

SANDRA REGINA DIAS DA COSTA

**O PAPEL DA INTERAÇÃO SOCIAL NA APRENDIZAGEM DO ALUNO
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE-
TDAH:O CASO DO CENEP –HC/UFPR**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Programa de Pós-Graduação em Educação, Mestrado em Educação- Linha de Pesquisa Educação, Saúde e Trabalho- do Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Marta Pinheiro

CURITIBA
2006

Para Renato meu companheiro de
todas as horas, mesmo nas ausências,
pelo incentivo e apoio incondicional.
Para os meus filhos, Renato e Rodrigo,
pelo amor que me alimenta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Silvio (*in memorian*) e Claudette, por sempre apontarem os caminhos a seguir, sendo o meu porto seguro de afeto e amor.

Ao meu filho Rodrigo, luz que iluminou meu caminhar para a Educação, por todas as conquistas que me fizeram ver que não podemos impor limites às nossas possibilidades; obrigada por ter me transformado numa pessoa melhor.

Ao meu filho Renato, por fazer meu coração bater mais forte com seu olhar sereno de menino se transformando em homem, mostrando a sua integridade, sua visão de mundo, obrigada pelo prazer de ser sua mãe.

Ao meu companheiro Renato, pelos filhos que tivemos, pelo apoio nas horas mais difíceis, pelos nossos 21 anos juntos, parte deles separados pela distância física, mas sempre próximos em pensamento e sentimento; pelo apoio financeiro nesta pesquisa; por ser a pessoa que me faz acreditar que a vida é muito melhor se tivermos ao nosso lado alguém para compartilhá-la.

À minha orientadora Professora Dra. Marta Pinheiro, pela dedicação, pela segurança, pelos conhecimentos, por exigir e cobrar quando havia necessidade, por estimular nos momentos de desânimo, por sua afetividade muitas vezes não revelada, mas sempre presente em cada gesto.

À Professora Dra. Shiderlene Vieira de Almeida Lopes e à Professora Dra. Ana Maria Petraitis Liblik pelas inestimáveis contribuições que enriqueceram este trabalho.

À Professora Dra. Sandra Regina Kirchner Guimarães e à Professora Dra. Tânia Stoltz cujos saberes, divididos fraternalmente com seus alunos, foram fundamentais na elaboração desta pesquisa.

Ao Dr. Sérgio Antoniuk e à equipe do CENEP pela acolhida, permitindo a realização da pesquisa de campo deste estudo.

À Pedagoga Maria Cristina Bromberg, pelo conhecimento, a amizade, e a permanente interação cheia de significados.

A todos os familiares e educadores sujeitos da pesquisa que, com muita paciência e disposição, contribuíram para a realização deste estudo.

À Professora Dra. Liane Maria Bertucci-Martins, pelo incentivo e apoio nos momentos de angústias e dúvidas.

À Professora Ms. Maria Célia Barbosa Aires, pelo exemplo de coragem e coerência.

Aos colegas de mestrado que proporcionaram momentos de troca de saberes, diálogos e aprendizagem.

À Ana Stella Azevedo Silveira pela doçura, delicadeza e colaboração técnica.

Aos meus sobrinhos Silvio Dias da Costa Neto, Bruna Maria Ferreira da Silva e Gabriel Henrique Ferreira da Silva, pelo apoio, ajuda e incentivo.

À Marília Pioto por me proporcionar a deliciosa sensação de ter uma filha.

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

Aos funcionários do programa de pós-graduação do setor de Educação da UFPR pela cordialidade e solicitude.

À CAPES que contribuiu parcialmente para a realização desta pesquisa.

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!*

(QUINTANA, 2005, s/p.)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	10
RESUMO	11
ABSTRACT	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO NA PERSPECTIVA VIGOTSKIANA	21
2.1 DESENVOLVIMENTO FILO E ONTOGENÉTICO.....	23
2.2 A TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL DA FORMAÇÃO SOCIAL DA MENTE.....	26
2.3 ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DA FORMAÇÃO SOCIAL DA MENTE.....	32
2.3.1 Aspectos históricos da Neuropsicologia.....	32
2.3.2 A Teoria do Sistema Funcional à luz de A. R.Luria.....	37
3 NEUROCIÊNCIA COGNITIVA NO SÉCULO XXI	44
3.1 BASES NEURAIS DA PERCEPÇÃO E DA ATENÇÃO.....	48
4 IMPLICAÇÕES PEDAGÓGICAS DA TEORIA VIGOTSKIANA	52
4.1 TEORIAS PEDAGÓGICAS.....	52
4.1.1 Teorias não críticas.....	53
4.1.2 Teorias críticas reprodutivas.....	54
4.1.3 Teorias críticas não reprodutivistas.....	55
5 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	57
5.1 ETIOLOGIA.....	59
5.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	61
5.2.1 Escalas de diagnóstico e classificação.....	66
5.2.2 Avaliação neuropsicológica do TDAH.....	67
5.2.3 Intervenções.....	69
5.2.3.1 No âmbito familiar.....	70
5.2.3.2 Psicoterápicos.....	71
5.2.3.3 No âmbito escolar.....	73
5.2.3.4 Medicamentosa.....	76
5.2.4 Forma residual (adulto).....	78

6 ABORDAGEM TRANSDISCIPLINAR E TDAH: O ESTUDO REALIZADO NO CENTRO DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA – CENEP DO HOSPITAL DE CLÍNICAS- UFPR	80
6.1 CARACTERIZANDO O CENEP	84
6.1.1 Histórico	84
6.1.2 Equipe e atividades	85
6.1.3 O ambulatório do TDAH	85
6.2 PERCURSO METODOLÓGICO	86
6.2.1 Estudo piloto	86
6.2.2 Amostra e coleta de informações	91
6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	94
6.3.1 Caracterização dos entrevistados	94
6.3.1.2 Grupo A- Pais/Familiares	94
6.3.1.2 Grupo B- Professores/Pedagogos	96
6.3.1.3 Grupo C- Profissionais do CENEP	98
6.3.2 Análise e discussão	100
6.3.2.1 Grupo A- Pais/Familiares	101
6.3.2.2 Grupo B- Professores/Educadores	117
6.3.2.3 Grupo C- Profissionais do CENEP	138
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS	158
ANEXO A- ESCALA DE CONNERS-VERSÃO PARA PAIS E PROFESSORES	168
ANEXO B- ESCALA SNAP PARA PAIS E PROFESSORES	171
ANEXO C- ESCALA DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE- VERSÃO PARA PROFESSORES	174
ANEXO D- MODELO DE INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO A (pais)	178
ANEXO E- MODELO DE INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO B (professores)	180
ANEXO F- MODELO DE INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO C(profissionais CENEP)	183

ANEXO G- MODELO DE INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS	
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DR. SÉRGIO ANTONIUK.....	185

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH SEGUNDO o DSM-IV.....	62
TABELA 2 - HISTÓRIA CLÁSSICA DO TDAH	64

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - ÁREA DE BROCA.....	34
FIGURA 2 - ÁREA DE WERNICKE	34
FIGURA 3 - MODELO DE WERNICKE ATUALIZADO	36
FIGURA 4 - AS TRÊS UNIDADES FUNCIONAIS DE LURIA.....	39
FIGURA 5 - ESQUEMA DA FORMAÇÃO RETICULAR ATIVADORA.....	41
FIGURA 6 – FORMAÇÃO RETICULAR	41
GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO A (PAIS/FAMILIARES) POR RELIGIÃO	95
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO A (PAIS/FAMILIARES) POR GRAU DE INSTRUÇÃO.....	95
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO A (PAIS/FAMILIARES) POR FAIXA ETÁRIA.....	95
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO A (PAIS/FAMILIARES) POR GRAU DE CONSANGÜINIDADE.....	96
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO B (PROFESSORES) POR FORMAÇÃO ...	96
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO B (PROFESSORES) POR PROFISSÃO ...	97
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO B (PROFESSORES) POR TEMPO DE TRABALHO EM EDUCAÇÃO	97
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO B (PROFESSORES) POR FAIXA ETÁRIA.....	97
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO B (PROFESSORES) POR VÍNCULO INSTITUCIONAL.....	98
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO C (PROFISSIONAIS DO CENEP) POR SEXO.....	98
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO C (PROFISSIONAIS DO CENEP) POR FAIXA ETÁRIA.....	99
GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO C (PROFISSIONAIS DO CENEP) POR PROFISSÃO	99
GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO C (PROFISSIONAIS DO CENEP) POR FORMAÇÃO	99
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DO GRUPO C (PROFISSIONAIS DO CENEP) POR VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO UFPR.....	100

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo investigar à luz da teoria histórico-cultural da formação social da mente, o papel da interação social na aprendizagem do aluno com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade -TDAH. A metodologia dialética tem abordagem qualitativa, caráter descritivo-participativo, modalidade estudo de caso, incluindo como técnicas a observação participante, pesquisa bibliográfica, entrevistas semi-estruturadas, análise documental e por categorias. As informações obtidas revelam que embora o TDAH apresente heterogeneidade clínica e etiológica, este fato não deve ser impeditivo, mas imperativo para que os profissionais da educação conheçam as bases neurais do transtorno. O aluno com TDAH, como qualquer outro, deve ser compreendido como uma unidade psicossomática em que mente e corpo são interdependentes e para tanto, torna-se fundamental a interdisciplinaridade entre educação e saúde na formação dos educadores. A prática social possibilitou que os familiares realizassem leituras mais amplas da realidade e com isso fossem reconstruindo sua consciência e atribuindo novos significados ao comportamento e desenvolvimento de suas crianças; este novo nível de pensamento levou-os a refletir sobre as possibilidades de transformação da realidade vivenciada por eles, motivando-os a um novo agir. Assim, passaram a incorporar novos discursos e ações bem como novas formas de interação com as crianças, com outros familiares, com a escola e com os profissionais da saúde, fato que ensejou transformações na escola e no modo dos educadores se posicionarem frente a essas crianças. A reflexão da prática pedagógica revelou a necessidade dos educadores buscarem novos conhecimentos e estratégias que promovessem maior aprendizagem e desenvolvimento de seus alunos com TDAH, e mais ainda, levou-os a tomar consciência dos benefícios que essas transformações trouxeram para o seu trabalho com os outros alunos. Conclui-se que é necessária uma mudança no modo de entender as limitações e possibilidades do aluno com TDAH, e a partir disso se estabeleçam relações entre todos os sujeitos envolvidos; tais relações devem ter significado para todos, de tal maneira que possibilitem a maximização do potencial biológico do indivíduo pela ação do meio. Nesse sentido, a teoria da formação social da mente possibilita um novo olhar para o aluno com TDAH, compreendendo-o como sujeito histórico que apresenta um distúrbio no substrato biológico, mas que a partir da ação do outro, ou seja, a partir da mediação significativa pode transformar o menos da deficiência no mais da compensação.

