade.

Na entrevista com a neuropediatra (Anexo 47) assim como através dos anexos foi possível verificar que, além do relatório escolar, foi solicitado exame de audiometria, como consta do dia 21/11/07 na ficha “Pedido de Exame” (Anexo 38), bem como exame de oftalmologia, na mesma data, na guia “Protocolo de Encaminhamento Oftalmologia” (Anexo 39), observado nos dois pedidos de exames a indicação: “menor com dificuldade escolar”.

Apesar de não constar a guia de solicitação, também foi realizado o exame de EEG¹⁴ (Anexo 42), pois o mesmo também consta na documentação da criança. Além destes, nenhum outro foi realizado. Nem mesmo o exame chamado P300 que, segundo a médica neurologista, costuma ser usado como ferramenta para o diagnóstico do TDAH. Contudo, este é um instrumento que, segundo a médica, “pode ou não” ser feito, e o seu resultado “pode ou não” ser considerado, mesmo ele sendo um exame “específico pra TDAH”. Abaixo “melhor”¹⁵ explicado nas palavras da própria médica:

[P: É exame que faz?] Não, aí é o seguinte, tem tem só tem um tipo de exame específico pra diagnóstico de tdh, é um chamado P300, P300 potencial evocado especial pra detectar déficit de atenção, então diagnostica mai... principalmente déficit de atenção, aí... a partir [P: Esse ela fez.] M: Não, esse ela não fez, po... foi o seguinte, esse exame só tem, a na rede particular, ele não existe na rede pública, [P: ah, tá.] tá? Aí a gente faz aaa, vamos dizer assim... confirma o diagnóstico por outros dados, por avaliação psicológica, pela avaliação da escola, pelo relatório da escola, pra não ter que o o pai ou mãe desembolsar, no caso, porque, porque eles são um pouco carentes, então a gente evita de fazer esse exame. Que é assim, só pro forma, por exemplo se ele der normal pode tratar do mesmo jeito e se a criança tiver uma boa resposta também confirma tdh, tá? [P: Então ele pode dar normal ou dar alterado? tanto faz] [M: É] M: mas ele é mais prá “detec”, mas se ele dá alterado, já fica um pouco mais preocupado com essa criança, num é? Que é é o déficit (interferência no som, choro de criança em consultório do lado) que ele é muito sensível pra detectar principalmente o déficit de atenção, tá?

A transcrição deste trecho da entrevista com a neuropediatra deixa muito clara a fragilidade e inconsistência em que se baseia o diagnóstico desse “transtorno”. Além de poder ou não ser utilizado o exame acima, o seu resultado é indiferente para fins de diagnóstico. No

¹⁴ Eletro Encefalograma

¹⁵ Não ficou melhor explicado pois não ficou claro o tipo e nem o objetivo do exame

caso de alteração “fica confirmado” o TDAH, mas na ausência de alteração, mesmo assim pode ser feito o tratamento. Deixaremos a questão acima em suspenso e voltaremos aos exames que foram realizados por Rosa, bem como os seus resultados, a serem explicados pela própria médica (Anexo 47), para então somarmos a eles outras questões:

M: aí quando ela veio no segundo retorno, ela tinha feito o eletro da cabeça, né? o eletroencefalograma, deu normal, fez a avaliação auditiva, deu, fez a audiometria, deu normal, avaliação oftalmológica, deu normal pra idade, então não tinha déficit visual, auditivo, nem epilepsia, tá? O relatório escolar, (respiração) ééé revelava: menor dispersa, com dificuldade de atenção/contração causando baixo rendimento escolar, apresenta também impulsividade, agitação em sala, dificuldade de aceitar normas. Então, ficou quaaase praticamente fechado o diagnostico de tda, tdah, né? Por causa, dessas aa características, porque aa característica do tdh, é justamente a criança ser dispersa, ser desconcentrada, tá? E ela ter um comportamento mais agitado, mais impulsivo, que é o que que caracteriza a hiperatividade

[P:umhum] M: tá? Então o déficit de atenção se caracteriza pela falta de atenção, de “contração” e o baixo rendimento escolar não é por falta de inteligência, é por falta de “constração”, porque se você não tem concentração, você não memoriza, se você não memoriza, você não aprende

[P: umhum] M: tá? E, o, a hiperatividade se caracteriza por alguns transtornos de comportamento, por exemplo: aquela criança mais impulsiva, mais agressiva, que tem mais dificuldade em aceitar normas, tá? [P: mas aí, isso daí, como, o que causa isso aí, essa agressividade, essa... quais são as causas?]

