

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade sob a perspectiva dos pais e psicólogos.

Cintia Oliveira Cremasco

Brasília
Dezembro de 2013

TDAH sob a perspectiva dos pais e psicólogos.

Cintia Oliveira Cremasco

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia. Professor-orientador: Sérgio Henrique Alves

Brasília
Dezembro de 2013

Folha de avaliação

Autor: Cintia Oliveira Cremasco

Título: TDAH sob a perspectiva dos pais e psicólogos.

Banca Examinadora:

Prof. Sérgio Henrique Alves

Professor-Orientador

Prof. Izane Nogueira de Menezes

Professora-Examinadora

Prof. Marina

Professora-Examinadora

Brasília
Dezembro de 2013

Sumário

| | |
|--|----|
| Resumo | VI |
| Palavras-chave..... | VI |
| Introdução | 1 |
| Capítulo 1: Diagnóstico e medicalização | 4 |
| 1.1 Breve Histórico | 4 |
| 1.2 Processo de diagnóstico | 8 |
| 1.3 Rotulação e impacto do diagnóstico | 13 |
| 1.4 Medicalização..... | 15 |
| 1.4 Psiquiatria e indústria farmacêutica | 16 |
| Capítulo 2: Família | 19 |
| 2.1 Papel da Família..... | 19 |
| 2.2 Conflitos familiares/conjugais..... | 20 |
| 2.3 Desenvolvimento da criança..... | 21 |
| Capítulo 3: Escola | 23 |
| 3.1 Escola..... | 23 |
| 3.2 O conceito de inclusão..... | 24 |
| 3.3 Inclusão no Brasil..... | 25 |
| 3.4 Papel da escola e da família..... | 26 |
| 3.5 Educar o “diferente”..... | 27 |
| 3.6 Formação profissional dos professores..... | 31 |

| | |
|---|----|
| Capítulo 4: Metodologia | 34 |
| 4.1 Metodologia Qualitativa..... | 34 |
| 4.2 Procedimentos..... | 36 |
| 4.3 Participantes..... | 36 |
| 4.4 Local..... | 37 |
| 4.5 Instrumentos | 37 |
| | |
| Capítulo 5: Resultados e Discussão | 39 |
| 5.1 Escola..... | 39 |
| 5.2 Família | 40 |
| 5.3 Diagnóstico e rotulação..... | 42 |
| 5.4 Medicalização..... | 43 |
| 5.5 Nova Geração..... | 45 |
| | |
| Capítulo 6: Conclusão | 47 |
| | |
| Capítulo 7: Referências Bibliográficas | 49 |
| | |
| Capítulo 8: Anexo | 57 |
| 8.1 TCLE | 57 |

Resumo

Esse trabalho propõe uma investigação nos processos de diagnóstico para crianças consideradas portadoras do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), na visão dos pais sobre o processo e na visão de psicólogas que desenvolvem trabalho com pais que tem filhos diagnosticados com este transtorno. A metodologia utilizada foi qualitativa, conversação dialógica. As conversações foram realizadas individualmente com cada participante em ambiente conveniente ao mesmo. Após, foram formuladas categorias analíticas para a análise, as categorias foram: escola, família, diagnóstico e rotulação, medicalização e nova geração. Discute-se sobre a consequência de um diagnóstico como esse na vida do indivíduo, o que inclui rotulação, medicação, preconceitos, formação do profissional de educação entre outras consequências podendo elas serem benéficas ou não para o sujeito. Concluiu-se que muitas vezes a rotulação desse transtorno, que gera uma medicalização como parte do tratamento, pode em muitos casos, prejudicar o indivíduo e mascarar o real desafio, seja ele presente na família, na escola ou em outros ambientes. Propõe-se pensar em outras formas de organização do sujeito, outra geração com outros modos de subjetivação e expressão.

Palavras Chave: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, visão pais e psicólogos, diagnóstico, medicalização.

Introdução

Na atualidade está ocorrendo um alto índice de diagnósticos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), importante se torna investigar sobre esse chamado surto de crianças com TDAH e o modo como o diagnóstico vem sendo feito. A proposta é discutir se não são somente crianças que se relacionam de modo diferente, uma geração diferente. Investigar o processo de psicodiagnóstico e qual a visão dos pais e escola sobre o diagnóstico e suas consequências se torna essencial. “A maioria dos especialistas estimam que o TDAH afeta entre 2 e 5 por cento das crianças no jardim de infância, embora alguns estudos têm sugerido que essas estimativas são baixas” (NIH, 2011)

Em um primeiro momento o diagnóstico do TDAH na maioria das vezes é feito nas escolas, por professores e pedagogos. Os sintomas desse transtorno foram popularizados de uma maneira que não só médicos ou psicólogos diagnosticam essas crianças, dando assim a certeza dos professores aos pais da patologia que a criança tem. Corrêa (2010) chama isso de uma lógica patologizante imposta à criança. Se o aluno não “para quieto na cadeira”, não concentra nas aulas, tem mais dificuldade dos que os outros, ele tem TDAH, e logo já são avisados aos pais, que imediatamente começam a fazer o uso de medicamentos. Isso é um ciclo que se repete muito nas escolas. Tacca (2008) destaca que já há vários pesquisadores que estão denunciando escolas que não estão preparadas para receber diferentes tipos de alunos. As escolas aceitam um determinado tipo de aluno, aquelas que seguem padrões, os quais são fáceis de lidar, o aluno que faz todas as tarefas e aqueles que tiram boas notas e não questionam.

Cada vez mais se escuta menos o sujeito, e é assim que os problemas humanos, inerentes da existência, se tornam transtornos, essa é mais uma transformação epistemológica do que simplesmente terminológica. O problema é algo que deve ser decifrado, interpretado

e resolvido, já o transtorno é algo a ser eliminado, suprimido porque molesta. Os nomes das categorias não são inocentes, eles têm uma história e um motivo (Jerusalinsky & Fendrik, 2011). É bastante comum dizer aos pais de uma criança diagnosticada com algum transtorno que eles não têm nenhuma culpa no acontecimento e então eles se comportam como se não tivessem como entender o que ocorre com seu filho, principalmente se lhes é dito que o problema se resume a uma disfunção química no cérebro, alheia ao contexto em que a criança está inserida, porém, o contexto sempre estará presente (Brum, 2011).

Estima-se que em todo o mundo 5% das crianças tem TDAH (Pereira & Bel, 2010). Cantwell e Baker (1991) relatam que em um estudo longitudinal realizado pelo grupo, o TDAH foi o diagnóstico mais frequente em crianças com distúrbios da aprendizagem (63% da amostra). Esclarecem que a natureza da associação entre a hiperatividade e o déficit de atenção (DA) ainda não é completamente conhecida, podendo ser o resultado de vários mecanismos: a hiperatividade poderia causar o DA; o DA poderia propiciar a hiperatividade ou ambos poderiam ser resultantes de fatores comuns e a associação, neste caso, seria indireta.

Não somente a escola, mas também os pais ou cuidadores dessa criança têm um impacto no diagnóstico. Por isso o foco desse trabalho se baseia na visão dos pais sobre o assunto, são eles que lidam no dia-a-dia com a criança.

A maioria dos especialistas concorda que o tratamento para TDAH deve tratar múltiplos aspectos do funcionamento do indivíduo e não deve ser limitado ao uso de medicamentos sozinhos. Muito sério pode ser a medicação sem a real necessidade, advindo de um diagnóstico errôneo. O tratamento deve incluir a gestão estruturada em sala de aula, a educação dos pais (para lidar com disciplina) e a terapia para a criança.

O objetivo principal deste trabalho foi investigar com pais e psicólogos como o

processo de diagnóstico ocorreu e seu impacto. Os objetivos secundários foram: fazer uma análise sobre o processo de diagnóstico o como é indicado que ocorra e se há diferença com o que pode estar ocorrendo em alguns casos, analisar a visão dos pais e psicólogas sobre o diagnóstico e investigar o que mudou, como era o cenário da criança, pais, antes e depois do diagnóstico.

Capítulo 1 - Diagnóstico e medicalização

1.1 Breve histórico

Alguns estudos sobre o assunto ocorreram desde o início do século XX. Em 1902 “George Frederick, mencionou em suas palestras as crianças com dificuldade de seguir regras: desafiadoras, desatentas, agressivas e resistentes a disciplina. Os pais dessas crianças foram rotulados como portadores de um “defeito” de controle moral”, “essas crianças tinham um defeito maior e crônico no controle moral” (Silva, 2003, p.170). Obteve-se uma relação hereditária e genética com os comportamentos dessas crianças ao perceberem que membros da família apresentavam problemas de depressão, alteração de conduta e alcoolismo. “Para o início do século XX essa concepção de que o comportamento poderia ter uma causa orgânica do que simplesmente ser o resultado de um desajuste familiar foi um conceito ousado” (Teixeira, 2008, p. 5).

Vinte anos depois, médicos norte-americanos estudaram crianças que apresentavam comportamentos parecidos. As crianças estudadas eram sobreviventes da pandemia de encefalite ocorrida entre 1917-1918. “Estabeleceu-se na época uma relação entre a encefalite e uma possível deficiência moral de caráter falso para explicar o TDAH, criando-se o termo cérebro danificado ou lesionado” (Teixeira, 2008, p. 5). Em 1934, Kahn e Cohen colocaram em tese haver uma base biológica nessas alterações comportamentais, tendo em base um estudo com as mesmas vítimas da epidemia de encefalite.

Para as crianças que não foram expostas ao surto de encefalite, mas que apresentavam sintomas parecidos foi sugerido que, talvez tivessem sofrido dano cerebral originário de outra maneira. Essas crianças apresentavam-se espertas e inteligentes para serem portadoras de uma lesão cerebral. Passou-se então ao termo “Lesão Cerebral Mínima” tornando popularmente conhecido apesar de não haver nenhuma lesão cerebral que pudesse ser constatada em exames médicos. Esse termo foi mudado para Disfunção Cerebral Mínima pelo fato de não haver evidências que atestassem a presença de lesões cerebrais (Teixeira, 2008, p.6).

Em 1937, Bradley observou que crianças hiperativas / impulsivas, com o uso de anfetaminas (medicamento estimulante do sistema nervoso central) apresentavam redução em seus comportamentos indesejados e ajudando na concentração. Em 1957, Laufer utilizou o termo hiperatividade infantil. Em 1960, Chess teorizou que a síndrome surgiria somente nos meninos e que ao longo do desenvolvimento natural do indivíduo ela iria diminuindo. Ele negou a hipótese dessa hiperatividade estar relacionada à lesão cerebral. Achava que as causas estavam na genética individual, daí o nome de “Síndrome da Criança Hiperativa” (Teixeira, 2008).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA, 1968), usou Reação Hiperkinética da Infância no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-II).

Os novos termos tiveram grande validade para as crianças que apresentavam hiperatividade como parte de seus sintomas. Muito embora, tendessem a ignorar o fato de que um grande número de crianças apresentasse déficits de atenção sem qualquer sinal de hiperatividade. Era evidente que mais pesquisas deveriam ser realizadas para responder a essas e outras questões (Silva, 2003).

Feigold em 1973 demonstrou para a Associação Médica Americana uma possível conexão entre alguns alimentos e aditivos químicos (colorantes artificiais, sabores artificiais e outros) e o comportamento hiperativo de certos indivíduos. Porém essa teoria não foi bem recebida pela comunidade médica da época, mas sendo uma considerável opção na atualidade.

O foco das pesquisas em 1970 passou de hiperatividade para as questões ativas com a teoria de Douglas que menciona que o déficit em manter a atenção poderia provir de condições sem a hiperatividade, ampliou a noção dessa síndrome dando destaque ao déficit de atenção, que era desvalorizado anteriormente.

Weiss (1976, citado por Teixeira, 2008) afirmou que nos adolescentes a hiperatividade pode amenizar, mas as questões de atenção e impulsividade costumam persistir. Anteriormente achava-se que a síndrome iria sumindo quando o desenvolvimento

do indivíduo fosse atingindo a adolescência e a vida adulta. Quando a síndrome na forma adulta foi reconhecida em 1980, no DSM II, houveram mudanças importantes em diversos aspectos: deixou-se de lado os fatores causais dando destaque para os sintomas (aspectos clínicos); renomeou a síndrome de Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA).

Nos anos de 1980, vários estudos foram publicados, fazendo do TDAH a alteração comportamental infantil mais estudada. Em 1994, foram feitas modificações pela Associação Americana de Psiquiatria que publicou o DSM-IV, com a seguinte classificação:

- Déficit de Atenção DA: predominante desatento;
- Déficit de Atenção DA / HI: predominantemente hiperativo-impulsivo;
- Déficit de Atenção AC: onde os sintomas de desatenção e hiperatividade / impulsividade estão presentes no mesmo grau de intensidade.