Descritores: TDAH, educação e saúde, aprendizagem, interação social.

ABSTRACT

The present study was conducted in order to investigate the role of the social interaction between educators, relatives and health professionals in the learning process of students with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), using the historical-cultural theory of the social construction of mind as basis. The dialectic methodology has a qualitative approach, a descriptive-participative character and the method chosen for doing the study was a case study. The research techniques used were participant observation, bibliographic research, semi-structured interviews, documental analysis and analysis by categories. The information obtained from literature allows us to state that although ADHD presents a huge heterogeneity of clinic symptoms, this fact should not be impeditive, but it should actually be imperative for education professionals to get to know the neural bases of the disorder. The TDAH student, as another student, should be understanding as a psychosomatic unity in which mind and body are interdependent so it's basic the interdisciplinary between education and health in the formation of educators. The social practice permitted that the relatives were able to have new perception of the reality and reconstruct their conscience and attribute new meanings for their children behavior and development. By doing so, they were able to incorporate new discourses and actions, as well as new ways of interaction with children, with other relatives, with school and with CENEP professionals. This fact propitiated transformations in the school and in the way educators would take their stands in front of these children, looking for knew knowledge and strategies which could help their learning and development processes. This means that it is necessary that the way of understanding the TDAH students limitations and possibilities changes, and that, by doing so, relations between all the people involved are established. These relations must have a meaning for all in such a way that it allows the maximization of the biological potential of the individual by the action of the environment. Therefore, the theory of the social construction of mind provided a different meaning for the children with ADHD, understanding them as a historic individual who presents a disorder in its biological substrate, but who, throughout the action of others, or in other words, throughout the expressive mediation can change the less of the disorder into the plus of the compensation.

Key words: ADHD, education and health, learning, social interaction.

1. INTRODUÇÃO

A aproximação entre educação e biologia vem sendo promovida há séculos nas várias áreas do conhecimento, mesmo assim ainda hoje muitos educadores mantêm uma visão dicotomizada das concepções de corpo e mente. Esse entendimento da mente dissociada do corpo implica na idéia que o corpo do aluno é objeto de estudo dos profissionais da saúde, cabendo à educação, unicamente a tarefa de se preocupar com a mente.

A questão mente x corpo, contudo, está presente nas discussões de filósofos e cientistas, e as várias concepções defendidas desde a antiguidade até os dias atuais incluem-se em duas grandes vertentes: **1.monista** (monismo)- admite que toda a natureza e as relações de vida podem ser atribuídas a uma unidade, seja em relação a sua substância ou ainda em relação às leis que regem a ordenação do universo; assim, segundo esta doutrina filosófica, a mente e o cérebro são entidades inseparáveis;- inclui, entre outras, as correntes filosóficas mentalista (mentalismo), idealista (idealismo), e na modernidade o estruturalismo, a fenomenologia e o materialismo. **2. dualista** (dualismo)- admite a coexistência de duas naturezas quaisquer que seja a ordem das idéias, isto é, dualismo da alma e corpo, matéria e espírito, mente e cérebro; os seus adeptos acreditam que o corpo (cérebro) e a mente são entidades separadas, sendo a natureza do corpo diferente da natureza da mente; inclui, entre outras, as correntes filosóficas positivista (positivismo), empirista (empirismo) e na modernidade o racionalismo representado, por exemplo, por René Descartes. (PINHEIRO, 2005, p.192-193).

Mas ainda que a concepção de mente tenha passado, ao longo da história, de algum lugar etéreo para o cérebro muitos educadores ainda entendem como exagero que a mente dependa das interações cérebro-corpo, em termos de filogenia, ontogenia e funcionamento atual. (DAMÁSIO, 1996, p.256).

As discussões sobre a origem do comportamento por outro lado, historicamente relacionam a questão mente-corpo à questão hereditariedade-ambiente também conhecida como natureza-criação, *nature-nurture*, inato-adquirido.

A concepção **nativista** (inativista) em síntese admite que as características básicas do homem estão “prontas” ao nascimento, devido ao seu “dote nativo”; a concepção **ambientalista** admite que o ambiente é o principal responsável pela formação das características básicas do homem, ou seja, a mente do indivíduo ao

nascer é uma “tábula rasa” a ser preenchida pela experiência; a concepção **interacionista** reconhece a participação tanto dos fatores ambientais quanto dos fatores hereditários na determinação das características (traços, atributos, caracteres) físicas e/ou comportamentais (normais ou patológicas) do ser humano (PINHEIRO, 1995 p.54).

Destas concepções decorrem crenças sobre o comportamento humano que implicam na forma de pensar dos educadores. A posição nativista subsidia a idéia que se nasce com determinadas tendências e propensões que não podem ser alteradas pela aprendizagem, ou seja, um determinado aluno é inteligente porque seu pai ou mãe também o é, ou ainda, é delinqüente porque está no “sangue da família”.

Pinheiro (1995, p.55) aponta dois erros nessa abordagem, o primeiro é que não se transmite traços, características ou caracteres através das células sexuais, mas sim genes ou informação genética, ou seja, caracteres adquiridos não são transmitidos por via biológica. O segundo erro relaciona-se ao significado de inato, uma vez que características, traços ou caracteres que o indivíduo apresente ao nascer (inato ou congênito) necessariamente não são hereditários (genéticos), pois podem ser causados por fatores ambientais.

Já a abordagem ambientalista implica na crença que o ambiente é responsável pela inscrição da história de vida do indivíduo em sua mente (que é uma página em branco ao nascer). Dessa forma, o indivíduo é resultado da ação do ambiente que molda seu comportamento. Esta concepção implica que os docentes atribuam a aprendizagem exclusivamente a fatores ambientais tais como a determinação social, aos pré-requisitos (aquilo que o aluno deveria ter aprendido para subsidiar novos aprendizados), enfim, cabe ao professor, e antes dele à família ensinar à criança não só os conteúdos, mas também a lógica existente entre qualquer conteúdo. (BECKER, 2002, p.99).

Embora, nos dias atuais, nenhum educador sério desconheça a concepção interacionista, a prática pedagógica não revela este conhecimento, e o que se evidencia é um número crescente de alunos com problemas, dificuldades, distúrbios, déficits¹ de aprendizagem que não são adequadamente atendidos e que têm, como conseqüência, a sua capacidade de aprendizagem comprometida.

¹ Os termos distúrbios, déficits, transtornos, lesões, entre outros, destacam a ocorrência de disfunções neuronais, ou seja, alterações na biologia (natureza) do indivíduo. Os termos dificuldades e problemas, por outro lado, revelam a ocorrência de alterações no meio ambiente que acabam resultando no não aprender do aluno.

Assim, é essencial que o educador reconheça que embora constituam entidades separadas, mente e corpo são interdependentes e constituem a unidade psicossomática que é o educando. Enquanto materialista, a pesquisadora admite que as funções psicológicas têm origem na atividade cerebral, e que não se pode pensar em desenvolvimento da inteligência sem que se considere os vários níveis de existência do sistema nervoso - fenômenos psicológicos, fisiológicos, celulares e suas manifestações moleculares - coexistindo simultaneamente em paralelo. (LENT, 2001, p.3).

Marino (1987, p.36) ao discutir a problemática mente cérebro apresenta a teoria de identidade psiconeural ou teoria materialista da mente que tem como um dos corolários o materialismo emergentista afirmando que “ os estados e processos mentais, embora sejam atividades do cérebro, não são apenas físicos, químicos ou celulares, mas atividades complexas de conjuntos neuronais. As funções mentais seriam assim, funções específicas do Sistema Nervoso Central - SNC, emergentes em relação ao nível físico.”

Infere-se, portanto, a impossibilidade de se formar um conceito da função mental sem sistema nervoso, isto é, não há que se falar em mente sem corpo.

A partir dessa concepção, tem-se claro o entendimento de educação como um processo de maximização do potencial biológico do indivíduo, e do educador como profissional da aprendizagem que percebe cada aluno como único.

No âmbito das políticas públicas, embora a educação e a saúde sejam constantemente referidas como áreas prioritárias de atendimento, tem-se percebido, historicamente, que a agenda econômica é sempre privilegiada em detrimento da agenda social, criando-se um abismo difícil de superar entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano.