M: é é como se fosse um um funcionamento cerebral diferenciado, tá? É, é, é uma predisposição genética pra ter um funcionamento assim, ela não é assim porque ela quer [P: umhum], é não é uma coisa da vontade, é uma, um impulso [P: e aí como agente detecta isso? Exame?] ééé endógeno nela.

Neste momento, torna-se impossível ser imparcial e não registrar a indignação da pesquisadora ao descobrir que de fato o diagnóstico do TDAH é realizado exclusivamente com base no relatório escolar, pois todos os exames da criança não mostraram anormalidades e mesmo assim a médica diz que: “Então, ficou quaaase (sic) praticamente fechado o diagnóstico de tda, tdah, né? Por causa, dessas aa características, porque aa característica do tdh, é justamente a criança ser dispersa, ser desconcentrada, tá?”

Portanto, baseado *exclusivamente* no relato da professora, do mês de dezembro de 2007, houve a confirmação do diagnóstico e no mês seguinte pode-se verificar uma “requisição de exame” (Anexo 43) solicitando o Eletro cardiograma (c/ laudo) para avaliar a função cardíaca para o uso de medicamento psicotrópico, assim como quatro meses depois, a mesma “requisição de exame” (Anexo 44) o que demonstra a intenção de tratar a criança com algum medicamento, a ser esclarecido pela neuropediatra (M):

M: Bom, ai só tava faltando o eletrocardiograma pra gente induzir a medicação específica que a gente usa pra pra tdh, tá? A... [P: eletroencefalograma?] [M: eletrocardio] [P: Cardio] [M: ela tinha fei...] [P: mas o eletroencefalograma] [M: não] dela deu normal, não foi?] M: sim, normal, mas a questão é a seguinte: é que a medicação que mais se usa para déficit de atenção chama-se ritalina, [P: uhm] a ritalina, ele na verdade, ele é um estimulante cerebral, ele ele ele melhora a atenção no sentido assim de que ele dá uma umaa, como se fosse um uma, uma... uma ligada. A gente não diz que a criança é desligada? (em tom descontráido), a gente dá uma ligada no cérebro, né? Aaa... é como se ele melhorasse através da estimulação, ele melhorasse a atenção, então ele é mais específico pra ação (confuso no áudio, palavra dita pode ter sido atenção) do que pra comportamento, [P: amham] só que quando você entra com essa medicação como ele é um estimulante, ele não é um estimulante muuuito estimulante, porque o efeito dele é de quatro/seis horas, a ritalina fica quatro a seis horas que ela age, então, mas ele, como ele é um estimulante, é bom a gente ver se ela não tem

nenhum “problema” cardiológico prévio que contra-indique o uso de medicação estimulante [P: pra não problema cardíaco, né? [M: isso] no caso] M: isso, exatamente. Aí eu sempre peço eletrocardiograma (inaudível) antes da medicação justamente pra ver se... P: ela pode ou não tomar ou não aquele remédio M: exatamente. Aí foi quando ela voltou, tava normal, aí foi introduzida a ritalina, “tubro”(outubro) do ano passado (pequena pausa na fala) [P: Ela chegou a tomar] [M: Aí] M: Aí, aí, foi tentado. Aí, não sei, o que que aconteceu.

A criança Rosa nessas circunstâncias já estava com um laudo médico, do dia 17/09/08 (Anexo 45) concluindo que ela era “portadora de CID: F90.0” Indicando que ela necessitava “a nível escolar: reforço pedagógico e atenção dirigida para melhorar seu aprendizado”. E, de acordo com a médica, iria tomar a Ritalina para o controle do comportamento, mas como a avó ficou “apavorada” (como consta na entrevista com a médica) ao ler a bula do remédio, pediu à médica que trocasse a medicação, a médica indicou então a segunda opção para o tratamento do TDAH, a Carbamazepina. Percebe-se em ambos os casos que o “critério” diagnóstico foi o de observação dos comportamentos da criança, nem pela médica ou outro “especialista”, mas pela professora e ainda que descritos também pela avó em algum momento¹⁶, não deveriam ser observados estes “sintomas” em mais de um contexto, como “manda” o DSM-IV? Possivelmente, pela ênfase que o próprio manual dá ao contexto escolar, como analisado no capítulo anterior, o diagnóstico parece acontecer especialmente “dentro da escola”, pois é lá o contexto mais observado.