Na nomenclatura brasileira mais recente é utilizado o termo transtorno em vez de Distúrbio, ou seja, transtorno de déficit atenção e hiperatividade (TDAH). É neste contexto que a disfunção da atenção torna-se uma psicopatologia, sendo descrita pela primeira vez com o nome de Desordem do Déficit de Atenção (DDA) ou TDAH. Dalgalarondo (2008) define a atenção como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto. Conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações em unidades controláveis e significativas. Os termos “consciência” e “atenção” estão estreitamente relacionados.

Neste sentido, o TDAH surge como categoria de distúrbio psiquiátrico no DSM-IV, apresentando, como característica essencial, um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade mais frequente e severo que o esperado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (APA, 2002).

No entanto, não há um consenso (apesar da criação do Consenso Internacional para legitimar o diagnóstico de TDAH em janeiro de 2002) sobre o quanto este transtorno possui

efetivamente bases biológicas e o quanto dele é cultural. Caliman (2009) defende que não são apenas testes de cognição ou neurológicos que podem definir um diagnóstico de TDAH, mas também uma avaliação da qualidade de vida do indivíduo e o risco de afetá-la, demonstrando a forte presença de aspectos culturais na produção de um diagnóstico deste tipo de patologia.

Definir aquilo que é normal ou patológico do ponto de vista psiquiátrico, também sofre variações, já que o próprio discurso da psiquiatria muda ao longo do tempo. Doenças que antes possuíam fortes evidências científicas desaparecem (como a histeria), bem como os diagnósticos psiquiátricos (Caliman, 2009). Esse sistema não engloba a singularidade do indivíduo, seu ambiente, contexto e história de vida. Observa-se isso no próprio ideal da descrição classificatória, que pretende garantir transparência entre a manifestação da criança e um quadro psicopatológico correspondente, ou seja, para se ter uma objetividade cientifista garantida se excluem as bordas subjetivas (Jerusalinsky & Fendrik, 2011). Portanto é um modelo que acaba sendo reducionista, deixando de lado as multideterminações da complexidade e singularidade de cada ser humano. O DSM-IV alerta o possível equívoco de confundir pessoas com o transtorno que elas apresentam, mas esse equívoco ainda acontece e torna-se uma norma no caso da criança, que é um sujeito em constituição (Jerusalinsky e Fendrik, 2011).

Essa crítica exige cuidado para não demonizar a indústria farmacêutica e a psiquiatria, cada uma tem sua função, assim como os medicamentos. O problema está na patologização que a sociedade está vivendo, existe um uso abusivo e precoce de psicofármacos, assim como a aceitação de um diagnóstico como uma verdade absoluta, mas de nada vale trocar um dogma pelo outro (Brum, 2011). Fatos que provavelmente estão

relacionadas com a pós-modernidade e a necessidade de velocidade em que vivemos e a rápida resolução de problemas (Bauman, 2004).

Por mais que se divulgue a crença de que é possível controlar o sofrimento e garantir a felicidade, a humanidade parece desmascarar essa ilusão dia após dia e por isso é preciso encontrar um novo transtorno. A angústia não deve ser silenciada, mas sim ouvida, ela quer dizer algo, esse raciocínio se torna ainda mais importante no caso das crianças, seus pais têm a responsabilidade de ouvi-las e lidar com suas questões continuamente, independente do tratamento médico, até que elas possam ter responsabilidade pelos rumos da própria vida (Brum, 2011).

Sendo assim, é de suma importância avaliar o contexto histórico-cultural em que as doenças, síndromes ou transtornos surgem, a ponto de serem consideradas como tal. Atualmente, vivemos em um contexto de uma economia capitalista onde os indivíduos, para serem competitivos e bem sucedidos, devem apresentar alta produtividade e habilidades como boa memória, rapidez de raciocínio e foco.

1.2 Processo de diagnóstico

As crianças amadurecem em ritmos diferentes e têm diferentes personalidades, temperamentos e níveis de energia. A maioria das crianças se distrai, age impulsivamente, e luta para se concentrar um momento ou outro. Às vezes, esses fatores normais podem ser confundidos com TDAH.

Muitos pais percebem que seus filhos se comportam de modo diferente. Os pais podem primeiro perceber que seu filho perde o interesse por coisas mais cedo do que as outras crianças, ou parece constantemente "fora de controle". A hiperatividade, a falta de atenção, a agressividade e o controle das emoções se tornam difíceis de serem ignorados e

tolerados. Com essas situações esses pais podem perceber que precisam enxergar seu filho de outra maneira. Quando essas crianças chegam à Educação Infantil essas atitudes são apontadas pela equipe da escola, sendo assim, os pais aprendem que seus filhos agem de maneira bem diferente dos demais. Muitas vezes, os professores podem notar os sintomas em primeiro lugar, quando uma criança tem dificuldade em seguir regras, ou frequentemente está agitada.

Sintomas de TDAH geralmente aparecem no início da vida, muitas vezes, entre as idades de 3 e 6, e porque os sintomas variam de pessoa para pessoa, o transtorno pode ser de difícil diagnóstico. “Psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica, feita com propósitos clínicos e, portanto, não abrange todos os modelos de avaliação psicológica de diferenças individuais. É um processo que visa a identificar forças e fraquezas do funcionamento psicológico” (Cunha, 2000, p. 23)

Se o diagnóstico for feito somente de modo a verificar o que o sujeito tem de similar com outros da mesma categoria diagnóstica, se restringiria a chegar a um código classificatório sem caber à qualificação como psicodiagnóstico. O foco se torna na existência ou não de psicopatologia (Cunha, 2000).

O termo “diagnóstico” oriundo do grego “diagnostikos” significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Porém, é, geralmente, definido em dicionários e pelo senso comum como a determinação de uma doença pela observação dos seus sintomas. Estabelece-se, assim, segundo Masini (1993), por volta do final do século XVIII, uma linha diagnóstica à procura de identificar no físico as determinantes das dificuldades das pessoas.

As críticas se relacionaram ao fator de que o diagnóstico somente avaliava, media e rotulava o aluno, uma vez que era feito descontextualizado, sem levar em consideração fatores relacionados ao processo ensino-aprendizagem. Masini (1993) acrescenta o “fato do diagnóstico e do encaminhamento para a reeducação estarem a serviço da exigência de

adaptação da criança ao que a sociedade e a escola dela esperam. Isso revela o sistema implícito de comparação entre sujeitos impostos por esta concepção, nela se estabelece, também um modelo de indivíduo, um padrão de normalidade” (p.10)

O diagnóstico torna-se um elemento classificatório e perigoso, promovendo a exclusão para aqueles que não se encaixam no conceito de “sujeito ideal” estabelecido. Fernández (1990), destaca que o diagnóstico, tanto a nível institucional como privado, carece de objetividade e pragmatismo. “Ainda no melhor dos casos pode chegar a transformar-se em mais uma marca, para um indivíduo a quem permanentemente se examina, se mede, e a quem poucos escutam.” (Fernández, 1990, p. 24)

Vigotski (1997) afirma que o termo apresentado pelo diagnóstico por si só não resolve o problema, pois informa pouco de fato sobre o aluno, uma vez que desconsidera aspectos culturais em que este sujeito está inserido. González Rey (2002) ressalva que o diagnóstico despersonalizado e descontextualizado encaminha a procedimentos errôneos, dentro dos quais se produz o que se diagnostica.

O diagnóstico pode se caracterizar em processo de análise situacional do aluno inserido em um contexto, não para uma identificação das causas das problemáticas, mas para orientar e instrumentalizar os professores a fim de uma intervenção. Procurar entender os vários aspectos que podem estar gerando a dificuldade na criança, já que esta não é a única responsável ou culpada por este problema; antes, este problema é, sem dúvida, resultante de um contexto relacional mais amplo (Cunha, 2000).

Para González Rey (2002), o diagnóstico não pode ser um ato instrumental que foca em um resultado concreto, precisa ser reconhecido como um processo de produção de conhecimento diferencial, de relação, de comunicação, facilitando a inteligibilidade do sujeito. Na intenção de chegar a um diagnóstico, o impacto que pode causar no sujeito é desconsiderado. Nestes casos o diagnosticado perde sua condição de sujeito e tem reforçada a

sua “condição de doente”, ao ser definida em todos os seus sistemas de relação, chegando a ser a identidade principal do sujeito, ele se torna o próprio diagnóstico.

Saindo do modelo rotulador, Fernández (1990) ressalta que o diagnóstico deve ter para o terapeuta a mesma função que a rede para o equilibrista. Assim não podendo ser considerado um fim em si mesmo, tendo uma tentativa de obter uma compreensão mais global do investigado com vistas a uma intervenção que gere um salto qualitativo.

Por meio do psicodiagnóstico podem-se avaliar condições que possam ter influência no curso do transtorno. Os dados obtidos “descrevem o que uma pessoa pode ou não fazer no contexto da testagem, mas o psicólogo deve ainda inferir o que ele acredita que ela poderia ou não fazer na vida cotidiana” (Groth-Marnat, 1984, p.25)

O diagnóstico pode ser realizado por psicólogos, psiquiatras ou por equipe multidisciplinar. Não cabe a outros profissionais o processo de psicodiagnóstico (Cunha, 2000). De acordo com Castellanos (1997) o diagnóstico deveria ser feito em bases exclusivamente clínicas, pois nenhum teste laboratorial ou neuropsicológico foi reconhecido como suficientemente sensível e específico para avaliação do distúrbio.

Nenhum teste ou exame neurológico pode determinar uma criança como tendo TDAH, nem mesmo o P300 que é tão utilizado. Esse exame neurológico é um instrumento de investigação do processamento da informação (codificação, seleção, memória e tomada de decisão) e permite avaliar a atividade cortical envolvida nas habilidades de discriminação, integração e atenção do cérebro. A utilização de medicações diversas pode alterar o exame P300, entre elas, medicações com metilfenidato (mais utilizada no tratamento de TDAH). A alteração ou anormalidade no resultado desse exame pode indicar muitas variáveis, não sendo um instrumento fundamental por ser pouco específico, na avaliação das anormalidades cognitivas da infância (Brayner, 2003).

Brayner (2003) relata que numerosos estudos em crianças com TDAH têm relatado anormalidades dos potenciais endógenos em relação aos controles normais. Entretanto, ainda são muitas as dúvidas envolvendo o tema. Podem ser inúmeros fatores a alterar os potenciais endógenos nas crianças com esse diagnóstico, não podendo nenhuma afirmação ser feita como verdade absoluta. “Um aspecto importante a ser ressaltado é que, apesar de constituir-se uma comorbidade frequente, são relativamente poucos os estudos dos potenciais endógenos no TDAH que distinguem a presença ou não dos distúrbios da aprendizagem como fator associado” (Brayner, p. 31, 2003).

Em vez disso, um profissional de saúde licenciado precisa reunir informações sobre a criança e seu comportamento ao meio ambiente. Uma família pode querer primeiro conversar com o pediatra da criança. Alguns pediatras podem avaliar a criança em si, mas muitos se recomendam a família para um especialista em saúde mental com experiência na infância, transtornos mentais, como TDAH. O especialista em saúde mental vai primeiro tentar descartar outras possibilidades para os sintomas. Por exemplo, certas situações, eventos ou condições de saúde podem causar comportamentos temporários em uma criança que parecer ter TDAH.

Testes psicológicos podem ser instrumentos de grande ajuda para o processo diagnóstico. Um dos mais aceitos é o WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), teste de inteligência e execução composto de subescalas para habilidades verbais, espaciais, de atenção, entre outras. Os testes não podem ser a única ferramenta para o diagnóstico, pois pode ter interferência de fatores emocionais, que nem sempre estão evidentes (Cunha, 2000).

Quando o diagnóstico está explicando o sujeito de uma forma em que ele não possa mais mudar, ele deixa de ter a função que um diagnóstico tinha e gera um estigma. Diagnóstico seria junto com o sujeito entender o que está acontecendo com ele e depois intervir, serve para compreender o que acontece e fazer um planejamento de ações.

No entanto existem outras formas de se entender os diagnósticos, ao se analisar o desenvolvimento do então manual norte-americano de diagnóstico de transtornos mentais, o DSM, observa-se uma profunda mudança de paradigmas entre um manual e outro. Novas doenças surgem, enquanto outras desaparecem. Essas mudanças se relacionam, em grande medida, com alguns fatores que constantemente se sobrepõem: ciência, biologia e moral, o DSM-III foi uma resposta necessária à crise do saber psiquiátrico, buscando legitimar seu discurso junto às áreas de conhecimento científico, onde desordens do humor, da cognição, do afeto e da conduta tornaram-se disfunções cerebrais relacionadas a sistemas de neurotransmissores específicos (Caliman, 2009).