Assim, considerando a distância entre a universalidade e a equidade de direito à saúde garantidas pela Constituição Federal, propostas a partir da abrangente definição de saúde da OMS² bem como a sucessão de fracassos evidenciados na educação, pensar a interface entre saúde e educação de forma que uma promova a outra chega a parecer utópico.

Entre os fatores apontados como causa desses fracassos na educação, destacam-se a desvalorização da profissão de educador, a baixa remuneração de suas atividades, a má-formação dos docentes, o não investimento em programas de formação continuada, a superlotação das salas de aula, a falta de recursos materiais, entre outros.

² Segundo a OMS, a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. (OMS, 2005, p.1).

Os maus resultados da educação brasileira e conseqüentemente a repercussão provocada por eles em todas as outras áreas (com destaque para a saúde) pode ser percebida na literatura. A área da educação é pródiga em obras contemplando o fracasso escolar e suas causas, no entanto, a prática pedagógica evidencia um distanciamento enorme entre o que se pensa e escreve, e o que se faz. A escola não está dando conta de seus alunos reais. É a escola ideal para alunos ideais. É a homogeneização do ensino, todos aprendendo as mesmas coisas, da mesma forma, submetidos a avaliações padronizadas onde, contraditoriamente, o currículo deve trabalhar a pluralidade e a diversidade, mas a prática as desconsidera totalmente (ABRAMOWICZ, 2003, p.166). Se isso é problema para aqueles alunos considerados “normais” que dirá quando a barreira da normalidade é atravessada e se passa para o patológico, como no caso dos distúrbios de aprendizagem e das deficiências.

Mãe de um menino com necessidades especiais, a autora começou a se interessar por educação quando percebeu a dificuldade de todas as escolas, sejam públicas (municipais, estaduais) ou privadas; das mais variadas concepções pedagógicas (tradicionais, construtivistas, montessorianas, entre outras); ou ainda especiais, em promover a aprendizagem e o desenvolvimento de sujeitos com necessidades especiais. Passando por vários tipos de escola, começou a observar que o fracasso ou sucesso na trajetória de seu filho não eram obra do acaso, mas sim estavam relacionados a alguns fatores que se repetiam, e mais ainda, que as limitações biológicas que ele tinha poderiam e estavam sendo superadas a partir de uma intervenção social; seu filho tinha limitações, mas não era a “patologia”. Perceber isto fez toda a diferença. Tudo que envolveu esta trajetória e esta descoberta faz parte do caminho percorrido pela autora até chegar ao estudo formal da educação e a esta pesquisa.

A questão das diferenças individuais, das necessidades especiais, do fracasso escolar e de como isto tudo se situa no processo educacional é tema de interesse da autora, despertado pela particularidade relatada, mas transcendendo a isso, pela pertinência e atualidade do mesmo.

A aceitação de que tanto os fatores biológicos (*nature*) quanto os ambientais (*nurture*) interferem no desenvolvimento/aprendizagem do indivíduo originou, como já referido antes, o paradigma interacionista. Entre os seus adeptos, contudo, há teóricos

com visões de mundo bastante diferentes. Daí ser possível discuti-lo a partir de diferentes escolas/ correntes filosóficas.

Destacando-se o eixo da discussão para a relação saúde x doença, Minayo (2004, p.49) analisa as relações de saúde e doença e prática médica de acordo com três marcos: **positivismo**- a concepção de saúde e doença é um fenômeno biológico individual que compreende o social apenas como variável, valorizando a tecnologia e a capacidade da medicina de erradicar doenças, além de manifestar a dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento; **fenomenologia**- a concepção de saúde e doença é um fenômeno abrangente, pensada como bem estar integral: físico, mental e social, enfatizando a necessidade de se desenvolver práticas que promovam esse bem estar, bem como a reorientação do sistema de saúde para o tratamento das causas ambientais, comportamentais e sociais que provoquem a doença; **marxismo** – a concepção de saúde e doença é percebida como processo fundamentado na sua base material de produção e nas características biológicas e culturais com que se manifestam; as transformações sociais ocorrem a partir das contradições e conflitos, e os fatos humanos são historicamente determinados e têm leis e categorias próprias.

O materialismo histórico é a ciência filosófica do marxismo e o materialismo dialético é a sua base filosófica. O primeiro é o caminho teórico na busca da dinâmica do real e o segundo é o método através do qual se aborda este real. (MINAYO, 2004, p.51).

Como ciência filosófica do marxismo, o materialismo histórico “estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade”. (TRIVIÑOS, 1987, p.51), pois revela que a partir da produção das condições materiais de existência o homem constrói sua própria história.

Neste sentido,

saúde representa o processo no qual o homem é capaz de conceber idealmente sua existência, dispondo de uma base material que lhe permita realizar os movimentos necessários para buscar conferir concretude ao projeto idealizado. É a condição na qual o homem é capaz de humanizar-se. (ALBUQUERQUE, 2002, p.9).

O materialismo dialético propõe um processo de compreensão do mundo em que se estabeleça a conexão, a interdependência e a interação. Nele estão presentes leis e categorias fundamentais. As categorias marxistas estão ligadas ao problema da filosofia,

que é a ligação entre matéria e idéia, e se formaram no desenvolvimento histórico do conhecimento, isto é, o sistema de categorias surgiu como resultado da unidade do histórico e do lógico. (TRIVIÑOS, 1987, p.55).

Pode-se dizer que a categoria essencial do materialismo dialético é a contradição que se apresenta na realidade objetiva, e as três categorias básicas são a matéria, a consciência e a prática social.

A matéria é a categoria que designa a realidade objetiva refletida pelas sensações, mas que existe independente delas. A consciência é a propriedade da matéria que possibilita a reflexão da realidade objetiva, através das sensações, representações, conceitos, e juízos. A prática social é entendida pelo marxismo como toda atividade material orientada para a transformação da natureza e da vida social. (TRIVIÑOS, 1987, p.60).

Este estudo tem como raiz filosófica o materialismo marxista, tendo sua autora adotado como categorias de análise a contradição, a consciência e a prática social.

A crença marxista da pesquisadora aproximou-a da teoria da formação social da mente de Lev Semionovitch Vigotski³ (1896-1934), dos estudos de neuropsicologia de Aleksandr Romanovich Luria (1903-1978), e da teoria da atividade de Aleksei Nicolaevich Leontiev (1904-1979); teorias estas que tomaram a matriz marxista como referência e passaram a fornecer elementos para a compreensão do desenvolvimento humano como histórico e social.

Para estes autores, a aprendizagem gera desenvolvimento e este é cultural e, portanto, histórico, pois a partir de sua ação sobre a natureza o homem transforma a si mesmo, construindo sua própria história.

Neste contexto, elegeu-se o papel da interação social na aprendizagem e desenvolvimento do aluno com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH), à luz da teoria sócio-histórica vigotskiana, como objeto de investigação, tema e matriz teórico-filosófica do estudo.

O TDAH é um distúrbio psiquiátrico que apresenta como sinais cardinais a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Estas características por si só afetam o desempenho acadêmico, os relacionamentos familiar e social, o ajustamento psicossocial e a atividade laborativa; além disso, em mais de 50% dos casos de TDAH

³ Encontra-se na literatura várias grafias: Vigotski, Vygotsky, Vigotskii, Vigotsky; neste trabalho optou-se pelo uso da forma Vigotski.

existe co-morbidade com transtornos de aprendizado, transtornos do humor e da ansiedade, transtornos do comportamento, do abuso de álcool e de substâncias, o que requer uma intervenção especializada. (ROHDE 2003, p.12).

Atualmente, na escola e na mídia, as crianças que apresentam falta de limites e indisciplina são referidas como hiperativas. O comportamento hiperativo dessas crianças, no entanto, não pode (e não deve) ser confundido com TDAH que, enquanto distúrbio inclui alterações no funcionamento cerebral, identificadas ou não pelas técnicas atuais de neuroimagem. Ainda assim, prevalecem na escola, o desconhecimento, os pseudoconceitos do senso comum e os rótulos, fazendo com que o aluno TDAH não receba a intervenção especializada necessária.

Em outras palavras, embora se saiba que no contexto educacional brasileiro uma série de fatores contribua para o fracasso escolar, no caso específico do TDAH, um fator importante a ser considerado é o desconhecimento por parte dos educadores de que este é um transtorno biopsicosocial. Dessa forma, precisa ser estudado nas suas várias dimensões.

O objetivo da pesquisa é investigar à luz da teoria sócio-histórica da formação social da mente, o papel da interação social (entre sujeitos TDAH, educadores, familiares e profissionais da saúde) na aprendizagem do aluno TDAH.

Neste sentido, o estudo parte dos seguintes problemas: que tipo de interação social (terapêutica, familiar, educacional) possibilita e favorece uma mediação significativa de forma que ocorra aprendizagem e desenvolvimento do aluno com TDAH? Como se desenvolve o processo de reelaboração de percepções, representações, conceitos, juízos, isto é, como os vários grupos (terapeutas, família e escola), a partir da interação que estabelecem entre si constroem/reconstroem sua consciência? Como a atividade prática e teórica de diferentes indivíduos pode promover o desenvolvimento e enriquecimento da prática social em relação ao aluno com TDAH? Quais as contradições que se apresentam nesse processo?