Na consulta do dia 22/05/09, gravada pela pesquisadora, foi observado que quase não foi dirigida a palavra à avó da criança ou à Rosa. A consulta, por ser também para esclarecimento de uma estudante (a pesquisadora), pareceu quase uma “aula” dirigida à pesquisadora. A médica apresentou a sua abordagem perante o transtorno, fez muitos esclarecimentos e colocações, mas sempre dirigidos à pesquisadora, solicitando a avó apenas

¹⁶ Como pontuado anteriormente, na entrevista, essa avó pouco fala, mas descreve alguns sintomas da criança.

o peso de Rosa, a fim de calcular a medicação, ou se ela estava “melhor” na escola, ou ainda se estava dormindo bem... Enfim, dando a impressão de que ali no consultório, são exclusivamente investigados os “sintomas”, a sua ocorrência e se o tratamento está surtindo o efeito esperado, o paciente torna-se apenas o “portador” de alguns sintomas, a serem eliminados ou controlados.

Já ao final da consulta, a médica pediu alguns esclarecimentos à avó sobre o comportamento de Rosa e mais uma vez percebe-se que a prescrição da medicação é baseada no relatório escolar, como demonstrado no diálogo da entrevista com a médica:

M: Então assim, é muito usado na prática neuro-pediátrica, psiquiátrica, o, a associação: Ritalina com carbamazepina pra, pra controlá as característica do TDH. Tanto no caso da carbamazepina é mais pra impulsividade, hiperatividade [P: umhum] M: Utilizado como estabilizador do humor, então diminui essa agitação, essa agressividade da criança. E a ritalina é mais pra tensão. Então a gente, é, por isso que a gente, é, eu entrei primeiro com a “carmabina” que tinha menos contra-indicação, né? Eee, se ela continuasse com déficit de atenção a gente aí, esse ano, ia tentar introduzir a ritalina [P: umhum] M: Entendeu?

P: E aí no caso ela não vai precisar então da ritalina? [M: Por enquanto não, porque a gente ainda não tem o relatório, né vó? (tom descontraído e risos)]

Desta forma, o tratamento permaneceu, trocando-se somente o formato de solução para comprimido, com o consentimento da avó que durante a consulta quase não falou, e quando o fez, foi em voz quase que inaudível. Fica a impressão de que, na visão da neuropediatra, o tratamento, assim como o próprio diagnóstico, correram de forma perfeita e também para a família e escola a quem se promete agora uma criança “menos agitada”, não importando se esta está na verdade sob efeito de psicotrópicos. De acordo com a médica, inclusive, não seria necessário mais nada além do relatório escolar atualizado:

*M: Então como dizia o Zagalo: “time que tá ganhando, a gente não mexe!”
(tom descontraído) Então vamos manter a medicação... eu vou ficar aguardando o relatório, tá?*

Avó: tá bom.

(pausa no diálogo, alguns segundos de silencio, apenas ruídos de conversas externas)

M: a senhora já entregou o relatório lá? A não, a cê tá com a senhora, né?

Avó: já entreguei, mas no ano, no ano passado que eu entreguei, será num era bom, a senhora fazer o pedido? [M: ah, tá!]

M: É melhor, né? É, desse ano. [P: O quê? Relatório do quê?] [Avó: Esse ano, desse ano, aí ela manda o pedido, e eu entrego pra professora] [P: ah, aí a professora manda o relatório pra ela] [Avó: é, aí manda pra ela, é] [P: ah, tá.]

Avó: porque, cada ano muda de a professora...