1.3 Rotulação e impacto do diagnóstico

Antes de se estabelecer o diagnóstico de TDAH, se torna importante o profissional questionar a utilidade do mesmo, identificando as possibilidades de melhora para a criança e seus familiares. O diagnóstico, sem o acompanhamento e tratamento se torna uma imprudência.

De acordo com Raad e Ximenes (2011) quando a escola encaminha a criança para avaliação, a criança já é vista como alguém com problemas e que precisa de uma ajuda especializada. “Do ponto de vista pedagógico, para a vida escolar dessa pessoa, o diagnóstico é absolutamente inútil. Todavia o diagnóstico tem uma consequência. Ele instaura condições de possibilidade para o preconceito” (Tunes, p. 4, 2005).

O rótulo institui um padrão relacional, ou seja, não incide somente nas pessoas, tem influência nas relações que as pessoas têm em sociedade (Bartholo, 2007). O impacto do diagnóstico vai muito além de uma simples nomeação de uma patologia, transtorno ou de categorizar e classificar as pessoas de acordo com normas instituídas. É algo que “cria uma realidade relacional e configura o ambiente social de desenvolvimento, instituindo assim,

padrões relacionais de comportamento” (Raad & Ximenes, p. 113, 2011).

Sob o olhar da psicologia histórico-cultural, entende-se que os processos de saúde e adoecimento estão sempre presentes na base de todas as relações sociais e se desenvolvem a partir delas. Nesse sentido, o desenvolvimento de relações humanas saudáveis baseadas numa boa qualidade das relações através de comunicação – dialogicidade – é vista como uma maneira efetiva de propiciar que o outro seja reconhecido e legitimado enquanto sujeito e se desenvolva e permaneça saudável mesmo com algum tipo de transtorno ou diagnóstico. Pois o foco está no sujeito e não em seu diagnóstico.

Para a psicologia histórico-cultural o sujeito é o sujeito do pensamento, não se referindo ao pensamento como processo cognitivo, mas sim como processo de construção de sentido. O sujeito em seu processo reflexivo intervém como momento constituinte de si mesmo e dos espaços sociais nos quais está em constante ação a partir dos quais pode afetar outros espaços sociais (González Rey, 2003).

A naturalização coloca no indivíduo em processos que têm gênese social complexa e que se constituem no sujeito a partir de sua condição social. Toda patologia social vai envolver uma dinâmica social que nos informa sobre a organização da sociedade na qual essa se apresenta, mas o sistema tende a ocultar a leitura social dos processos de saúde e doença, o que contribui para sua institucionalização jurídica e médica (González Rey, 2004).

Os sistemas de crenças e representações socialmente produzidas padronizam as definições de saúde e doença a partir de critérios externos aos processos vitais dos sujeitos e grupos envolvidos, gerando assim limitações, preconceitos e espaços de identidade social que terminam danificando as pessoas envolvidas mais que o próprio estado de doença. A anormalidade ficou embutida no comportamento. Anormais ficam sendo os indivíduos que expressam certos comportamentos concretos e específicos e certos conjuntos de “sintomas” individuais, sendo considerado patológico o que define uma forte tendência à rotulação

padronizada dos indivíduos. O transtorno substitui o sujeito, a psicose o psicótico e assim por diante. Fica imposto assim, um modelo descritivo despersonalizado que separou definitivamente a doença do sujeito e ao mesmo tempo o sujeito do social (González Rey, 2004).

1.4 Medicalização

Muitas crianças estão sendo medicadas por ter o diagnóstico de TDAH, as medicações mais comumente prescritas em esquemas terapêuticos relativamente longos, como a Ritalina e o Concerta, tem como princípio ativo Metilfenidato. São medicações que são psicoestimulantes. “Como um análogo da anfetamina, o metilfenidato aumenta a concentração extracelular de dopamina e noradrenalina no cérebro, principalmente por inibir a recaptação dessas catecolaminas por meio dos seus respectivos transportadores.” (Pereira & Bel, p. 127, 2010). São drogas sintéticas que atuam como potentes psicoestimulantes no sistema nervoso central, interagem com o transportador dopaminérgico (DAT), promovendo a liberação de dopamina ou bloqueando sua recaptação, o que tem de resultado o aumento da concentração de dopamina extracelular e por consequência aumenta a concentração sináptica desse neurotransmissor (Pereira & Bel, 2010).

“Doses apropriadas de metilfenidato promovem em grande parte, (...) a remissão de seus sintomas e a melhora de aspectos importantes como a interação social e o desempenho acadêmico” (Pereira & Bel, 2010). Como o potencial de abuso de drogas estimulantes está relacionado com a ação no DAT, o metilfenidato pode realmente ter menor potencial de abuso em pacientes diagnosticados com TDAH do que em indivíduos não-TDAH. Recentes estudos sugerem que pacientes com TDAH têm uma alta quantidade de DAT no cérebro, mais elevado do que em indivíduos não diagnosticados (Kollins, 2003).

Em um indivíduo que não tem TDAH a utilização de uma medicação, como a

Ritalina, pode trazer uma sensação temporária de que está melhorando a concentração/atenção, por isso muitas pessoas a utilizam erroneamente para estudar. Porém, a utilização dessa medicação faz com que o organismo pare de produzir dopamina ou produza em menor quantidade, que é o objetivo da medicação. Em um indivíduo com TDAH, em que já há uma maior produção dessa substância o efeito é o esperado e benéfico, mas em um indivíduo que não tem TDAH acarreta em uma diminuição de dopamina no cérebro causando uma diminuição da concentração, além dos efeitos colaterais produzidos pelo remédio.

1.5 Psiquiatria e indústria farmacêutica

O problema de partida é a crescente quantidade de transtornos mentais, referindo-se tanto ao surgimento de novos tipos como a incidência maior dos conhecidos. Assim, novos tipos de transtornos, mesmo que parecem de toda a vida, datam uma realidade das duas últimas décadas (a partir da década de 1980), tais como o estresse pós-traumático, o ataque de pânico e a fobia social. Desde a primeira edição do DSM-I ao DSM-IV as categorias diagnósticas têm crescido mais de 200%, passando de um pouco mais de 100 em 1952 a quase 400 em 2000, dando-se um maior aumento a partir da década de 1980 (Pardo & Alvarez, 2007).

No final do século XIX haviam 8 categorias. A incidência de transtornos já conhecidos como a depressão tem alcançado proporções epidêmicas quando apenas teria relevância há uns 20 anos. O consumo de antidepressivos na Espanha (seguindo tendências internacionais) tem se triplicado em 10 anos, passando de 7.285.182 vendidos em 1994 a 21.238.858 em 2003 (Pardo & Alvarez, 2007).

Não se trata propriamente de descobrimentos científicos. O que acontece é mais uma evolução conjunta entre o crescimento dos transtornos mentais e o rumo das disciplinas que os tratam. Essa possível co-evolução entre os transtornos e tratamentos deve ser examinadas.

Outro fator é o contexto e um crescente gasto sanitário, gasto nos psicofármacos. Nesse sentido o gasto sanitário vem a ser o contexto entre a co-evolução entre os transtornos e tratamentos (Pardo & Alvarez, 2007).

O fundo desta questão é a natureza dos transtornos mentais e seu tratamento, aqui se faz uma referência à indústria psicofarmacêutica. Não se trata de negar os sofrimentos dos que são diagnosticados com os transtornos mentais. Também não se trata de negar que esses transtornos sejam reais, a proposta é pensar como são reais. A questão de fundo tem caráter ontológico acerca da estrutura da realidade do transtorno e sua razão de ser.

A este respeito se apresentam duas alternativas: os chamados transtornos mentais são entidades naturais de base biológica ou são entidades construídas de caráter histórico-social. As linhas que mesclam ambas posturas acabam sendo explicações confusas. Na linha biológica, logo se resolveriam os transtornos se achassem a causa biológica; o tratamento se baseia como a causa do transtorno sendo um problema neuroquímico. Já a linha histórico-social faz uma ligação com as construções subjetivas de cada sujeito, não trata os transtornos como doença (Pardo & Alvarez, 2007).

Mais especificamente, as duas teses que afirmam são estas: que ambos os tratamentos psicológicos, tais como gestão de promover desordens em sua medida e, por outro lado, que a pluralidade dos tratamentos existentes revela bastante a natureza aberta dos transtornos psiquiátricos ou psicológicos que a alegada miséria de psiquiatria e psicologia -sem prejuízo de suas fraquezas (Pardo & Alvarez, 2007). Em todo caso, a vida na sociedade atual parece causar transtornos sem parar. Torna-se importante perguntar se realmente há a descoberta da droga que reduz os sintomas do transtorno ou se o transtorno surge de forma a justificar a venda da medicação.

A novidade desta mudança de lógica consiste em converter os problemas cotidianos em categorias diagnósticas. Na realidade, os problemas cotidianos já foram patologizado sob os

olhares da psicanálise (como uma espécie de psychopathologization da vida cotidiana). O que está acontecendo agora é uma categorização sim / não, de acordo com critérios de premissas objetivas dadas por uma taxonomia dos sintomas. O caso é que de 106 categorias de diagnóstico do DSM-I e DSM-II 182, foi para 265 em DSM-III e DSM-297 IV7. Se você considerar que em 1880 havia na ordem de cerca de oito categorias, o "progresso" é notável. Este uso extensivo de categorias diagnósticas para uma variedade de comportamentos humanos, como Horwitz aponta, é único na história da psiquiatria. Na verdade, a maioria das categorias de diagnóstico que são agora tomadas como entidades naturais objetivas são criações realmente recentes (Pardo & Alvarez, tradução da pesquisadora, 2007, p.30)

Para chegar às prateleiras, a nova medicação precisa mostrar sua eficácia no tratamento de condições específicas. De todo modo, a questão da sua distribuição está ligada a prática clínica e ao mercado farmacêutico. Além disso, deve ser mostrado superior à existente para uma determinada condição ou tem para apontar para um novo estado, cuja objectivação é esta no DSM. A história da psiquiatria se mostra caminhando junto às indústrias farmacêuticas (Pardo & Alvarez, 2007).

A indústria farmacêutica é o segundo ramo mundial mais lucrativo do mundo, só perde por enquanto para a indústria bélica. Em 2005 no estado de São Paulo se consumiam 40 000 comprimidos de metilfenidato por mês, e em 2012 passou a se consumir 1 400 000 comprimidos por mês; pesquisa feita pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. O que exprime a crescente movimentação em relação ao consumo dessa droga.

Capítulo 2 – Família

2.1 Papel da família

Atualmente, por questões sócio-econômicas, percebe-se cada vez mais comum que pais e mães trabalhem fora de casa e tenham cada vez menos contato com seus filhos. As crianças ficando sob a atenção de terceiros (Cooper, Lewis, 2000; Peters, 1999) e, no tempo que ficam com seus pais (geralmente à noite), acabam tendo contato com eles em estado de estresse, agitação e irritação gerados pela rotina diária do trabalho.

De acordo com uma pesquisa de Dewolfe (2000) crianças com TDAH foram consideradas pelos seus pais como sendo mais agressivas, menos adaptativas, com menos sociabilidade, que mais demandavam atenção dos pais do que outros colegas da mesma idade. Nesse mesmo estudo houve uma grande discrepância entre as classificações dos pais das crianças com TDAH e as autot classificações das crianças com TDAH. As crianças se classificaram como sendo igualmente competentes e socialmente aceitas como seus colegas. Essa descoberta também se alinha com outros estudos com adolescentes com TDAH, Campbell (1994) demonstrou um resultado similar com adolescentes.

A família exerce influência importante na socialização da criança, que, por sua vez, se constitui fator de relevância para o desenvolvimento cognitivo. O núcleo familiar realiza o papel de mediação entre a criança e a sociedade, sendo, portanto, o meio básico pelo qual a criança começa a estabelecer suas relações com o mundo (Souza, 1997, p. 208).

A família tem papel fundamental no desenvolvimento das crianças, é o primeiro grupo social com quem tem contato (Gentile, 2006). Os valores dos pais são transmitidos de forma gradual e natural, fazendo parte da formação de seus princípios, valores, caráter (Kemp, 2000). As crianças “precisam de bons modelos, de alguém que assuma o papel de mostrar o caminho, a direção” (Rossini, 2004, p. 22) e veem na família estes tais exemplos.