A metodologia dialética tem abordagem qualitativa, caráter descritivo-participativo, e adota como modalidade de pesquisa o estudo de caso. Este realizado no ambulatório do TDAH do Centro de Neurologia Pediátrica (CENEP) do Hospital das Clínicas da UFPR, delimitando-se a pesquisa ao Programa desenvolvido no ambulatório de TDAH. As técnicas de coleta e análise de informações incluem revisão bibliográfica (realizada a

partir da localização, leitura e discussão de fontes primárias e secundárias), observação participante, entrevistas semi-estruturadas, pesquisa e análise documental e análise a partir das categorias marxistas: contradição, consciência e prática social.

O estudo está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se as idéias desenvolvidas por Lev Semionovitch Vigotski sobre o desenvolvimento filio e ontogenético humano que subsidiam sua teoria da formação social da mente, teoria esta fundamentada na matriz teórica filosófica marxista. Ainda, neste capítulo, discute-se aspectos neuropsicológicos da formação social da mente estudados por Aleksandr Romanovich Luria.

No segundo capítulo, com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento da inteligência, discute-se aspectos da neurociência cognitiva do século XXI, com foco nas bases neurais da percepção e da atenção que subsidiam a compreensão do TDAH.

No terceiro capítulo, abordam-se as teorias pedagógicas, destacando a concepção histórico –crítica como teoria pedagógica que dá suporte à teoria psicológica de Vigotski.

No quarto capítulo, aprofunda-se o conhecimento sobre o TDAH, analisando-se sua etiologia, diagnóstico e tratamentos (âmbito individual, familiar e escolar).

No quinto e último capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos da pesquisa empírica, caracterizando-se a instituição CENEP, a amostra, descrevendo o percurso metodológico e apresentando-se os resultados, a discussão e a interpretação das informações a partir de categorias marxistas de análise.

2. APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO NA PERSPECTIVA VIGOTSKIANA

O homem é um ser social que para sobreviver necessita de condições ofertadas pela sociedade; necessita produzir sua existência, adaptando a natureza a si e ajustando-a de acordo com as suas necessidades. E faz isso através do trabalho. A ação intencional do homem na natureza através do trabalho é o que promove o desenvolvimento histórico, ou seja, a construção do mundo cultural.

Essa compreensão da realidade humana como construída pelos próprios homens, a partir da produção de suas condições materiais de existência ao longo do tempo, fundamentou o desenvolvimento da teoria sócio-histórica de construção social da mente proposta por Lev Semionovitch Vigotski.

Vigotski entendia ser necessária uma teoria que mediasse as idéias marxistas e o estudos dos fenômenos psíquicos. A psicologia carecia de uma teoria geral, uma vez que se apresentava fragmentada em várias correntes filosóficas construídas em bases pouco consistentes. Assim, no contexto sócio político em que vivia, a Revolução Socialista de 1917, Vigotski desenvolveu a teoria de construção social da mente.

Embora tenha morrido cedo (aos 38 anos) a vida de Vigotski foi marcada por uma intensa produção intelectual, sendo que no período de 1924 a 1934 (seus últimos dez anos de vida) o ritmo de seu trabalho se intensificou, produzindo quase 200 publicações e participando de inúmeros projetos de trabalho em várias cidades. Neste período, Vigotski conheceu A.R.Luria e A.N.Leontiev que se tornaram seus discípulos e permaneceram fiéis a ele até sua morte; e mais ainda, pois através de seus trabalhos deram continuidade ao pensamento singular de Vigotski. Os três tornaram-se conhecidos como *Troika*, sendo Vigotski o líder inquestionável com sua visão crítica da psicologia e da história. (MOLON, 2003, p.35).

A matriz do pensamento de Vigotski, portanto, é o marxismo; neste sentido, a base de sua concepção de homem e de mundo funda-se no materialismo histórico e no materialismo dialético, que conforme destaca Sirgado (2000, p.3) constitui-se no “núcleo duro da sua obra”.

O materialismo histórico de Marx é a “(...) teoria pela qual as idéias jurídicas, morais, filosóficas, religiosas, etc., dependem, são condicionadas ou são o reflexo e a justificação da estrutura econômica(...)” (REALE; ANTISERI, 1991, p.196), o que significa, que existe um relacionamento entre a estrutura econômica e as produções

mentais do homem, ou seja, o homem produz sua consciência e mais ainda a consciência social. Dessa forma, os homens se caracterizam por um permanente vir a ser e as relações entre os homens precisam ser construídas pela produção material, isto é, o trabalho, e historicamente pela organização social do trabalho.

Neste sentido, a teoria marxista postula o trabalho como princípio educativo, e “traz para a educação a tarefa de educar *pelo* trabalho e não *para* o trabalho, isto é, para o trabalho amplo, filosófico, trabalho que se expressa na *práxis* (articulação da dimensão prática com a dimensão teórica, pensada).” (PIRES, 1997,p.86)

A dialética marxista consiste em pensar a realidade de uma forma que difere da lógica formal, isto é, através da lógica dialética. Para tanto, é preciso que se aceite a contradição presente na realidade, e se retire desta contradição a essência não aparente no real, ou seja, parte-se do real aparente (forma como o objeto se apresenta) e por meio de reflexões chega-se a uma compreensão mais elaborada da essência do objeto, o real pensado. Daí a importância fundamental das categorias marxistas, pois a partir das categorias mais simples e fundamentais da teoria marxista pode-se chegar a uma compreensão mais plena do objeto estudado.

A abordagem sócio-histórica tendo como aporte teórico o materialismo histórico-dialético tenta superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas, agregando algumas características próprias. Freitas (2002, p.22) destaca que tal abordagem busca, entre outros, construir uma nova psicologia a partir da articulação dialética dos aspectos internos e externos do indivíduo, isto é, considerando a relação do sujeito com a sociedade em que está inserido. Assim, conforme esta mesma autora, “sua preocupação é encontrar métodos de estudar o homem como unidade de corpo e mente, ser biológico e ser social, membro da espécie humana e participante do processo histórico”. (FREITAS, 2002, p.22).

O pensamento e o método marxista tiveram papel vital na produção das idéias de Vigotski, que visavam destacar a interação entre o desenvolvimento das formas superiores do comportamento consciente e as relações sociais do indivíduo com o meio externo. Dessa forma, contrapunha-se às correntes psicológicas da época sejam associacionistas (cujos adeptos acreditavam que a consciência era um conjunto de conteúdos mentais) ou funcionalistas (cujos adeptos admitiam a consciência como uma função do organismo). (PADILHA, 2004, p.20).

Para melhor compreensão da proposta teórica de Vigotski, na unidade seguinte desenvolve-se algumas idéias básicas do estudo realizado por ele e Luria sobre a história do comportamento humano.

2.1. DESENVOLVIMENTO FILO E ONTOGENÉTICO

Na tentativa de compreender o comportamento humano, Vigotski investigou o caminho da evolução psicológica desde o macaco até o homem cultural, passando por três linhas ou etapas do desenvolvimento: evolutiva, histórica e ontogenética⁴; e demonstrou que o comportamento do homem cultural é produto dessas três linhas, só podendo ser compreendido a partir da análise das mesmas.

Cada uma dessas etapas é caracterizada por eventos que marcam a transição do desenvolvimento para um novo caminho, quais sejam, o uso de ferramentas pelos macacos antropóides como fim da etapa orgânica no desenvolvimento evolutivo e como principal pré-requisito para o desenvolvimento histórico do comportamento; o trabalho e o desenvolvimento da fala humana e outros signos psicológicos utilizados pelo homem primitivo, significando o início do comportamento cultural ou histórico do homem e o desenvolvimento infantil, onde ocorre uma segunda linha de desenvolvimento acompanhando os processos de maturação e crescimento, ou seja, o desenvolvimento cultural do comportamento.

Dessa forma, na história do comportamento humano, cada uma dessas três etapas críticas são consideradas como ponto de partida para um processo posterior de evolução, não dispostas em uma mesma seqüência linear, mas sim conectadas de forma que um processo prepara dialeticamente o outro, transformando-se e mudando para um novo tipo de desenvolvimento. (VYGOTSKY; LURIA,1996, p.51-53).

Em outras palavras, o comportamento passa por três estágios principais em seu desenvolvimento: um primeiro estágio, representado pelas reações hereditárias ou comportamentos inatos⁵, estes, em geral, servem para satisfazer as necessidades básicas de um organismo, ou seja, a autopreservação e a reprodução; o segundo

⁴ Refere-se ao desenvolvimento do indivíduo desde a fecundação até a maturidade para a reprodução opondo-se à filogenia que se refere a história evolucionária das espécies biológicas.

⁵ Embora Vigotski tenha equiparado reações hereditárias a comportamentos inatos, o conhecimento genético atual nos permite saber que nem tudo que é inato é hereditário.

estágio é o de treinamento ou de reflexos condicionados, e depende da experiência individual do animal; e o terceiro estágio é representado pelo desenvolvimento do intelecto.

As experiências de Kohler com macacos antropóides⁶, forneceram subsídios para que Vigotski investigasse o surgimento do intelecto no comportamento dos animais, uma vez que aquele pesquisador relatou a capacidade dos macacos de, diante de uma situação desafiadora, encontrar uma solução e ainda transferi-la a outras situações. (VYGOTSKI; LURIA, 1996, p.83).

Este prenúncio de uma função intelectual, no entanto, não é o suficiente, para que os macacos dêem um salto qualitativo para a humanização. O que marca a linha divisória entre o macaco e o homem primitivo é a ausência, no primeiro, da capacidade de produzir um signo. Embora os macacos tenham manifestado a capacidade de inventar e utilizar instrumentos, estão muito longe de utilizá-los para a atividade de trabalho, ou seja, de ter a capacidade de utilizar estes instrumentos não para se adaptar à natureza, mas para dominá-la fazendo-a servir a seus fins.