Um laudo com data de 17/09/08 (Anexo 45) foi emitido pela neuropediatra e levado para a escola e anexado aos documentos escolares de Rosa, só então, no mês seguinte acrescentou-se ao dossiê escolar de Rosa mais um documento o “Encaminhamento de Relatório Psicopedagógico” (Anexo 46) apresentando os motivos da avaliação de Rosa, naquela Equipe psicopedagógica, informações gerais sobre a aluna, avaliação psicopedagógica, conclusão e sugestões à família e à escola. A seguir a transcrição deste documento elaborado pela Equipe psicopedagógica (Anexo 46):

Trata-se de aluna com nove anos, apresentando problemas de comportamento e dificuldades no processo ensino-aprendizagem provavelmente decorrentes do quadro de TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

A família e a escola devem ser agentes facilitadores no desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais e emocionais da aluna no sentido de favorecer o seu progresso escolar.

Nota-se no relato acima que o círculo se fecha: o diagnóstico de TDAH, que foi dado com base nos relatos de professores acerca dos comportamentos “agitado”, “desatento”, etc., agora tornam-se a provável *causa* desses mesmos comportamentos. Diante de tal conclusão da equipe psicopedagógica e visto todo o processo de diagnóstico e como ele *realmente* ocorre, como ter a segurança de falar para esta criança que “a família e escola devem ser os agentes facilitadores do desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, sociais e emocionais que favorecem o seu progresso escolar” (Anexo 46), assim como é proposto no próprio relatório? Quantas Tulipas e Rosas são ou serão diagnosticadas nesse modelo médico, com a pretensão de “garantir o seu progresso escolar?”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou realizar uma investigação profunda acerca do processo diagnóstico de duas crianças ditas hiperativas (TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) indo a campo para conhecer o caminho percorrido por elas e suas famílias reconstituindo cada caso. A pretensão não foi a de explicar como esse processo se dá com base na literatura médica, conforme ele ocorre, mas sim analisar criticamente este, desde o surgimento do “conceito” do TDAH até o seu “reconhecimento” como doença psiquiátrica freqüente na infância, fazendo uma pesquisa minuciosa do diagnóstico, ressaltando os detalhes que não aparecem no meio em que ele é tratado.

Detalhes importantes foram evidenciados, como a falta total de critérios para o diagnóstico, revelando o não cumprimento das normas básicas propostas no DSM-IV, sobretudo da ausência de critérios na própria elaboração dos sintomas descritos nesse manual, reverenciado como “cientificamente” correto. Tornando-se muito claro que o “enquadramento” de uma criança na categoria TDAH, se dá por meio da descrição, muitas vezes equivocada e tendenciosa, da professora que convive diariamente com a criança. E que a partir desse relato já se medica a criança a fim de “controlá-la” melhorando o seu desempenho.

Reconhecer nas idéias de Werner (2005) os perigos e conseqüências da *patologização e medicalização do fracasso escolar* assim como tem ocorrido nas práticas de diagnósticos atualmente, é perceber que a exclusão do escolar continua acontecendo, em sentido contrário à proposta da Educação, e que esta, ainda é explicada de forma “científica”, com um discurso de “favorecer” àqueles que supostamente apresentam “distúrbios” ou “problemas de aprendizagem” promovendo uma “intervenção” mais adequada aos que necessitem de atenção especial, em decorrência deste “diagnóstico”.

Para esse diagnóstico, fica evidente suas falhas, faltoso de etapas e exames, que viessem a comprovar a “doença” da criança em função do “seu distúrbio orgânico” assim como é considerado pela categoria médica. Categoria esta detentora do “saber”, da “ciência”, mas principalmente do poder, como historicamente foi retratado, não abrindo nenhum espaço para saberes de outras áreas, como por exemplo, a Psicologia, que, infelizmente, passa a endossar o modelo médico na postura submissa ou acrítica de alguns psicólogos.