A família tem que distinguir o que é e o que não é sintoma dos seus filhos. A família não pode determinar como sintoma de seus filhos os comportamentos que são comuns na

família. As crianças aprendem imitando, todo e qualquer exemplo é dado por ela como base para aprendizado. Se o ambiente familiar é de brigas em casa, é frequentemente agitado a criança vai aprender e crescer com esses exemplos de comportamento em casa.

Em 1970, Shaw e Lucas lembravam que muitos pais hesitaram em considerar certo comportamento do filho como motivo de preocupação, alegando que muitas crianças podem apresentá-lo no que muitas vezes têm razão. Frequentemente, é a falta de distinção entre desajustes ocasionais e prolongados que faz com que as pessoas confiem no tempo para que desapareçam. Às vezes, há certa tolerância quanto a comportamentos que devem ser superados, seja porque deixaram de ser proporcionais as suas causas, porque uma determinada idade foi ultrapassada, por normas mais flexíveis do ambiente ou, ainda, porque alguém da família apresentava os mesmos sintomas na infância.

Pais de crianças com TDAH costumam classificar-se como menos competentes em sua função de pais (Dewolfe, 2000), também percebem mais sintomas relacionados a desatenção, desafio, oposição, sendo menos controláveis (Johnston; Freeman, 1997).

2.2 Conflitos familiares/conjugais

O relacionamento conjugal foi apontado como de grande importância na vida das famílias, principalmente o relacionamento de pais e mães com seus filhos (Belsky, 1984; Gottman, 1998). Grych (1992) sugeriu que a presença de conflitos agressivos poderiam ser relacionados a comportamentos externalizantes (como o TDAH), e os problemas internalizantes (como a depressão e a ansiedade) seriam resultado das avaliações das crianças sobre eles, da interpretação das crianças. O conflito marital pode ser interpretado como estressor e quando combinado a outros fatores da vida da criança, pode se associar a problemas de ajustamento (Fincham, 1994).

Belsky (1984) sugeriu que os relacionamentos conjugais e pais-filho são relacionais, conflitos no casamento afetam o tratamento dos pais aos filhos e a forma como as crianças lidam com seus pais. De acordo com a proposta de Fincham (1994), problemas no relacionamento do casal podem levar à ineficácia nas intervenções disciplinares utilizadas pelos pais. A insatisfação do casal pode gerar insatisfação com a criança. Em alguns casos, um dos pais pode defender a criança e se opor ao seu parceiro, aumentando o conflito conjugal.

Wolfe (1985) sugere ainda que quando os pais são agressivos um com o outro, há uma tendência maior de que a agressão também se dirija para a criança. Apesar da existência de diferenças individuais nas respostas cognitivas e emocionais das crianças a essas relações conjugais, certos tipos de conflitos entre o casal parecem eliciar modos parecidos de se comportar, como as agressões verbais, a hostilidade e as auto-acusações (Grych & Fincham, 1993).

No Brasil, uma pesquisa da análise de contribuição de fatores de risco psicossociais para a ocorrência do transtorno, realizada por Vasconcelos (2005), encontrou que as crianças expostas a brigas conjugais tinham um risco 11,66 vezes maior de ter o diagnóstico de TDAH.

2.3 Desenvolvimento da criança

Importante se torna relevar o desenvolvimento da criança, principalmente nas etapas em que o diagnóstico se torna mais comum. De acordo com Piaget (1976) as crianças de 7 a 12 anos se classificam no estágio “operatório concreto”, apresentam cooperação, demonstram maior responsabilidade e opiniões próprias, raciocínios lógicos, compreendem melhor a relação tempo e espaço, menos agressivas, chamam mais a atenção, separaram o certo e o errado, têm espírito de competição, veem nos objetos concretos a inspiração do raciocínio lógico e da análise. No estágio cognitivo das operações concretas a criança passa ter uma

visão mais lógica e analista, sendo mais crítica e curiosa, montando sua estrutura moral e intelectual. Busca sua independência, tem o sentido da competição despertado, torna-se inquisitiva e contestadora.

Neste período, e conforme Piaget (1976), a criança reorganiza seu pensamento e deixa de confundir o real com a fantasia. Tem foco na realidade concreta e nela vê os exemplos que compõe o seu aprendizado. Neste estágio é desenvolvido um sistema de pensamento que é simbólico. Sua intuição se torna mais reduzida, e há o desenvolvimento cada vez maior da inteligência.

Deve-se entender que uma coisa é o estágio cognitivo da criança, outra coisa são os comportamentos que se manifestam devido a este estágio. De um lado a criança tem o despertar de habilidades cognitivas, de outro estas habilidades acabam por afetar suas emoções e, conseqüentemente, seus comportamentos individuais e coletivos (De Luca, 2012, p.9)

Identificou-se que as crianças tem um aprendizado natural em casa. Os pais são os “professores” em casa e o método é a imitação e os exemplos. Parte-se da premissa de que “imitar é natural ao homem desde a infância” (Aristóteles, tradução de Souza, 1992, p. 21-22)

Capítulo 3 – Escola

3.1 Escola

A escola centrada no pleno desenvolvimento do educando precisa buscar maneiras de fazer deste processo educativo algo prazeroso, desafiador. A escola é uma instituição social com objetivos: o desenvolvimento das potencialidades físicas, cognitivas e afetivas dos alunos, por meio da aprendizagem (conhecimentos, habilidades, procedimentos, atitudes, e valores) que deve ocorrer de modo contextualizado (Costa, 2011).

O aluno é parte da escola, é pessoa que aprende, que constrói seu saber, que direciona seu projeto de vida, a escola lida com sujeitos, valores, tradições, crenças, opções e precisa estar preparada para tudo isso. A escola tem que incluir todos os alunos, sejam eles com necessidades educativas especiais ou não, mesmo que isso seja visto como um desafio; deve ser um espaço de formação e informação, onde a aprendizagem de conteúdos propicie a inserção do aluno no contexto das questões sociais marcantes e em um universo cultural maior (Costa, 2011).

“O grande desafio é o de incluir, nos padrões de vida digna, os milhões de indivíduos excluídos e sem condições básicas para se constituírem cidadãos participantes de uma sociedade em permanente mutação” (Libâneo, 2005, p.116). Os fundamentos teórico-metodológicos da inclusão escolar focam num conceito de educação de qualidade para todos, no respeito à diversidade (Brasil, 1994).

A luta pelos direitos de igualdade social das pessoas com algum tipo de diagnóstico, seja ele relacionado ao âmbito físico ou psicológico, é o marco inicial da inclusão escolar em nossa sociedade. A maioria dos direitos conquistados por um povo remete à educação e não foi diferente nesse aspecto. Anteriormente ao século XX, à ideia de inclusão não existia, a população sequer tinha direito e/ou condições para ter uma formação escolar, é a segregação

social escolar. Na segunda metade do século XX, começam a aparecer as nomeadas escolas especiais e depois as classes especiais nas escolas comuns. O surgimento desse setor de ensino, o que não acarreta em uma real inclusão, gerou uma distorção pedagógica, pois repartiu a educação em duas modalidades, tendo um desempenho contrário em relação às propostas inclusivas (Sasaki, 1997).

No Brasil as escolas estão encaminhando muitas crianças para que sejam diagnosticadas, as salas de aula estão cheias de crianças medicadas. Proponho pensar se também não é um encaminhamento por falta de habilidade em lidar com crianças mais ativas, que não necessariamente tenham TDAH. Os profissionais de educação têm um enorme buraco em sua formação sobre alunos com necessidades educativas especiais (NEE). “É muito difícil avançar no sentido das escolas inclusivas se os professores em seu conjunto, e não apenas professores especialistas em educação especial, não adquirirem uma competência suficiente para ensinar todos os alunos” (Marchesi, 2004, p. 44).

Independente de como está a formação do professor, o aluno com Necessidades Educativas Especiais continuará chegando às escolas, estejam elas preparadas ou não. Então, deve-se refletir o que este aluno estará fazendo na sala de aula e como o professor estará atuando para promover a aprendizagem, considerando suas características, limitações ou altas habilidades, pois, é muitas vezes na escola que o rótulo é forjado. De acordo com Raad e Ximenes (2011) a escola difunde a ideia de desvio como patologia. Ou seja, o que é desviante se torna patológico e algo precisa ser feito em relação a esse indivíduo patológico.

3.2 O conceito de inclusão

O termo inclusão abarca uma série de grupos diferentes, também denominados como minoria. Aqui estará se referindo apenas a um destes grupos, o dos que têm um diagnóstico de TDAH, Transtorno do Déficit de Atenção. Falar deste grupo de pessoas implica também

reconhecer que ele é bastante heterogêneo, composto por uma variedade de pessoas com características próprias que os diferenciam uns dos outros. Diante desse quadro, torna-se importante que os professores sejam formados para atender às peculiaridades apresentadas pelos alunos.

Marchesi (2004, p.20), ao reportar-se ao ambiente social, afirma: “Os problemas de aprendizagem dos alunos são determinados, em grande medida, por seu ambiente familiar e social e pelas características da própria escola”. Tal perspectiva se aproxima muito do que afirma Vygotsky (1997), a saber, que a criança considerada diferente não sente diretamente sua diferença, percebe as dificuldades que derivam dela e, em consequência sofre o rebaixamento de posição social. Portanto, a família e a escola devem estar atentas aos vínculos pessoais estabelecidos. Estes devem proporcionar-lhe confiança em suas potencialidades e condições de superação, levando-as a investir além do limite aparente. O autor defende a não segregação desses alunos, visto que as interações sociais entre grupos heterogêneos são condições fundamentais para o desenvolvimento do pensamento e da linguagem.

3.3 Inclusão no Brasil

Na inclusão educacional, torna-se necessário o envolvimento de todos os membros da equipe escolar no planejamento de ações e programas voltados à temática. Docentes, diretores e funcionários apresentam papéis específicos, mas precisam agir coletivamente para que a inclusão escolar seja efetivada nas escolas. Por outro lado, torna-se essencial que esses agentes deem continuidade ao desenvolvimento profissional e ao aprofundamento de estudos, visando à melhoria do sistema educacional (Sant'Ana, 2005, p. 5).

Na década de 70, as escolas começam a receber alguns alunos com deficiências em salas comuns com outros alunos não portadores de deficiências, com a condição de que esse aluno se adaptasse aos métodos de ensino impostos. Essa adaptação raramente ocorria, pois era de responsabilidade do mesmo a adaptação. Somente no final da década de 80, após a nova Constituição Federal de 1988, é que surgem os verdadeiros passos em direção a

educação inclusiva brasileira, pois passa-se a exigir um tipo de educação para todos, sem exclusão de nenhum tipo (Sasaki, 1997).

De acordo com nossa Constituição Federal de 1988, deve-se garantir a todos o direito à educação e ao acesso à escola, onde toda escola deve atender aos princípios constitucionais, não podendo excluir nenhuma pessoa em razão de sua origem, raça, sexo, cor, idade, transtorno ou deficiência (Brasil, 1988).

Kunc (1992), fala sobre inclusão afirmando que o princípio fundamental da educação inclusiva é valorizar a diversidade e a comunidade humana. Quando a educação inclusiva é engajada, abandona-se a noção de que as crianças devem se encaixar em um padrão normativo para contribuir para o mundo.

3.4 Papel da escola

“À escola cabe, porém, dispor de recursos e procedimentos não uniformes para que os alunos tenham possibilidades de caminhar além de seus limites.” (Padilha, 2004, p. 77). E esses recursos e procedimentos devem ser colocados em prática pelos profissionais que atuam com essas crianças.

(...) preventivamente, cabe examinar a formação inicial de todos os professores, de modo a assumirem a perspectiva da educação para todos ao longo de toda a trajetória profissional, aliando qualidade com equidade. Pensamos que não basta receber os alunos para a mera socialização, o que seria mais uma forma de exclusão, é necessário um atendimento que oportunize o desenvolvimento efetivo de todos, para isso, torna-se primordial que o professor tenha uma prática reflexiva e fundamentada. Que busque capacitar-se, visto que somente a formação inicial pode não ser suficiente para o enfrentamento de questões tão sérias e por vezes difíceis de lidar. O art. 18 Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica dispõe sobre os professores e sua formação para atuar no contexto inclusivo: (...) professores capacitados e especializados, conforme previsto no artigo 59 da LDBEN (...) a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura de graduação plena. (Brasil, 2001, p.77).

Diante dessa perspectiva, novas possibilidades se abrem ao profissional da educação quando este entende a diferença não só como uma carência, uma debilidade, mas também como uma expressão da diversidade. Cada indivíduo se constitui de uma forma singular, tem

experiências específicas e elabora suas experiências de modo diferenciado. A identidade de cada indivíduo é constituída de maneira única.