O trabalho é o fator principal no processo de transição do macaco para o homem. O desenvolvimento da mão e sua transformação ao mesmo tempo em órgão e produto do trabalho promoveu o desenvolvimento simultâneo de todo organismo humano, uma vez que o trabalho ensejou a atividade conjunta, o apoio mútuo e a necessidade de conversar, pois os homens passaram a ter algo a dizer uns para os outros. Além disso, o trabalho passou a exigir do homem o controle de seu comportamento, controle esse que se tornou possível na medida em que desenvolveu a capacidade de controlar a natureza.

Dessa forma, o trabalho possibilitou o salto qualitativo da evolução biológica para o desenvolvimento histórico, uma vez que, a partir desse, surgiram os pré-requisitos para o desenvolvimento histórico e cultural humano, quais sejam, o autocontrole e o uso de signos.

Para Vigotski e Luria (1996, p.95), “o comportamento do homem moderno, cultural, não é produto da evolução biológica, ou resultado do desenvolvimento infantil, mas também produto do desenvolvimento histórico” e segundo eles, este desenvolvimento tem sido estudado menos adequadamente do que deveria uma vez que a psicologia histórica tem consideravelmente menos material à sua disposição. Os autores apontam três teorias do desenvolvimento histórico cultural: a primeira, que

⁶ Wolfgang Köhler realizou seus experimentos entre 1912 e 1920 na Ilha de Tenerife observando e utilizando como sujeitos experimentais nove macacos chimpanzés (VYGOTSKY; LURIA, 1996, p.59).

admite a lei da associação, isto é, o estabelecimento de conexões entre os elementos da experiência com base na contigüidade e semelhança. Dessa forma,

O mecanismo da atividade mental, a própria estrutura dos processos de pensamento e comportamento não diferem num homem primitivo e num homem cultural, e toda a especificidade do comportamento e do pensamento de um homem primitivo em comparação com a de um homem cultural pode, segundo essa teoria, ser compreendida e explicada a partir das condições em que o selvagem vive e pensa. (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p.97).

A segunda teoria admite que tipos diversos de psicologias individuais correspondem a tipos diversos de sociedade, ou seja, na sociedade primitiva desenvolve-se o pensamento pré-lógico ou místico, em que o traço principal é a lei da participação.

A terceira teoria admite que o desenvolvimento do homem como espécie biológica completou-se basicamente quando começou a história do homem. Isto não significa que a biologia humana tenha se imobilizado neste momento, mas sim que se tornou dependente do desenvolvimento histórico da sociedade humana, estando a ele subordinada. Em outras palavras, a história do homem é a história da passagem da ordem da natureza à ordem da cultura, ou seja, Vigotski considera o substrato biológico como condição para o desenvolvimento do ser sócio cultural:

Podem-se distinguir, *dentro* de um processo geral de desenvolvimento, duas linhas qualitativamente diferentes de desenvolvimento, diferindo quanto à sua origem: de um lado, os processos elementares que são de origem biológica; de outro, as funções psicológicas superiores, de origem sócio cultural. *A história do comportamento da criança nasce do entrelaçamento dessas duas linhas.* (Vigotski, 2003a, p.61).

A história pessoal faz parte da história humana e por isso as transformações que ocorrem no plano ontogenético são casos particulares das que ocorrem no plano filogenético. O processo de transformação do homem primitivo em homem cultural e o processo de sua evolução biológica contudo, não coincidem, um não representa a continuação do outro, mas cada um está sujeito a suas próprias leis específicas. (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p.106).

As idéias defendidas por Vigotski e Luria (1996, p.106) superam o pensamento dualista, na medida em que postulam o substrato biológico como condição fundamental para o desenvolvimento do homem sócio-cultural. Quando consideram as funções

elementares como naturais e as superiores como culturais, estes autores propõem uma nova configuração para as funções biológicas que não desaparecem, mas “adquirem uma nova forma de existência: elas são incorporadas na história humana.” (SIRGADO, 2000, p.5.)

2.2 A TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL DA FORMAÇÃO SOCIAL DA MENTE

O elemento-chave no estudo e interpretação do desenvolvimento das funções psicológicas por Vigotski é a abordagem dialética de Engels, que admite que a ação do homem sobre a natureza de forma a modificá-la, cria novas condições naturais para sua existência.

Desse modo, a psicologia proposta por Vigotski não busca a mera descrição, mas sim, as relações dinâmico-causais que subjazem ao fenômeno, e para tanto estuda essas relações e a gênese dos fenômenos psicológicos. Outro requisito básico no método dialético e, portanto, no trabalho de Vigotski é o estudo do fenômeno historicamente, isto é, no seu processo de mudança. (VIGOTSKI, 2003a, p.85). Isto porque, coadunada ao pensamento de Marx e Lenin, a psicologia soviética:

sustenta que a consciência é a forma mais elevada de reflexo da realidade: ela não é dada *a priori*, nem é imutável e passiva, mas sim formada pela atividade e usada pelos homens para orientá-los no ambiente, não apenas adaptando-se a certas condições, mas também reestruturando-se. (LURIA, 1990, p.23).

A partir da utilização do método proposto em estudos com crianças bem como da análise dos trabalhos de outros pesquisadores do desenvolvimento infantil, Vigotski afirma que:

No processo de seu desenvolvimento, a criança não só cresce, não só amadurece, mas, ao mesmo tempo – e isso é a coisa mais fundamental que se pode observar em nossa análise da mente infantil-a criança adquire inúmeras novas habilidades, inúmeras formas de comportamento.No processo de desenvolvimento, a criança não só amadurece, mas também se *torna reequipada*. É exatamente esse “reequipamento” que causa o maior desenvolvimento e mudança que observamos na criança à medida que se transforma num adulto cultural. É isso que constitui a diferença mais pronunciada entre o desenvolvimento dos seres humanos e o dos animais. (VIGOTSKI; LURIA, 1996, p.177).

Outro ponto fundamental da teoria de Vigotski é a idéia que a relação homem-mundo é mediada por instrumentos que possibilitam a atividade prática, dentre eles a linguagem, forma de mediação responsável não só pela comunicação mas também pelo pensamento generalizante, ou seja, a capacidade de ordenar o real em categorias. Para Vigotski não existe pensamento sem linguagem, e:

(...) o momento de maior significado no curso do desenvolvimento intelectual, que dá origem às formas puramente humanas de inteligência prática e abstrata, acontece quando a fala e a atividade prática, então duas linhas completamente independentes de desenvolvimento, convergem. (VIGOTSKI, 2003a, p.33).

O uso de instrumentos permite que o homem moderno conquiste a natureza através deles, diverso do homem primitivo que o fazia com as mãos, pernas, olhos ou ouvidos; dessa forma, as capacidades naturais do homem moderno podem ser maximizadas através do uso de dispositivos artificiais tais como ferramentas, óculos, telescópio, meios de comunicação e transporte, entre outros. Nesse sentido, o ambiente industrial e cultural modifica gradativa e continuamente o ser humano, uma vez que o homem aprende a usar racionalmente suas capacidades naturais. Assim, o comportamento humano torna-se social e cultural não só em seu conteúdo, mas também em seus mecanismos.

Partindo desses pressupostos, Vigotski e Luria (1996, p. 180) analisam o desenvolvimento da criança, discordando da idéia de que existe semelhança entre este e a evolução da espécie humana, pois quando a criança nasce já existe um ambiente cultural-industrial formado, embora ela não esteja ainda integrada a ele.

Assim, a criança passa por um período primitivo pré-cultural, mas na medida em que se integra num ambiente adequado, sofre transformações rápidas de forma a ter seu comportamento reconstruído a partir do ambiente social, isto é, passa a utilizar formas de adaptação há muito tempo criadas pelos adultos que a rodeiam.

Dessa forma, o processo de internalização é intersíquico, sendo posteriormente transformado em intrapsíquico, pois “todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e, depois, no nível individual” (VIGOTSKI, 2003a, p.75). A interação social é fundamental na teoria vigotskiana, pois sem ela não existe fator humano.

Ao discutir o sentido do social no pensamento vigotskiano, Sirgado afirma que

Se o desenvolvimento é visto como um acontecimento de natureza individual, mesmo admitindo que ocorre em interação com o meio, a inserção social do indivíduo constitui realmente um problema, pois implica na adaptação das condutas individuais às práticas sociais, consideradas, em tese, fenômenos de natureza diferente. Dessas maneiras, a socialização assemelha-se ao fenômeno migratório humano que exige uma adequação das características sociais e culturais do imigrante às condições do novo meio. Vigotski inverte a direção do vetor na relação indivíduo-sociedade. No lugar de nos perguntar como a criança se comporta no meio social, diz ele, devemos perguntar como o meio social age na criança para criar nelas as funções superiores de origem e natureza sociais. (SIRGADO, 2000, p.52)

Vigotski, por outro lado, rejeita a idéia de desenvolvimento cognitivo como uma acumulação gradual de mudanças isoladas. Acredita que

o desenvolvimento da criança é um processo dialético complexo caracterizado pela periodicidade, desigualdade no desenvolvimento de diferentes funções, metamorfose ou transformação qualitativa de uma forma em outra, embricamento de fatores internos e externos, e processos adaptativos que superam os impedimentos que a criança encontra. (VIGOTSKI, 2003a, p.97).

A maturação, neste contexto surge como resultado do aprendizado, não sendo, portanto, pré-requisito para este. Estas idéias divergem, entre outros, da concepção de desenvolvimento e aprendizagem que Jean Piaget desenvolveu em sua teoria denominada Epistemologia Genética.