O que assistimos (calados) é o “diagnóstico” de uma “doença” que supostamente estaria atrapalhando o aprendizado que deve, então, ser tratada. Naturalmente, nos moldes em que está estabelecido o modelo médico tradicional e dominante, culturalmente quase inquestionável, ao qual estamos habituados atualmente, o tratamento medicamentoso. O mais grave é que mesmo em situações em que este “defeito” não se comprove através de exames e testes (como o observado nos dois casos aqui apresentados) o indivíduo (crianças) é submetido ao mesmo tratamento medicamentoso para ajustar seus “comportamentos inadequados” que supostamente dificultariam o seu desempenho escolar e social. Não existe espaço para as indagações ou reflexões, muito menos existe a dúvida, só há a certeza dos médicos e de suas prescrições, durante o processo de diagnóstico que é realizado pouco se ouve a voz do “paciente” ou de seus responsáveis, numa possível tentativa de entendimento do “problema”.

Visto o espantoso número de diagnóstico de crianças TDAH e dos números de psicotrópicos associados a esse transtorno, deveríamos comemorar com honras, pois estaria sendo “tratada” uma doença que “incomoda”, tornando-a menos evidente e controlada. Poderíamos acreditar que o Admirável Mundo Novo está aqui, com soluções rápidas e específicas para cada novo “desajuste”, não exigindo de nós refletirmos sobre a vida, nem mesmo as nossas ações, trazendo-nos uma “facilidade” para interagir com o mundo e com as

peessoas. Mas o “detalhe” não é revelado aos que não podem ver, a “doença que se referem fica onde?” Então, estamos tratando o quê?

Fica nítido o empenho das “neurociências” em descobrir o local ou parte do cérebro, ainda que um indício, que mostre a doença, o defeito primário do indivíduo, que justificasse os “transtornos” dos seres humanos. Observou-se que para o diagnóstico deste “transtorno escolar”, na atualidade, e durante toda história, ocorreu e ocorre a sua prática mesmo sem a comprovação empírica de suas causas e sem critérios bem definidos, mas que ele é reconhecido como doença. Cada vez mais observamos o homem racionalizar todos os seus problemas e soluções deixando de lado a sua natureza humana e intuitiva, acreditando ser esta uma postura para os “ignorantes” e “negadores” da ciência. Seria então mais inteligente dopar crianças, não comprovadamente “doentes”, ao invés de buscar a compreensão do que *realmente* se passa com elas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Psiquiátrica Americana (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª edição. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana (2006). *Manual de Estilo da APA: Regras Básicas* [tradução Magda França Lopes]. Porto Alegre: Artmed.
- Guarrido, R. (2007). *A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação Educação e Pesquisa*. São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-07000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 28 de Maio de 2009.
- Gonzales-Rey, G. F. (2002) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Thompson
- Gould, S. J. (1999). *A Falsa medida do Homem*. 2ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Legnani, V. N. & Almeida, S. F. C. (2008.) *A construção diagnóstica de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (tda/h): uma discussão crítica*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 60, n. 1, p. 2-13.
- Machado, L. (1990). *Toda criança nasce gênio*. Rio de Janeiro: Gráfica da UERJ.
- Neno, S. & Tourinho, Z. E. (1998). *Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental*. Psicologia. Teoria e Pesquisa, Brasília-DF, V. 14, n. 2, p. 139-147.
- Organização Mundial de Saúde (1999). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Patto, M. H. S. (1997). *Para uma Crítica da Razão Psicométrica*. *Psicol. USP* [online] vol.8, n. 1, pp. 47- 62. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100004&lng=en&nrm=iso> acesso em 05 de Abril de 2009.
- Revista Ciência & Vida – *Psique*. Ano II. nº 24. São Paulo: Editora Escala.

Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.

Rose, S. O. (2006). *Cérebro do século XXI: Como entender, manipular e desenvolver a mente* [Tradução Helena Londres] São Paulo: Globo.

Schultz & Schultz (1981). *Historia da Psicologia Moderna*. 5ª ed. São Paulo: Editora Cultrix.

Schuwartzman, J. S. (2001). *Transtorno de Déficit de Atenção*. Série Neurofácil. V.1. São Paulo: Ed. Mackenzie.

Szobot, C. M et al. (2001, Maio). *Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 23, suppl.1, p.32-35.

Veja (2004, Outubro, 27). *Ritalina, usos e abusos*. Revista Veja, ed. 1877, pp. 68-70. Autor.

Werner, J. (2000). *Saúde & Educação: Desenvolvimento e Aprendizagem do Aluno*. Rio de Janeiro: Gryphus (Educação em diálogo; 5).

ANEXOS