Para Adler (citado por Vygotski, 1997) e Pavlov (citado por Vygotski, 1997, p. 16) é muito importante que o aluno perceba suas capacidades; aqui cabe aos profissionais da educação e à família torná-las evidentes, visto que todos apresentam potencial para desenvolver-se.

Falar de inclusão também é falar de exclusão, porque a inclusão só existe porque há exclusão. Sem exclusão não haveria necessidade de incluir. Escolas e professores, não podem se ausentar em pensar na exclusão social. As interações sociais entre grupos heterogêneos geram um certo tipo de “seleção” em quem faz parte ou não daquele grupo, e isso pode levar a gerar comportamentos preconceituosos tanto por parte dos alunos como dos profissionais de educação.

3.5 Educar o “diferente”

Educar para uma sociedade “inclusiva” pressupõe compreender toda uma complexa realidade presente nas salas de aula. Realidade na qual os educadores se encontram e sentem-se, muitas vezes, despreparados quando a questão é trabalhar com alunos que têm algum tipo de desvio ao padrão. A dificuldade que é vista quando nos deparamos com situações desse tipo revela nossa fragilidade diante do convívio com a “diferença”.

Embora todo cidadão tenha o direito de ter acesso à informação e ao conhecimento, ainda assim encontram-se obstáculos. O medo do diferente e a incerteza quanto ao aprendizado de um aluno com necessidades educativas especiais dificultam o avanço de práticas de aprendizagens importantes (Cury, 1999).

Madureira (2008) afirma que de acordo com pesquisas realizadas no campo da psicologia social foi evidenciado que para as pessoas pertencentes em determinado grupo favorecer ao próprio grupo é algo mais fácil e serem pouco compreensivas em relação a

outros grupos. O pertencimento a um grupo envolve a discussão de processos identitários, “os processos identitários – a dinâmica (e as tensões) entre o ‘nós’ e os ‘outros’ – cumprem um papel estratégico na construção e manutenção dos preconceitos” (Madureira, 2008, p.12-13). O reconhecimento identitário perpassa o pertencer a um grupo e não a outro e muitas vezes olha o outro com uma visão preconceituosa. O limite pessoal com relação ao desempenho em uma tarefa tem a ver com suas crenças, valores e preconceitos. Se um professor tem um preconceito com relação a alunos com necessidades educativas especiais ele vai desempenhar seu papel de educador de modo diferenciado do profissional que não tem preconceito com esse aluno.

A Resolução do Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2001) afirma que uma escola deve respeitar e valorizar todos os alunos em suas características individuais e se reformular para ter certeza de que os alunos tenham seus direitos cumpridos, desempenhando seu papel social: ser espaço de convivência da diversidade e das singularidades de cada educando, seja ele portador ou não de alguma deficiência.

Os educadores necessitam de apoio técnico e acompanhamento pedagógico para reavaliarem suas práticas assim como ajudarem seus alunos na prazerosa tarefa da busca pelo conhecimento. Por isso a importância de se verificar como esse processo inclusivo está ocorrendo e o modo de se posicionar dos profissionais de educação perante a inclusão, se a formação oferecida a esses profissionais é suficiente para incluir tais alunos na ótica do próprio profissional que atua na área e a opinião desses profissionais perante o tema inclusão de alunos com necessidades educativas especiais.

Freire (1987) afirma que a relação aluno-professor constitui-se em uma resolução horizontal de respeito e de intercomunicação, tendo como grande importância o diálogo como componente relevante a uma aprendizagem significativa. Para tanto, considerando que professores e alunos são sujeitos de uma relação recíproca de aprendizagem, a educação

dialógica torna-se importante, pois é a partir dela que o aluno passa a construir e reconstruir os conhecimentos transmitidos e a ter uma opinião crítica a respeito do contexto social que o cerca.

De acordo com Freire (2007), o diálogo é o elemento chave na relação interpessoal, onde professor e alunos são sujeitos atuantes e fortalecem vínculos. O diálogo não é apenas um método, mas um princípio que rege o respeito ao saber do aluno que chega à escola. A proposta do diálogo não visa transmitir conteúdos específicos, mas criar possibilidades para sua própria produção e construção.

O aluno é protagonista da sua aprendizagem e não um ser passivo somente ouvinte e mudo, ele participa, interroga, critica, reflete, e assim desenvolve os seus conhecimentos, relacionados a um processo de conscientização social, retira a visão do aluno como objeto do ensino alienado da sua realidade, entendendo o mesmo como um sujeito pensante e modificador de seu meio. Desse modo o professor dialoga com o aluno, compreendendo seu processo de significação que foi percorrido esclarecendo os apoios para reflexão que deve dar ao aluno, de modo que ele retome e reelabore sua aprendizagem, os conteúdos sendo o meio e não o fim da aprendizagem (Tacca, 2006).

Apoiado nos princípios marxistas de ser humano constituído nas relações sociais e na cultura, Vigotsky (1991) apresenta a aprendizagem como o eixo destas relações, estaria nela a possibilidade de desenvolvimento. Ele postula, então, que a aprendizagem é que engendra a área de desenvolvimento, pois “é a aprendizagem que faz nascer, estimula e ativa na criança um grupo de processos internos de desenvolvimento no âmbito das inter-relações com outros, que, na continuação, são absorvidos pelo curso interior de desenvolvimento e se convertem em aquisições internas” (p. 115).

Educar para uma sociedade “inclusiva” pressupõe compreender toda uma complexa realidade presente nas salas de aula. Realidade na qual os educadores se encontram e sentem-

se, muitas vezes, despreparados quando a questão é trabalhar com alunos que têm algum tipo de deficiência. Embora todo cidadão tenha o direito de ter acesso à informação e ao conhecimento, ainda assim encontram-se obstáculos. O medo do diferente e a incerteza quanto ao aprendizado de um aluno com necessidades educativas especiais dificultam o avanço de práticas de aprendizagens importantes (Cury, 1999). O fator despreparo não engloba somente o processo de formação acadêmica do profissional de educação, mas engloba todos seus processos psíquicos, como preconceitos, processos identitários, crenças, entre outros. Por isso a recusa a realizar cursos preparatórios para a inclusão se torna um fator tão importante a ser discutido.

O limite pessoal com relação ao desempenho em uma tarefa tem a ver com suas crenças, valores e preconceitos. Se um professor tem um preconceito com relação a alunos com necessidades educativas especiais ele vai desempenhar seu papel de educador de modo diferenciado do profissional que não tem preconceitos limitantes com esse aluno. Como relatado pelos participantes da pesquisa, o profissional é obrigado por lei a atender bem todos os alunos, sendo eles de inclusão ou não.

O reconhecimento de que cada aluno é diferente um do outro em vários fatores por parte do profissional de educação já torna sua atividade singular e original com cada aluno, pois deve ser distinto, visto que são diferentes uns dos outros, cada um será estimulado de uma forma diversa. Os processos identitários permeiam todo o processo de diferenciação de um indivíduo dos outros e de um grupo do outro. Tornar o aluno pertencente à escola, fazer ele se sentir pertencendo aquele ambiente pode ser um fator essencial para que haja a inclusão.

A inclusão objetiva garantir constitucionalmente o direito de todo cidadão frequentar a escola (Brasil, 1996). Incluir não se restringe apenas à inserção do educando com necessidades especiais no ensino regular, sem acompanhamento específico (Brasil, 2001). Os

educadores necessitam de apoio técnico e acompanhamento pedagógico para reavaliarem suas práticas assim como ajudarem seus alunos na prazerosa tarefa da busca pelo conhecimento.

As instituições escolares, bem como as demais formas de constituição da subjetividade social, podem cooperar com a promoção e prevenção de saúde, também pelas características de seu funcionamento real, muitas vezes oculto ao discurso pelo qual se definem. Neste sentido, a qualidade dos sistemas de relações constituídos nas escolas, a assimilação das diferenças individuais, a estimulação ao crescimento daqueles que a constituem, o diáfano no confronto das diferenças, a existência de um clima de diálogo, são alguns entre tantos outros fatores importantes (González Rey, 1997).

Não temos que educar uma pessoa a partir das suas limitações e sim de suas potencialidades, por isso, o fato do professor exigir um diagnóstico para poder lidar com o aluno não convém e não se alinha. O diagnóstico, nesta visão, fica sendo o foco da relação com o aluno e não o aluno em si.

3.6 Formação profissional dos professores

Para mudar as condições excludentes de ensino de nossas escolas enfrentam-se inúmeros desafios, onde um dos aspectos a ser considerado é o papel do professor, pois é difícil repensar sobre o que estamos habituados a fazer, além do mais a escola está estruturada para trabalhar com a homogeneidade e nunca com a diversidade, apesar de que nesse contexto, a homogeneidade é um conceito abstrato, pois não é encontrado na prática. Mantoan (2003, p. 78) afirma que “o argumento mais frequente dos professores, quando resistem à inclusão, é não estarem ou não terem sido preparados para esse trabalho”.

Abordar a falta de comprometimento do professor frente ao ensino remete a pensar e discutir um conceito importante para entender o porquê dessa afirmação. Esse conceito é o de

vínculo, o qual pode ser pensado em termos do indivíduo com a organização e do indivíduo com o trabalho.

No contexto escolar, percebe-se que o vínculo dos professores com a organização, quando estruturado a partir do conceito comprometimento organizacional, apresenta características que podem ser de uma natureza calculativo. Segundo Siqueira e Junior (2004), essa natureza é constituinte de uma base psicológica de comprometimento organizacional conceituada como cognitiva, que designa “crenças sobre o papel social dos envolvidos numa relação de troca econômica e social.” (p. 314).

O comprometimento, portanto, dos professores com a organização, pode ser calculativo na medida em que os mesmos demonstram compartilhar, apenas, “crenças relativas a perdas ou custos associados ao rompimento da relação de troca com a organização.” (Siqueira, 2003, p. 169, citado por Siqueira & Junior, 2004, p. 318).

Os professores acabam se queixando de exaustão na execução de sua tarefa como educador, o que acarreta numa desmotivação e até endurecimento afetivo, por estes acharem que seu trabalho não vale a pena, ocasionando no *burnout*. O estudo do *Burnout* desencadeou-se a partir de muitos outros estados emocionais: falta de motivação, desamparo, desesperança, passividade, alienação, depressão, fadiga, stress e agora *burnout* (Codo, 1999). Esses fatores se relacionam a política pública dentro da escola.

Quando pensamos numa Política dentro de uma escola, pode-se falar de projeto-político pedagógico que por sua vez, esclarecem o diretor, os professores, coordenadores, funcionários e pais sobre a demanda, os recursos humanos e materiais, de que a escola dispõe.

Em suma, o projeto pedagógico é um instrumento de trabalho que ilumina princípios filosóficos, define políticas, harmoniza as diretrizes da educação nacional com a realidade da escola, racionaliza e organiza ações, dá voz aos atores educacionais, aperfeiçoa recursos materiais e financeiros, facilita a continuidade administrativa, mobiliza diferentes setores na busca de objetivos comuns e, por ser domínio público, permite constante acompanhamento e avaliação (Silva, 2003, p. 31).

As estratégias pedagógicas são métodos e técnicas que auxiliam na transmissão do conhecimento. Espera-se que ela coloque os alunos em diferentes situações, motivando-os e incentivando-os a participar ativamente na sala de aula; fatores que dinamizam a situação pedagógica (Tacca, 2006).

Isto significa a escola como espaço público, de todos, lugar de debate, do diálogo fundado na reflexão coletiva. O projeto político-pedagógico da escola tem função de dar os fundamentos necessários ao trabalho pedagógico, que inclui a atuação do professor na dinâmica interna da sala de aula (Alves, 1992).

Capítulo 4 – Metodologia

4.1 Metodologia Qualitativa

Para esse trabalho, optou-se por usar uma proposta qualitativa de investigação. Essa concepção da pesquisa qualitativa busca ampliar o entendimento sobre as formas de se compreender os sujeitos e os espaços em que eles estão inseridos. Segundo Minayo (2004), é considerado que não existe um objeto a ser observado e sim uma aproximação a ser feita, posto que o que ocorre é um engajamento do estudioso junto com o colaborador no sentido de “reconhecimento” do fenômeno em questão. “A abordagem qualitativa no estudo da subjetividade volta-se para a elucidação, o conhecimento dos complexos processos que constituem a subjetividade e não tem como objetivos a predição, a descrição e o controle” (González Rey, 2002, p. 48).