Embora este estudo não vise realizar uma análise comparada das teorias de Vigotski e Piaget, entende-se que cabem aqui algumas considerações, já que este tema está muito presente na educação e ainda nas obras de Vigotski, que algumas vezes se mostra simpatizante ao pensamento de Piaget e em outras é bastante crítico. Piaget, por outro lado, só tomou conhecimento da obra de Vigotski vinte e cinco anos após sua publicação, quando o autor soviético já tinha falecido há muito tempo, dessa forma nunca tiveram a oportunidade de ter um embate direto de idéias, uma vez que Piaget ao comentar as críticas de Vigotski o fez à luz dos seus trabalhos mais recentes.

Não há dúvidas, contudo, de que estas teorias têm pontos em comum, defendidos por um número crescente de adeptos.

No que se refere ao modelo epistemológico que as sustenta, pode-se dizer que ambas são fundamentadas no paradigma interacionista, na medida em que para Vigotski tudo se estabelece na interação entre o sujeito e o meio (essencialmente social), e para Piaget a interação ocorre entre o sujeito e o meio físico e social; ambas são

construtivistas já que para Piaget “o sujeito constrói o seu conhecimento em duas dimensões complementares, como conteúdo e como forma ou estrutura” (BECKER, 1994, p.93) e para Vigotski o sujeito se constitui/constrói a partir das relações sociais, ou seja, nós nos tornamos nós mesmos através do outro.

Smith, Dockrell e Tomlinson (1997, p.8-10) são alguns dos autores que defendem a aproximação das duas teorias, ressaltando que embora haja uma tendência em interpretar o trabalho de Vigotski e Piaget de modo polarizado, é possível uma interpretação mais inclusiva, uma vez que embora o trabalho de cada um deles tenha idéias únicas, também apresentam pontos de aproximação: a visão construtivista, o fator interação social e o substrato biológico como necessários para o desenvolvimento.

Moscovici (1996, p.72) aponta para a influência marxista na obra de Piaget, argumentando que ambos passaram pelo mesmo campo teórico e tentaram resolver problemas similares com diferentes aportes históricos e prioridades.

A pesquisadora concorda com Sawaia (2003, p.10) quando pontua que a obra de Vigotski apresenta grandes linhas de construção mas também pontos de tensão e de imprecisão tanto por sua complexidade quanto por seu inacabamento, acrescentando que essas duas características favorecem diferentes interpretações e classificações em quadros teóricos distintos mesmo que antagônicos. Não se pode, portanto, esquecer as concepções filosóficas que dão subsídio as duas teorias, já que Vigotski fundamenta-se no materialismo e Piaget no idealismo, e embora ambas façam parte da doutrina filosófica monista, têm diferenças fundamentais, já que os idealistas acreditam na matéria como mera criação da mente e os materialistas acreditam na primazia da matéria, o que implica, como já referido neste trabalho, que todas as funções psicológicas são originadas da atividade cerebral. (PINHEIRO, 2005, p.193).

Feitas estas breves considerações, retoma-se as idéias de Vigotski, recorrendo a Sirgado (2000, p.53) que aponta para três tipos de relações estabelecidas por Vigotski em sua teoria, quais sejam, as relações entre o social e o cultural, o social e o simbólico e o social e as funções mentais superiores. Neste sentido, Sirgado afirma que, para Vigotski, o social é anterior ao cultural, já que é possível se falar em sociabilidade biológica; essa sociabilidade biológica, sob ação humana, torna-se ao mesmo tempo condição e resultado do aparecimento da cultura e dessa forma, pode-se dizer que tudo que é cultural é social. O símbolo ou signo se equipara ao instrumento, sendo portanto criação do homem, e, como tal, faz parte da ordem da cultura e da natureza, tendo

assim uma existência independente do organismo. Desse modo, aplica-se a ele o caráter social. Assim, Vigotski atribui à atividade simbólica “uma função organizadora específica que invade o processo do uso de instrumento e produz formas fundamentalmente novas de comportamento”. (VIGOTSKI, 2003a, p. 32), o que significa que é na emergência da atividade simbólica que ocorre a passagem do plano natural para o plano cultural da história humana.

Em relação às funções superiores, Vigotski acredita que são relações sociais internalizadas, sendo o papel do outro essencial na constituição cultural do homem, já que este se torna o que é através do outro, e neste sentido o homem se constitui através da mediação do outro. Não a simples mediação instrumental, mas sim a mediação num sentido mais profundo, aquela que permite a apropriação/ internalização do mundo cultural pelo sujeito.

Assim,

o desenvolvimento cultural é o processo pelo qual o mundo adquire *significação* para o indivíduo, tornando-se um *ser cultural*. Fica claro que a *significação* é a mediadora universal nesse processo e que o portador dessa significação é o *outro*, lugar simbólico da humanidade histórica. (SIRGADO, 2000, p.66).

A partir de várias investigações envolvendo a formação de conceitos científicos na infância, Vigotski busca estabelecer as inter-relações em áreas definidas do aprendizado escolar, quais sejam, a leitura e a escrita, a gramática, a aritmética, as ciências sociais e as ciências naturais. Segundo o autor, “a gramática e a escrita ajudam a criança a passar para um nível mais elevado do desenvolvimento da fala” sendo que “o desenvolvimento das bases psicológicas para o aprendizado de matérias básicas não precede esse aprendizado, mas se desenvolve numa interação contínua com as suas contribuições”. (Vigotski, 2003b, p.126).

Em relação à aritmética, seus estudos demonstraram que as várias etapas na aprendizagem da aritmética podem não ter o mesmo valor para o desenvolvimento, ou seja, “a curva do desenvolvimento não coincide com a curva do aprendizado escolar; em geral, o aprendizado precede o desenvolvimento.”(VIGOTSKI, 2003b, p.127).

No estudo de outras matérias escolares, o autor concluiu que “todas as matérias escolares básicas atuam como disciplina formal, cada uma facilitando o aprendizado das outras; as funções psicológicas por elas estimuladas se desenvolvem ao longo de um processo complexo.”(VIGOTSKI, 2003b, p.128).

Os estudos de Vigotski, por outro lado, destacam a natureza social e cultural do desenvolvimento das funções superiores, que pode ser percebida na dependência da cooperação dos adultos no aprendizado das crianças quando estes atuam na zona que o autor denominou de zona de desenvolvimento proximal:

a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes. (VIGOTSKI, 2003a, p.112).

Vigotski enfatiza a preocupação com o funcionamento emergente e através do conceito de zona de desenvolvimento proximal aponta ao educador caminhos possíveis de se chegar ao desenvolvimento, ou seja, é nesta distância entre o que a criança é capaz de fazer com ajuda e o que pode fazer autonomamente que o meio social pode atuar para que se atinja o máximo desenvolvimento possível.

Na perspectiva vigotskiana, o conhecimento “não se explica nem como mero ato do sujeito nem como mero efeito do objeto, nem ainda como resultado da interação sujeito < > objeto, mas como uma relação dialética mediada semioticamente, entre o sujeito e o objeto” (PINO, 2001, p.40), entendendo-se como mediação semiótica a mediação social. E ainda, conforme acrescenta Pino (2001, p.42), “o mundo significa para o indivíduo porque, primeiramente, significou para os outros. Com isso, na perspectiva histórico-cultural, afirma-se que o conhecer é um processo social e histórico, não um fenômeno individual e natural”. Nesse sentido, todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem primeiro no nível social, ou seja, entre pessoas (interpsicológico), e, depois no nível individual, isto é, no interior da criança (intra psicológico); esta transformação ocorre como resultado de uma série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento. (VIGOTSKI, 2003a, p.75).

Na obra em que trata especialmente da defectologia, Vigotski desenvolve o conceito de compensação: “Por um lado, o defeito é a limitação, a debilidade, a diminuição do desenvolvimento; por outro lado, justamente porque origina dificuldades, estimula o movimento intensificado para o desenvolvimento” (VYGOTSKI, 1997, p.14). O autor acrescenta que a possibilidade de se transformar o menos da deficiência no mais

da compensação proporciona o caminho para se chegar às peculiaridades de como o educador deve conduzir a criança de forma que esta se desenvolva.

Tal concepção permite que se tenha um novo olhar para o aluno com TDAH, não lhe impondo o diagnóstico como rótulo, mas fazendo dele um instrumento para que, ao se conhecer suas possibilidades biológicas, a escola atue construindo o ser sociocultural capaz de transformar o menos da deficiência no mais da compensação.

Neste contexto, faz-se necessário o estudo da dimensão neurobiológica da atenção e do TDAH, iniciando-se pelos aspectos neuropsicológicos da formação social da mente a partir do trabalho de Luria, com o qual Vigotski contribuiu antes de sua morte.

2.3 ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DA FORMAÇÃO SOCIAL DA MENTE

2.3.1 Aspectos históricos da Neuropsicologia

Também chamada neurociência cognitiva, a neuropsicologia começou a se desenvolver em meados do século XX numa área de interface entre neurologia e psicologia tendo como objeto de estudo as capacidades mentais mais complexas (como linguagem, autoconsciência, memória) a partir da relação entre o sistema nervoso, o comportamento e a cognição.

Os estudos de Aleksandr Romanovich Luria, sobre a organização funcional do sistema nervoso constituem um marco no ensino da Psicologia no Brasil, pois foi através de sua obra “Fundamentos de Neuropsicologia” que, pela primeira vez, na década de 1980, se buscou superar a crença na dicotomia mente/corpo na formação dos referidos profissionais. Antes, contudo de se discutir a teoria desenvolvida por Luria, faz-se necessário retomar os primeiros avanços da ciência no estudo das funções mentais.