Os princípios da Epistemologia Qualitativa, propostos por González Rey (1997), norteiam o método utilizado nesse estudo. O caráter qualitativo da pesquisa tenta resgatar o principal objeto da psicologia, a subjetividade, anteriormente eliminado pela dominação positivista e pela revitalização do epistemológico a partir da instrumentalização do objetivo da ciência.

A subjetividade é um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, e ela se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de desenvolvimento (González Rey, 2002, p.36-37)

A Epistemologia Qualitativa, segundo González Rey (1997), enfatiza princípios gerais da produção do conhecimento, compreendendo-se em sua base de três pressupostos: o caráter construtivo interpretativo, a legitimação pelo singular e a comunicação.

“Os sentidos subjetivos têm que ser definidos em um processo construtivo-interpretativo por parte do pesquisador” (González Rey, p.5, 2010). O conhecimento é produzido de modo

construtivo-interpretativo, ou seja, o investigador coloca em pauta o que a pesquisa trouxe de prática (o empírico), e seu conhecimento levando a construções teóricas. “A pesquisa nesse modelo não esgota o problema, mas gera novas zonas de sentido, abre novas possibilidades para construção teórica com relação ao problema abordado, passa-se de lógica da resposta para lógica da construção” (Mori & González Rey, p. 6, 2011).

A legitimação do singular leva em conta os processos individuais, cada um tem seu modo de significar suas experiências. Esse método de pesquisa permite abordar os indivíduos legitimando-os. O que está em pauta não é a quantidade de indivíduos pesquisados e sim a qualidade da expressão dos mesmos. Não buscando padrões ou regularidades, mas sim uma construção relacionada às informações obtidas (Mori & González Rey, 2011). “A subjetividade não se caracteriza por invariantes estruturais que permitam construções universais sobre a natureza humana” (González Rey, 2002, p. 37), ou seja, legitima o singular, sem tentar encaixa-lo a alguma categoria fechada.

É preciso ressaltar também a importância da comunicação dentro da pesquisa:

A comunicação é via de construção de conhecimento, pois por meio dela, a pessoa se expressa, se compromete no processo da pesquisa, possibilitando o aparecimento de diferentes processos de sentido subjetivo que caracterizam a expressão desse sujeito. Com isso não queremos afirmar que conheceremos diretamente os sentidos subjetivos implicados na produção da pessoa, mas que eles irão emergir por vias indiretas durante o processo dialógico (Mori & González Rey, p. 7, 2011).

O sujeito é interativo, motivado e intencional. A investigação nesse modelo de pesquisa é um processo de comunicação entre o pesquisado e o pesquisador, tornando a pesquisa um diálogo que toma diferentes formas. O sujeito realiza construções implicadas nos diálogos, tornando a pergunta um dos elementos de sentido em que se constitui a expressão, fonte essencial para a qualidade da pesquisa. (González Rey, 2002).

Nesse estudo, o uso do instrumento escolhido não teve um fim em si mesmo, com categorias de significação definidas a priori, fugindo, dessa forma, da desconsideração das

ideias e reflexões do pesquisador. Essa desconsideração acaba por transformar a aplicação de instrumentos em atos ateóricos, sendo seus resultados assumidos acriticamente. O uso do instrumento (dinâmica conversacional) nesse estudo tem a função de facilitar a expressão do sujeito em diferentes esferas simbólicas, estimulando sua reflexão e envolvendo-o emocionalmente para, dessa forma, facilitar o acesso a seus sentidos subjetivos sobre a instituição escolar em que atuam.

A pesquisa se baseia em uma relação dialógica orientada para a abertura de novos espaços de troca e reflexão que, pela sua autenticidade, vão envolver as emoções do sujeito, condição essencial para a emergência dos sentidos subjetivos. O pesquisador aparece envolvido em uma troca permanente de ideias com as pessoas que participam do projeto, convertendo o espaço da pesquisa em novo espaço social para os participantes. (González Rey, 2010)

Por tudo isto esta perspectiva torna-se conhecida como histórico-cultural. Nela o sujeito é tido como resultante de uma relação indissociável e dialética entre o biológico, o afetivo, o social, o cultural e o histórico, fatores que não apenas o cerca, mas o constitui.

4.2 Procedimentos

Foi apresentado aos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinado pelos mesmos. As informações coletadas possuem caráter sigiloso e somente foram utilizadas para a finalidade de iniciação científica, preservando a identidade do sujeito. Todas as exigências e normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 196/96, foram observadas, incluindo tornar público os resultados desta pesquisa, quer sejam eles favoráveis ou não.

4.3 Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram pai e mãe de uma criança diagnosticada com TDAH, duas psicólogas que atendem muitos pais em que os filhos têm o mesmo diagnóstico e utilizam a medicação (metilfenidato). Os pais desta criança tem fortes queixas relacionadas a efeitos colaterais que medicação promove no filho, há 3 anos obtiveram o diagnóstico

encaminhado pela escola e em consequência a criança faz o uso da medicação desde os 6 anos, tendo 9 anos atualmente.

As psicólogas entrevistadas não tem contato com os pais entrevistados, não tendo conexão entre esses participantes. São participantes selecionados via rede social da pesquisadora.

4.4 Local

As entrevistas com os pais foram realizadas em uma instituição clinica escola onde há atendimentos psicológicos. Os pais selecionados são atendidos pela pesquisadora, assim como o filho de nove anos que tem o diagnóstico. As entrevistas com as psicólogas foram realizadas em local selecionado pelas mesmas.

4.5 Instrumentos

Os instrumentos na pesquisa qualitativa são utilizados com a finalidade de expressão do sujeito, não é uma fonte de dados. A dinâmica conversacional permite o envolvimento dos participantes no seu processo de construção de informação. Diferente da entrevista pela natureza de seus processos, a conversação se centra no espaço de diálogo produzido em que a condução do processo vai de acordo com as respostas do sujeito, sem julgar a qualidade das mesmas. Há uma aproximação do outro e permite sua livre expressão (Mori & González Rey, 2011).

4.6 Análise dos resultados

A análise dos resultados foi realizada de acordo com o auxílio da teoria histórico cultural de modo que não sejam simplesmente dados coletados e encaixados em categorias, mas sim informações que permitam um diálogo com a teoria em que haja uma construção de conhecimento.

Para o procedimento da análise foram realizadas três etapas após a pesquisa de campo. Na primeira etapa (descrição) foram transcritas as entrevistas realizadas. Na segunda etapa, a análise, foram selecionadas nas entrevistas as falas mais relevantes de cada participante. Após a seleção das falas, foi possível relacioná-las em torno de um conceito capaz de abrangê-las, podendo ser entendido este procedimento como um agrupamento em categorias analíticas.

Capítulo 5 - Resultados/Discussão

Os resultados e discussão serão apresentados organizados em categorias analíticas, sendo elas: escola, família, diagnóstico e rotulação, medicalização e nova geração, levando em conta as dimensões abordadas ao longo desta pesquisa.

5.1 Escola

A escola tem a proposta de ser um ambiente em que todos os alunos se sintam parte desse contexto. Mas algumas vezes essa proposta não é alcançada e tem resultados complicados aos alunos. A escola pode se tornar cansativa e desinteressante, os alunos não conseguem prestar atenção no que o professor fala ou acompanhar as tarefas propostas. “ele sempre reclama que a escola é chata, só gosta da hora do recreio, quando pode brincar.” (pais). A instituição escolar ao identificar esses fatores muitas vezes escolhe encaminhar o aluno a algum tipo de tratamento ao invés de questionar sua própria estrutura.

“A escola já encaminha com o diagnóstico, querem a medicação. Para a escola é benefício ter uma criança quieta e sem questionamentos” (psicóloga). Um exemplo da extensão do problema é que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), segundo Tacca (2009, p. 54) é uma “sigla que está muito presente nas escolas e nas falas de professores de uma forma recorrente e naturalizada”.

Mas não se pode deixar de considerar alguns fatores: a motivação dos profissionais da educação ao desempenhar seu trabalho, o projeto político pedagógico da escola, a flexibilidade da direção escolar em aprovar mudanças, a rotina do trabalho desses profissionais muitas vezes é cansativa, a formação profissional e acadêmica desses profissionais da educação, os incentivos por parte dos pais dos alunos. “Ser professor por falta de opção, não gostar do que faz. Nessa situação o profissional não vai ter atitudes criativas ou diferenciadas, pois, não gostaria nem de estar desenvolvendo o trabalho que minimamente deveria ser feito com profissionalismo” (psicóloga).

O projeto político pedagógico parametriza as atuações dos profissionais daquela instituição. Os professores podem apresentar projetos de aulas diferenciadas, mas só poderão colocar em prática se for aprovado pela direção. A formação profissional desses educadores se torna essencial na prática deles, o conhecimento sobre o diferente e sobre técnicas diferenciais se torna a base da atuação desses profissionais com alunos fora do padrão. “parece que os professores não estão preparados para lidar com as crianças, querem robôs” (pais).

A ida dos pais a escola também se torna uma parte importante do processo de desenvolvimento da criança. No caso das crianças com o diagnóstico de TDAH é muito comum à coordenação chamar os pais para conversar sobre o deslocamento do aluno em comparação com os outros, seu excesso de energia. E a própria escola já encaminha o aluno a uma avaliação. “O encaminhamento foi por parte da escola, não achávamos que tinha alguma coisa errada com nosso filho. Fomos chamados pela escola para que víssemos o porquê da agitação e frequentes questionamentos do nosso filho.” (pais)

Outro fator que contribui para esses diagnósticos é a padronização do contexto escolar, há muitos anos o ambiente escolar é o mesmo. Crianças sentadas em carteiras enfileiradas e professores na frente da sala de aula explicando os conteúdos das disciplinas durante horas, sem contar às avaliações as quais as crianças são submetidas, as exigências e expectativas (Tacca, 2008). Nem todas as crianças aguentam esse tipo de ensino e em consequência disso ficam inquietas. Uma proposta é a mudança nas instituições de ensino em relação ao ensino-aprendizagem, aulas mais dinâmicas, mais diálogo com professor, tornando o ambiente escolar mais produtivo e prazeroso para todos. Pensa-se que pesquisas e estudos já estão sendo realizados em relação a isso, e a esperança é de que, um dia, essas crianças “inquietas” sejam vistas apenas como crianças mais agitadas do que outras.

5.2 Família

“Alguns pais acham que têm um defeito por terem gerado um filho com defeito. O que os outros vão pensar?” (psicóloga). Há uma rotulação por parte da sociedade em relação aos pais que não foram “capazes” de controlar o próprio filho. “já ouvimos comentários da escola dizendo que ele tinha algum problema em casa, ele e todos os alunos que não eram quietos e calados” (pais). A família tende a fazer comentários sobre a agitação da criança, muitas vezes deixa de chamar a alguma festa por achar que a criança vai atrapalhar ou quebrar alguma coisa em casa mesmo a criança sendo obediente, como visto na entrevista com os pais, o que pode gerar “culpa dos pais por não conseguir agir como precisa, muitas vezes sabem o que devem fazer, mas não conseguem e ficam se sentindo culpados” (psicóloga).

Outro fator muito relevante relacionado aos pais se torna o “medo do pai, tenho que saber o que meu filho tem” (psicóloga). O diagnóstico passa a ser um alívio nesses casos, os pais não sabem como devem prosseguir com os outros rotulando o filho como diferente sem ter o real diagnóstico sobre porquê ele é diferente do padrão solicitado.

Existem demandas culturais que pregam que para uma pessoa ser bem sucedida tem que atingir determinadas metas na vida, entre elas se encontra o ter um filho. “Alguns pais não têm consciência das consequências de se ter um filho e acabam tendo por convenções sociais, e em alguns casos ficam muito irritados e incomodados com a criança, que dá trabalho. Acabam com o sentimento de culpa por terem tido filho, por não saberem lidar com as consequências. Quando percebem que a criança não é perfeita vem à raiva e a cobrança dos pais. São casos de pais que não queriam ser pais, ter filho não foi prazeroso” (psicóloga). Esses pais não têm a noção do que uma criança consegue ou não fazer e “muitas vezes os pais querem mini adultos, exigem mudança dos filhos que às vezes não têm condições para realizar por serem crianças” (psicóloga).

A criança se cresce em meio ao ambiente familiar, esse ambiente que lhe dá condições ou não para desenvolver características específicas que podem preponderar até sua vida adulta. “Os pais têm que dar o exemplo que querem que seus filhos sigam” (pais). Os pais são as figuras representativas da criança, já que sua rotina geralmente engloba escola e casa. A dinâmica familiar tem um grande peso na formação psíquica da criança. “tentamos ao máximo dar um bom exemplo para ele, mudamos toda nossa rotina para que ele receba o melhor dos pais dele, levamos as atividades e nos revezamos para passar mais tempo com ele” (pais).

No tratamento, de acordo com as psicólogas entrevistadas, o que acontece é mudança do comportamento dos pais, exercitar a autonomia do filho e responsabilização, não infantilizar, mudança nas crenças, mudança na família (como uma criança com diabetes ou obesa, os hábitos alimentares da casa mudam, nem que seja somente na frente daquele indivíduo), há a criação de novos hábitos.

5.3 Diagnóstico e rotulação

O TDAH é considerado um transtorno relacionado à falta de atenção, impulsividade e inquietação. As crianças consideradas portadoras deste transtorno demonstram comportamentos característicos, e podem ser rotuladas por apresentá-los. Os sintomas mais comuns são: inquietação e impulsividade incompreensível e desmotivada, acompanhada também de uma falta de atenção e desligamento fora do comum. Por todos estes, a criança acaba recebendo rótulos como: “criança problemática”, “criança elétrica”, ou “criança no mundo da lua/desligada” (Ferreira, 2004).

Rótulos que não impactam somente a criança, mas também aos pais, que podem receber o rotulo de “incapazes”, “não conseguem colocar limite nessa criança” ou até mesmo de responsabilização por todos os comportamentos considerados inadequados da criança.

Diagnóstico pode funcionar como um conforto tanto para os pais quanto para um adulto que obtém o diagnóstico. “agora eu sei o que tem de errado” (pais) – de certa forma funciona como uma forma de não se sentir mal, principalmente para os pais ou escola. Assim o diagnóstico desresponsabiliza fatores ambientais pelo comportamento do indivíduo, quando a solução encontrada aponta para uma medicalização.

Para a criança o diagnóstico pode funcionar como uma “sentença” de acordo com psicólogas entrevistadas. “No processo de tratamento não pode haver vitimização, geralmente essas crianças ou adolescentes são mais dependentes. São educados para ser o filho problema, o paciente identificado. A criança não tem voz no processo, assim não se olha para o real problema da família ou escola” (psicóloga). Quando o foco de uma família passa a ser um único indivíduo fica difícil de analisar realmente quais são os fatores que precisam ser trabalhados dentro desse sistema e muitas vezes isso se torna uma forma de fuga da própria família.

“Quem realmente precisa de um diagnóstico como este são os casos muito gritantes, não o modo como vem sendo conduzido. O diagnóstico tem que ser diferencial” (psicóloga). De acordo com essa psicóloga os diagnósticos estão sendo feito sem um cuidado básico e necessário a um diagnóstico preciso e funcional ao indivíduo. Fatores que geram inúmeros problemas, como o alto índice de diagnósticos errôneos, rotulações, discriminações, preconceitos e medicalização.

A visão medicalizada, que atribui causas orgânicas a transtornos mentais, se expande e se dissemina para a própria educação. Muitas vezes no meio educacional o aluno que recebe um rótulo de deficiente ou portador de algum transtorno é percebido como uma pessoa que não tem possibilidade de desenvolvimento, pois biologicamente ele está determinado ao fracasso (Raad & Ximenes, 2011). Raad e Ximenes (p. 104, 2011, citam Luz, 2004) afirmando que: “a crença absoluta na ciência médica desenvolve a medicalização da vida”.

“O TDAH está em foco como há um tempo estava a Síndrome de Down. Em um momento uma mãe não aceitou a rotulação de incapacitação do seu filho, foi atrás de uma solução, dentro do possível, retirou o olhar de incapacidade, pensou diferente. Seu filho teve um desenvolvimento muito melhor do que outras crianças sem estímulo” (psicóloga). Há grandes mudanças vistas nos processos terapêuticos quando há mudança no olhar para a criança, retirando o olhar de incapacitação da criança e substituindo por um olhar de incentivo, de acordo com as psicólogas entrevistadas.

5.4 Medicalização

Nos pais entrevistados a maior preocupação gira em torno da retirada da medicação do filho de nove anos que há três anos toma Ritalina. A escola exige que o filho esteja medicado ao ir às aulas. No início, os pais davam a medicação duas vezes ao dia, pela manhã e após o almoço, em casa a criança é agitada, mas obediente, então o fato não incomoda os pais. A criança desenvolveu problemas alimentares e de crescimento, come muito pouco quando está sob o efeito da Ritalina, então os pais junto ao médico resolveram dar a medicação somente antes de ir para a escola. “ele é agitado, mas é o jeito dele, já estamos acostumados, ele obedece, então não tem problema em casa. Já na escola eles reclamam muito de quem é mais agitado, como uma criança vai ficar quieta como um adulto? Não tem como. Tentamos mudar ele de escola para ver se melhorava, mas a escola ao ver o encaminhamento da outra fez as mesmas exigências, não recebemos seu filho sem ele estar medicado” (pais).

No caso, o metilfenidato está interferindo na alimentação da criança, por ser um inibidor de apetite, de modo que ela está com o peso e altura bem abaixo da sua faixa etária. Tem que se repensar na necessidade tão grande de uma medicação que é inibidor de apetite e a casos em que pode gerar problemas de crescimento e desenvolvimento físico de uma

criança. “conseguimos tirar a medicação nas férias, é um alívio, ele passa a comer direito e até ganha uns quilinhos, fica mais solto” (pais). A prioridade escola, neste caso, se tornou uma criança quieta e controlada a uma criança saudável e criativa.

Uma criança medicalizada não questiona, obedece e faz os exercícios propostos, fica quieta na cadeira, não incomoda outros colegas ou professores, fatores que são de muito agrado aos profissionais da educação. O problema é que essa mesma criança fica passiva, não desenvolve sua criatividade, não questiona, não se defende ou se posiciona, quando está sob o efeito do remédio.

Medicalizar as massas tem um interesse muito grande não somente da indústria farmacêutica como instituições que querem manter o padrão vigente de controle. Mansificar as massas desde sua infância facilita ter uma geração de adultos não pensantes e não questionadores do sistema.

O objetivo não é somente criticar a medicalização, pois a mesma tem seus benefícios e necessidades. Em casos em que realmente há um diagnóstico feito corretamente a medicalização pode se tornar não somente necessária como imprescindível ao tratamento do TDAH. Mas nos casos analisados o que foi mais percebido foi a generalização de um transtorno em que muitas vezes o diagnóstico é feito de modo errôneo e isso gera muitos problemas ao indivíduo e sua família.

5.5 Nova Geração

A racionalidade científica que se volta para a normalização das pessoas, para a reprodução de padrões desejáveis nas relações sociais, elabora conceitos de normalidade e patologias, equilíbrio e desvio, harmonia e perturbação. Essas condutas aceitas ou não aceitas são determinadas por exigência de instituições sociais como forma de manter o padrão estabelecido (Luz, 2004).

Cada sujeito tem seus diferenciais de outros sujeitos, cada cultura tem suas diferenças de outras culturas, cada sociedade, cada geração. Não se pode padronizar uma criança de 10 anos em 1993 e uma criança de 10 anos de 2013, são realidades totalmente diferentes.

As concepções de desenvolvimento enraizadas no naturalismo carregam a idéia de progresso, de determinismo natural, de universalidade, portanto, de comparação com uma norma tomada como padrão. Conforme essa matriz, o curso do desenvolvimento da criança é naturalmente dado pelas condições biológicas de sua espécie. As funções que já vem prontas ao nascimento seriam apenas expandidas pelas solicitações do ambiente social (Raad & Ximenes, p.102, 2011).

As necessidades e demandas da sociedade mudam muito. Atualmente se exige que uma criança frequente: escola, aula de línguas, esportes, aula de música, saiba sobre computadores, entre outros. Atividades que têm que estar incluídas na rotina da criança e ela tem que desempenhá-las bem e sempre pontualmente. Os pais estão com a rotina também lotada de atividades e além de tudo tem que dar conta de serem pais exemplares, sem nenhum tipo de estresse ou problema de saúde.

“Hiperprodução, criatividade e conformismo são as características muito exigidas na sociedade de hoje, até mesmo para as crianças” (psicóloga). Não tem como comparar ou ditar como deve ser o comportamento de uma criança como sendo obediente, calma, prestativa, tendo alto desempenho em todas as atividades 24h por dia. A própria rotina exige da criança que ela seja agitada, que dê conta de realizar várias tarefas ao mesmo tempo, precise estar sempre correndo para chegar pontualmente, esteja atenta a tudo que está acontecendo ao seu redor. Essa velocidade se incorpora ao desenvolvimento da criança e o que não acompanha essa rapidez não se torna prioridade no processo de atenção da criança.

Capítulo 6 - Conclusão

Este estudo investigou a visão de pais e psicólogas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção, pais relataram como foi para eles e para o filho o diagnóstico e o que decorreu em consequência do mesmo e as psicólogas descreveram fatores importantes relacionados ao assunto em questão.

Falta de responsabilização do sujeito/ escola/ família foi um fator muito visto nesta pesquisa, vários profissionais e a família trouxeram a tona o fator. A escola joga a responsabilidade para o sujeito ou para a família, a família responsabiliza o sujeito ou a escola, um coloca a culpa no outro. Tem que se pensar que são um conjunto de fatores que interferem no desenvolvimento da criança, não há como achar o “culpado” da história.

As exigências sociais dos padrões que devem ser seguidos têm um impacto enorme em todos os indivíduos. Como visto na pesquisa, os pais, crianças, escola, família são impactados por essas exigências. O não encaixe nos padrões se reverte em culpa, medo, tristeza e se reverbera por uma busca desenfreada pela aceitação, que pode nunca ocorrer porque as exigências mudam constantemente. A rotina pede calma e agilidade, passividade e atitude, produtividade e saúde, entre outras demandas. Como preencher a todos esses requisitos levando em conta a saúde psíquica? Muitas vezes a solução se mostra em formato de pílula.

A medicalização em massa nada mais se tornou do que um processo de disciplinamento mascarado e silenciado. Mais fácil fica de sedar uma criança do que realmente ouvi-la e lidar com esse novo modo de funcionamento. A utilização de um instrumento de tratamento importantíssimo como a medicação se distorce ao longo do processo de tratamento, em alguns casos.

A sociedade atual, em parceria com a medicina, ao reger a normalidade transforma dados estatísticos em critérios de saúde-doença. Ao limitar a autonomia das pessoas essa condição estabelecida retira a possibilidade das pessoas fazerem o que podem por si mesmas e pelos outros, tirando sua autonomia e diversidade (Illich, 1973).

Se há a piora dos sintomas em alguns ambientes e em outros muitas vezes o desaparecimento dos sintomas. Propõe-se pensar se realmente alguém fica desatento ou está atento a outros estímulos do ambiente que estão mais interessantes no olhar desse sujeito?

Sugere-se um maior estudo relacionado a crianças e pais dessas crianças com diagnóstico de TDAH. Importante também é a visão da escola sobre o assunto, fator que não foi abordado nesta pesquisa. Estudos sobre benefícios da medicação em casos de TDAH também enriquecem o meio acadêmico, pois, neste estudo o foco se tornou aspectos prejudiciais da medicalização pelos próprios resultados encontrados nas conversações dialógicas.

Capítulo 7 - Referências Bibliográficas

- Alves, J. M. (1992). *Organização, gestão e projeto educativo das escolas*. Porto Edições Asa.
- American Psychiatric Association - APA (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- II (DSM-II)*
- American Psychiatric Association - APA (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV (DSM-IV)*
- Aristóteles (1992). *Poética*. Trad. de Eudoro de Souza. São Paulo: Ars Poética.
- Bauman, Z. (2004) *Amor Líquido— sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Bartholo, R. (2007) *Nos limites da ação, Preconceito, Inclusão e Deficiência*. Alteridade e preconceito. Organizadores: Tunes, E. & Bartholo, R. São Carlos, SP: Edufscar.
- Belsky J. (1984) *The determinants of parenting: a process model*. Child Development 17: 3-23.
- Bem Feingold, MD (1976) *Hyperkinesis and Learning Disabilities Linked to the Ingestion of Artificial Food Colors and Flavors*. Allergy Department, Kaiser-Permanente Medical Center, 2200 O'Farrell Street, San Francisco, Calif. 94115. *J Learn Disabil* November 1976 vol. 9 no. 9 551-559
- Bourdieu, P. (2002) *A produção da crença*. Ed. Zouk. São Paulo, SP.
- Bradley, C. (1937) *The behavior of children receiving benzedrine*. The American Journal of Psychiatry, Vol 94, 577-585.
- Brasil (1994). *Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. Brasília: Corde.

Brasil (1996). *Lei de diretrizes e bases da educação nacional*. Lei 9.394 de 20/12/96. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Gráfica do Senado.