Na Idade Média, filósofos já propunham a idéia localizacionista ao pensarem nos ventrículos cerebrais como locais onde se situavam as funções mentais.

No século XIX, a teoria da seleção natural proposta pelo naturalista Charles Robert Darwin (1809-1882) forneceu subsídios para se pensar a mente como produto do funcionamento do sistema nervoso humano e, a partir da descoberta da estrutura não homogênea do córtex cerebral, passou-se a acreditar que as diferentes funções mentais pudessem estar alojadas nas diferentes porções do córtex. Um dos mais árdus

defensores dessa crença foi Franz Joseph Gall (1758-1828), anatomista austríaco, que acreditava que o cérebro era um conjunto de órgãos separados, cada um com diferentes funções. As assim chamadas “faculdades mentais” estavam sediadas em áreas cerebrais particulares e distintas ou seja, cada uma delas tinha o seu local específico no cérebro; o grau de desenvolvimento de determinada “faculdade” era capaz de originar proeminências ou depressões na correspondente região craniana, o que implicava na possibilidade de a partir do formato da cabeça se poder avaliar a personalidade do indivíduo.

Tais idéias deram origem à doutrina frenológica⁷ que, embora nunca tivesse uma base científica, serviu e serve, ainda hoje, como argumento de defesa de idéias preconceituosas manifestadas através de expressões como “testa baixa” e “cabeça chata” em alusão a pouca inteligência ou rebaixamento intelectual. Tais expressões também se fazem presentes no âmbito da escola contribuindo para inferiorizar o aluno.

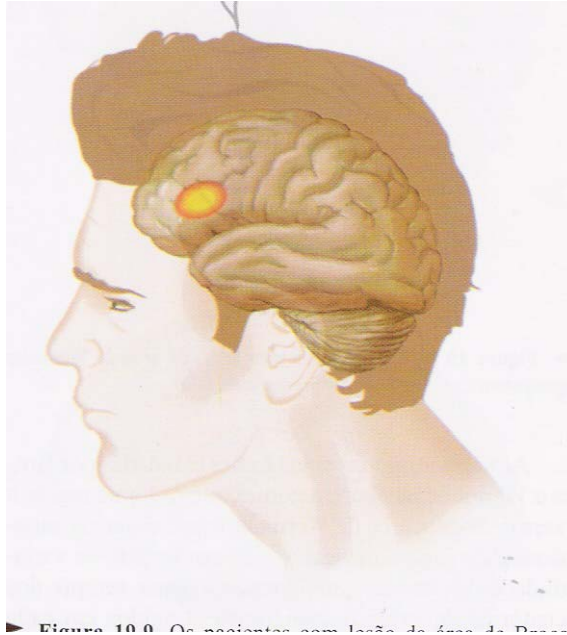
A investigação científica das funções mentais, contudo, teve início em 1861 quando o anatomista francês Pierre Paul Broca (1824-1880) postulou, a partir do estudo do cérebro de pacientes que apresentavam, quando vivos, distúrbios acentuados da fala, que o terço posterior do giro frontal inferior esquerdo era o centro para a “memória motora” das palavras e que uma lesão nessa área levava à perda da fala expressiva. Esta descoberta abriu novas perspectivas para a pesquisa científica dos processos mentais, pois a partir deste trabalho localizou-se pela primeira vez uma função mental complexa. (GUSMÃO; SILVEIRA; CABRAL FILHO, 2000, p.1149-1152). Além disso, Broca demonstrou pela primeira vez a diferença existente entre as funções dos hemisférios cerebrais direito e esquerdo, no que se refere às funções superiores da fala, comprovando assim o fenômeno da dominância cerebral, isto é, que na maioria dos seres humanos (99% nos destros e 30 % nos canhotos) os centros da linguagem estão no hemisfério esquerdo. (DAMÁSIO e DAMÁSIO, 2004, p.46)

Uma década após a descoberta de Broca, o psiquiatra alemão Carl Wernicke (1848-1905) descreveu casos em que lesões no mesmo hemisfério esquerdo situadas mais posteriormente acarretavam a perda da compreensão da fala audível embora em nada afetassem a fala expressiva (motora).

⁷ Este termo (do grego phrén, phrenós= alma, inteligência, espírito) foi cunhado por Johann C. Spurzheim (1776-1832), colaborador de Gall que o ajudou a disseminar suas idéias nos Estados Unidos e na Europa.

Essas primeiras áreas receberam os nomes de área de Broca e área de Wernicke em homenagem aos seus descobridores, e sua localização pode ser vista na figura 1 e 2 abaixo:

FIGURA 1- Área de Broca



► Figura 10.9. Os pacientes com lesão da Área de Broca

Fonte: Lent (2001, p.635).

FIGURA 2: Área de Wernicke



Fonte: Lent (2001, p.636).

Os distúrbios nessas áreas ficaram consagrados na literatura médica pelo nome de afasia, denominação essa criada por Sigmund Freud (1856-1939). Entendendo-se como afasias “os distúrbios da linguagem devidos a lesões nas regiões realmente envolvidas com o processamento lingüístico”. (LENT, 2001, p.635).

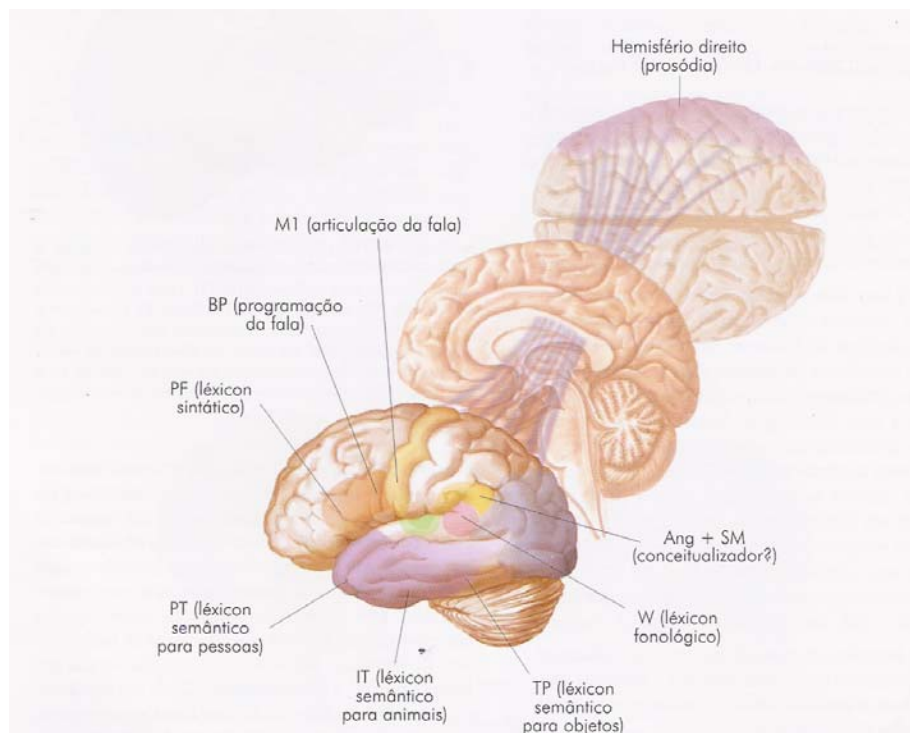
As descobertas destes pesquisadores indicavam que lesões na área de Broca são responsáveis por uma afasia de expressão – o indivíduo torna-se incapaz de falar ou apresenta fala não fluente sem déficits motores propriamente ditos-; já lesões na área de Wernicke provocam uma afasia de compreensão – embora sua fala seja fluente, demonstra não ter compreendido o que lhe foi dito, usando palavras e frases desconexas-. (LENT, 2001, p.636)

Embora estas descobertas tenham representado grande avanço, a delimitação anatômica delas permaneceram vagas, já que a variabilidade das lesões depende dos territórios de irrigação sanguínea atingidos pela lesão. Além disso, esse modelos foram atualizados a partir de novas pesquisas.

Wernicke, ainda no século XIX, elaborou um sistema de processamento neural da linguagem prevendo outros tipos de afasia; em seus estudos, previu que haveria uma conexão entre as áreas de Broca e aquela descoberta por ele; uma lesão nesse feixe provocaria uma afasia de condução – os pacientes são capazes de falar fluentemente, mas cometem erros de repetição e de resposta aos comandos verbais.

Esse modelo de Wernicke, em que a área de Broca conteria as memórias dos movimentos necessários para expressar fonemas, palavras e frases, e a área de Wernicke conteria as memórias dos sons que compões as palavras, possibilitando a compreensão, e que estas duas áreas deveriam estar conectadas para que o sujeito pudesse associar a compreensão das palavras ouvidas à sua própria fala, fez muito sentido durante várias décadas, no entanto tem sido atualizado recentemente a partir da observação de psicolingüistas. Da mesma forma, a concepção original de Broca também foi revista, sendo que o modelo atual conexionista envolve a interação de diversas áreas corticais, mas restritas que as definidas por Broca e Wernicke conforme se pode ver na figura 3. (LENT, 2001, p.637). Esta nova concepção surgiu a partir do estudo dos sintomas de pacientes com pequenas lesões que permitiram a possível identificação dos sistemas postulados pelos psicolingüistas.

FIGURA 3: Modelo de Wernicke atualizado



Fonte: Lent (2001, p.638).