Brasil (2001). *Diretrizes Nacionais para a educação especial na educação básica*. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE. n. 2. Brasília: Gráfica do Senado.

Brayner, ICS. (2003) *Aplicação do paradigma auditivo “oddball” no estudo do p300: normatização para faixa etária de 7-14 anos e avaliação de crianças com dificuldade de aprendizagem com e sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Campinas.

Brum, E. (2011). *Os robôs não nos invejam mais*. Retirado de <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/noticia/2011/10/os-robos-nao-nos-invejam-mais.html>

Caliman, L. V. (2009). *A Constituição Sócio-médica do “Fato TDAH”*. Psicologia & Sociedade. pp. 135-144.

Campbell SB. (1994) *Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow up*. Journal of Abnormal Child Psychology. 22:147–66.

Cantwell & Baker. DP, L. (1991) *Association between Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Learning Disorders*. J Learn Disabil, 24(2):88-95.

Castellanos, P. D. (1997) *Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais*. In: Equidade e Saúde, Contribuições da Epidemiologia (R. B. Barata, M. L. Barreto & N. Almeida Filho, org.), pp. 137-160, Série Epidemiologia 1, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO

Codo, Menezes. W. I. (1999). *O que é Burnout*. Educação: carinho e trabalho. Vozes. Petrópolis, RJ.

- Cooper, C. L.; Lewis, S. (2000) *E agora, trabalho ou família?: pais e mães que trabalham fora aprendem como enfrentar as sobrecargas profissionais e familiares do dia-a-dia*. São Paulo: Tâmis.
- Corrêa, A. R. M. (2010) *Infância e Patologização: Crianças Sob Controle*. Revista Brasileira Psicodrama, São Paulo, v. 18, n.2.
- Costa, V.L.P. (2011) A função social da escola. Visualizada em 13 de fevereiro de 2012.
http://www.drearaguaina.com.br/projetos/funcao_social_escola.pdf
- Cunha, J. A. (2000) *Psicodiagnóstico – V. 5ª edição ampliada*. Porto Alegre: Artmed.
- Cury, C. R. J (1999). Direito à diferença: um reconhecimento legal. *Educação em revista*. Belo Horizonte, n. 15.
- Cury, A. (2003) *Pais brilhantes, professores fascinantes*. 18. ed. Rio de Janeiro: Sextante.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- DeLuca, M.A.S. (2012) *A indisciplina da criança em casa e o TDAH: uma identificação de indícios por parte da família*. Visualizado em 12 de agosto de 2013.
<http://www.futureschool.com.br/artigos/artigo5.pdf>
- DeWolfe N, Byrne JM, Bawden HN. (2000) *ADHD in preschool children: parent-rated psychosocial correlates*. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 42(12): 825-830.
- Escudeiro, M. L. (2001) *A Medicalização da Infância: um mercado em expansão*. NIPIAC: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e a Adolescência Contemporâneas. Rio de Janeiro:
http://www.psicologia.ufrj.br/nipiac/index.php?option=com_content&view=article&id=93:a-medicalizacao-da-infancia-um-mercado-em-expansao&catid=20:artigos-publicados-no-site&Itemid=28

- Ferreira, J. P.; Leite, N. T. C. (2004) *Hiperatividade X Indisciplina: contribuições para o cotidiano escolar*. Disponível em: <<http://www.profala.com/arthiper7.htm>>. Acesso em: 09 set. 2013.
- Fernandez, A. (1990) *A inteligência aprisionada: abordagem clinica da criança e sua família*. Artmed, Porto Alegre.
- Fincham, E.D. (1994). *Understanding the association between marital conflict and child adjustment: Overview*. Journal of Family Psychology, 2, 123-127.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Editora Paz e Terra. 17a. ed. Rio de Janeiro, RJ. Capitulo 3 e 4.
- Freire, P. (2007). *Pedagogia da autonomia*. Editora Paz e Terra. 35a. ed. São Paulo, SP.
- Gentile, P. (2006) *Parceiros na aprendizagem*. Revista Nova Escola, São Paulo: Abril, Jul.
- González Rey, F. L.(1997). *Epistemologia Cualitativa y Subjetividad*. São Paulo: Educ.
- González Rey, F. L. (2002) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Caminhos e desafios*. Ed. Thomsom.
- González Rey, F. L. (2003) *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- González Rey, F. L. (2004) *O social na psicologia e a psicologia social*. Petrópolis, Vozes.
- González Rey, F.L. (2010) *As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa*. Centro Universitário de Brasília. Psicol. cienc. prof. vol.30 no.2 Brasília 2010
- Gottman JM. (1998) *Psychology and the study of marital processes*. Annual Review of Psychology 49: 169-197.
- Gottman JM. (1993) *The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: a longitudinal view of five types of couples*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61: 6-15.

- Groth-Marnat, G. (1984) *Handbook of psychological assessment*. 3. Ed. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Grych J, Fincham F. (1990) *Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework*. *Psychological Bulletin* 108: 267-290.
- Grych JH, Fincham FD. (1993) *Children's appraisals of marital conflict: initial investigations of the cognitive-contextual framework*. *Child Development* 64: 215-230.
- Grych JH, Seid M, Fincham FD. (1992) *Assessing marital conflict from the child's perspective: the children's perceptions of interparental conflict scale*. *Child Development* 63: 558-572.
- Illich, I. (1973) *Convinencialidade*. Publicações Europa-America, Estudos e Documentos, n. 116.
- Jerusalinsky e Fendrik, A. S. (2011). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera e Livraria Ltda.
- Johnston C, Freeman W. (1997) *Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 65(4):636-645.
- Kemp, J. (2000) *Pai, seu filho precisa de você*. São Paulo: Mundo Cristão.
- Kollins, S.H. (2003) Ph.D. *Comparing the Abuse Potential of Methylphenidate Versus Other Stimulants: A Review of Available Evidence and Relevance to the ADHD Patient*. Relative Abuse Potential of Methylphenidate. *Clin Psychiatry* 64 (suppl 11)
- Kunc, N. (1992). The Need of belong. Rediscovering Maslows Hierarchy of Needs. In Villa, J. S. Thousand, W. Stainback, S. Satinback. *Restructuring for caring and effective education: na administrators guide to creating heterogeneous schools*. Baltimore, Paul H. Brookes, p. 25-39.

- Luz, MT. (2004) *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec.
- Libâneo, J. C. (2005). *Educação escolar: políticas*. Coleção Docência em Formação (2a ed), São Paulo: Cortez.
- Madureira, A. F. A. (2008). *Imagens como artefatos culturais na pesquisa sobre as bases sociais e psicológicas do preconceito: uma proposta metodológica*. Pesquisa de pós-doutorado realizada pela autora em 2008 na Facultad de Psicología da Universidad Autónoma de Madrid, Madri.(apoio: CAPES, Brasil).
- Mantoan, M. T. E. (2003). Inclusão Escolar. O que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Moderna. Em *Nova Escola Gestão Escolar*. 11a ed. Título original: PPP na prática *Revista Nova Escola Gestão Escolar*.
- Manzini, E. J. (2003). Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. Em Marquezine, M. C.; Almeida. M. A.; Omote, S. (Org.). *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. v.1, (pp.11-25). Londrina: Eduel.
- Marchesi, A. (2004). *Da linguagem da deficiência às escolas inclusivas*. In: Coll, César; Marchesi, Álvaro; Palacios, Jesús; (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Trad. Fátima Murad, Porto Alegre : Artmed.
- Marx, K. (1998) *O capital – Crítica da economia política*. Livro I, cap. 1. 3ª edição. São Paulo. Nova Cultural.
- Masini, E. A. F. S. (1993) *Algumas noções sobre fenomenologia para o pesquisador em Educação*. Revista da Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo, v. 19 no.1, p. 71-78.
- Minayo, M. C. S. (2004) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec.

- Mori & Gonzales Rey. VD, FL. (2011) *Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer*. Psicologia & Sociedade; 23(n. spe.), 99-108.
- Moscovici, S.(2003) *Representações sociais. Investigações em psicologia social*. Editora Vozes. Petrópolis – São Paulo.
- NIH (2011). National Institute of Health. Acesso em: 15/04/2013. Disponível em: <http://www.nih.gov/>
- Padilha, A. M. L.(2004). *Possibilidades de história ao contrário, ou, como desencaminhar o aluno da classe especial*. (3 ed.) São Paulo: Plexus Editora.
- Pardo, H.G. & Alvarez, M.P. (2007) *La invención de trastornos mentales*. Escuchando al fármaco o al paciente? Alianza editorial, AS Madrid.
- Pereira, Bel. ACCI, ED. (2010) *Metilfenidato – principal tratamento para Déficit de Atenção e Hiperatividade: características neuroquímicas e seus efeitos em modelos experimentais*. Neurobiologia, 73 (2) abr./jun.
- Peters, J. K. (1999) *Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar*. São Paulo: Mandarin.
- Piaget, J. (1976) *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Forense.
- Raad & Ximenes (2011) Sem escola sem documento. [A deficiência como mercadoria. P. 97-118. Ed. Papers. Rio de Janeiro.](#)
- Rossini, M. A. S. (2004) *Pedagogia afetiva*. 5. ed. Petrópolis: Vozes.
- Sasaki, Romeu Kazumi (1997). *Inclusão, construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA.
- Sant'Ana, I. M. (2005). *Educação inclusiva: concepções de professores e diretores*. *Psicol. estud.* 10 (2). Maringá.
- Silva, A.B.B. (2003) *Mentes inquietas. Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo. Ed. Gente.

- Siqueira, M. M.M., Junior, S. G. (2004). Vínculos do Indivíduo com o Trabalho e com a Organização. Em J. C. Zanelli, J. E., Borges, Andrade, Bastos, A. V. B. (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 300-328). Porto Alegre: Artmed.
- Souza RM. (1997) *A criança na família em transformação: um pouco de reflexão e um convite à investigação*. *Psic Rev* 5: 33-51.
- Tacca, M. C. V. R. (2006) *Estratégias pedagógicas: conceituação desdobramentos com o foco nas relações professor-aluno*. In: TACCA, M. C.V. R. (org.) *Aprendizagem e Trabalho Pedagógico*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Tacca, M. C. V. R. (2008) *A concepção do fracasso escolar para alunos da educação de jovens e adultos – EJA*. Universidade de Taubaté / UNITAU.
- Tacca, M. C. V. R. (2009) *O professor investigador: criando possibilidades para novas concepções e práticas sobre ensinar e aprender*. Campinas, SP: Alínea, p. 53-96.
- Tunes, E. (2005) *O sentido do diagnóstico*, Seminário sobre Dislexia. Faculdade de Letras. Unb, Brasília.
- Teixeira, V. S. S. L. (2008) *Entendendo os portadores do TDAH*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Distúrbios da Aprendizagem). Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, São Paulo.
- Wolfe DA. (1985) *Child abusive parents: an empirical review and analysis*. *Psychological Bulletin* 97: 462-487.
- Vasconcelos MM, Malheiros AFA, Werner Jr J, Brito AR, Barbosa JB, Santos IS, Lima DF. (2005) *Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 63(1): 68-74.
- Vigotsky, L.S. (1991) *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotski, L. S. (1997). *Fundamentos da Defctologia: Obras Escogidas V*. Madri: Visor.

Capítulo 8 - Anexo

8.1 TCLE

“TDAH pela perspectiva dos pais e psicólogos.”

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília (Uniceub)

Professor(a) orientador(a)/Pesquisador responsável: Sergio Henrique

Pesquisador(a) auxiliar: Cintia Oliveira Cremasco

- Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.
- Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.
- Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo é investigar qual a visão dos pais e psicólogos sobre TDAH.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um pai de uma criança com o diagnóstico de TDAH ou por ser um psicólogo.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em participar de uma entrevista individual.
- O procedimento é uma conversa que ocorrerá em forma de entrevista que será gravada em áudio. A entrevista será gravada para posterior análise. Sua gravação será manipulada somente pela pesquisadora e professor orientador. O sigilo será mantido de forma que nenhuma informação que possa identificar o participante dessa pesquisa será revelado.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui ”baixo risco”. Medidas preventivas durante a entrevista serão tomadas para minimizar qualquer cansaço ou incômodo durante o procedimento.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre o processo inclusão de alunos com necessidades educativas especiais.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora auxiliar.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.

- O material com as suas informações (gravação em áudio da entrevista) ficará com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade e será destruído após a finalização da pesquisa.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____,

após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador responsável Sergio Henrique

Pesquisadora auxiliar Cintia Oliveira Cremasco, celular (61) 8121-2090

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, telefone 39661511, e-mail comitê.bioetica@uniceub.br .