Ang+ SM= giro angular + supramarginal. BP= Broca posterior. IT=córtex Ínfero-temporal. M1= área motora primária. PF= córtex pré-frontal. PT= pólo temporal. TP= córtex temporal posterior. W= área de Wernicke.

Os estudos demonstrando que formas complexas de atividade mental assim como funções elementares (tais como movimento e sensação) podiam ser localizadas em regiões circunscritas do córtex cerebral ensejaram durante mais de meio século a realização de várias pesquisas com o objetivo de demonstrar que os processos mentais complexos eram resultados do funcionamento de áreas locais individuais. Esta abordagem de estudo é dita reducionista.

Entre seus opositores, destaca-se o neurologista inglês John Hughlings Jackson (1834-1911) que defendeu a idéia que a organização cerebral dos processos mentais complexos deveria ser abordada do ponto de vista do nível de construção destes processos e não da sua localização. Esta idéia, contudo, só foi desenvolvida 50 anos mais tarde.

No século XX dá-se o início da neuropsicologia moderna, destacando-se entre os pesquisadores Donald Olding Hebb (1904-1985), Karl Spencer Lashley (1890-1958) e Aleksandr Romanovitch Luria.

Em 1949, Hebb propôs uma teoria para a memória com base na plasticidade sináptica, isto é, propôs uma teoria do funcionamento do córtex cerebral a partir de conexões neuronais modificáveis. Hebb admitiu a possibilidade da transmissão de mensagens entre os neurônios não serem um fenômeno rígido e imutável, mas com possibilidades de ser modulável de acordo com as circunstâncias. Assim, “o traço mnésico estaria ligado à formação e a persistência de uma rede de conexões entre as células, embora nenhuma delas contenha a informação necessária à restituição da lembrança”.(SANVITO, 1991, p.89).

Lashley, apoiado em seus trabalhos experimentais com ratos, formulou duas leis: “a lei de ação de massa” que em síntese admite que o déficit produzido por uma lesão é proporcional à quantidade de tecido destruído, logo, é a massa cerebral, e não seus componentes neuronais, que é importante para o funcionamento cerebral; e a “lei da equipotencialidade” segundo a qual o déficit não depende da localização da lesão. (SANVITO, 1991,p.96). Embora o trabalho deste autor tenha influenciado profundamente o conhecimento neuropsicológico, suas leis não são mais aceitas atualmente.

Luria, influenciado pelas obras de Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936), Pieter Kuzmitch Anokhin (1898-1974), e ainda, como já referido, por Vigotski, investigou as funções superiores nas suas relações com os mecanismos cerebrais e desenvolveu a noção do cérebro funcionando como um todo, considerando o ambiente social como determinante fundamental dos sistemas funcionais responsáveis pelo comportamento humano. Os estudos de Luria mostraram-se fundamentais para a consolidação da neuropsicologia no meio científico e para o aperfeiçoamento dos especialistas em neuropsicologia.

2.3.2 A Teoria do Sistema Funcional à luz de A. R. Luria

Luria, tendo como fundamento a teoria da formação social da mente de Vigotski, desenvolveu uma teoria do funcionamento cerebral contrária à idéia da localização estrita, postulando que:

(...) os processos mentais humanos são sistemas funcionais complexos e que eles não estão “localizados” em estreitas e circunscritas áreas do cérebro, mas ocorrem por meio da participação de grupos de estruturas cerebrais operando em concerto, cada uma das quais concorre com a sua própria contribuição particular para a organização desse sistema funcional. (LURIA, 1981, p.27).

Tais idéias só são corretamente compreendidas a partir da revisão dos conceitos básicos - função, localização e sintoma – propostos pelo autor no desenvolvimento de seu trabalho. Assim, o termo “função” não deve ser compreendido como função de um tecido particular, mas como um sistema funcional inteiro que tem como características “a presença de uma tarefa constante (invariável), desempenhada por mecanismos diversos (variáveis), que levam o processo a um resultado constante (invariável)” (LURIA, 1981, p.13), e que apresenta uma composição complexa incluindo sempre uma série de impulsos aferentes e eferentes⁸.

Os processos mentais, especialmente as formas mais complexas de atividade mental não podem, portanto, ser encaradas como uma faculdade isolada localizada em uma área particular do cérebro, acrescentando:

O fato de terem sido todas elas formadas no curso de um longo desenvolvimento histórico, de serem sociais em sua origem e complexas e hierárquicas em sua estrutura, e de serem todas elas baseadas em um sistema complexo de métodos e meios (...) implica que as formas fundamentais da atividade consciente devem ser consideradas como sistemas funcionais complexos; conseqüentemente, a abordagem básica do problema da sua “localização” no córtex cerebral deve ser radicalmente alterada. (LURIA, 1981, p.15).

Revendo o conceito de “localização” a partir do estudo sobre as estruturas funcionais em geral e as funções psicológicas superiores, Luria desenvolveu em seu trabalho a noção do sistema nervoso funcionando como um todo, considerando o ambiente social como determinante fundamental dos sistemas funcionais responsáveis pelo comportamento humano. Neste sentido, afirmava que as funções psíquicas do homem são produtos de uma larga evolução, possuindo estruturas complexas e sujeitas a modificações em seus elementos constitutivos. Desse modo:

(...) as funções mentais, como sistemas funcionais complexos, não podem ser localizadas em zonas estreitas do córtex ou em agrupamentos celulares isolados, mas devem ser *organizadas em sistemas de zonas funcionando em concerto, desempenhando cada uma dessas zonas o seu papel em um sistema funcional complexo*, podendo cada um desses territórios estar localizado em áreas do cérebro completamente diferentes e freqüentemente bastante distantes uma da outra. (LURIA, 1981, p.16).

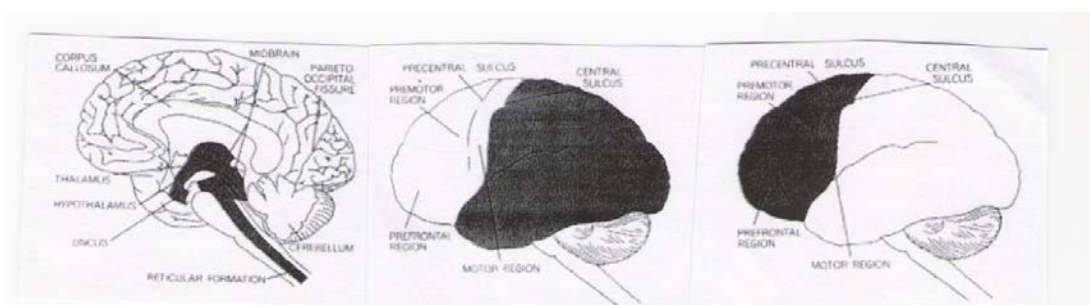
⁸ Impulsos aferentes são aqueles que levam a informação dos órgãos sensoriais ao SNC- e impulsos eferentes são as que levam a informação do SNC para o Sistema Nervoso Periférico –SNP- (terminações nervosas, gânglios e nervos).

Quando reviu o conceito de “sintoma”, Luria utilizou suas conclusões anteriores sobre função e localização, afirmando que, se a atividade mental é um sistema funcional complexo envolvendo a participação de várias áreas corticais operando em concerto, *“uma lesão de cada uma dessas zonas ou áreas pode acarretar desintegração de todo o sistema funcional, e dessa maneira o sintoma ou “perda” de função particular não nos diz nada sobre a sua “localização”.* (LURIA, 1981, p.19).

Dessa forma, Luria substituiu a tarefa de descobrir a localização dos processos mentais no córtex por outra, ou seja, a de investigar de que forma a atividade mental é alterada por diferentes lesões cerebrais, definindo assim a direção da neuropsicologia a partir de suas investigações.

Suas pesquisas identificaram três principais unidades (blocos) cerebrais funcionais que têm participação necessária em qualquer tipo de atividade mental. Estas unidades podem ser descritas como uma unidade responsável pela regulação do tono e da vigília (o cérebro desperto), uma segunda unidade responsável pela obtenção, processamento e armazenamento das informações provenientes do mundo exterior (o cérebro informado) e a terceira unidade para programar, regular e verificar a atividade mental (o cérebro programador), conforme se pode ver na figura 4 abaixo.

FIGURA 4- As três unidades funcionais de Luria



Fonte: Luria (1970, p.66).

Estas estruturas exibem uma estrutura hierarquizada que consiste em três zonas corticais construídas uma acima da outra: primária, secundária e terciária. A área primária é responsável pela projeção do impulso, caracterizando a sensação. A

secundária se responsabiliza pela projeção e associação do impulso, processando as informações, caracterizando a percepção. E a terciária, que se caracteriza pela percepção global, encarrega-se pela associação ou integração do impulso, sendo responsável pelas formas mais complexas de atividade mental no homem.

A **primeira unidade** é responsável pela manutenção do tono cortical e o estado de vigília que são essenciais para o curso organizado da atividade mental. As estruturas responsáveis por esta manutenção e regulação situam-se no tronco cerebral⁹ e mesencéfalo.

A formação reticular faz parte dessa unidade e constitui-se em estrutura formada por uma agregação de neurônios de tamanhos e tipos diferentes separados por uma rede de fibras nervosas; mantém conexões com o cérebro, o cerebelo, a medula e com núcleos do nervo craniano e através do sistema reticular ascendente e descendente desempenha um papel decisivo na ativação do córtex e na regulação do estado de sua atividade.

Segundo Luria:

Essas duas partes da formação reticular constituem, assim, um único sistema funcional verticalmente arranjado, um único aparelho auto-regulador construído segundo o princípio do “anel reflexo”, capaz de alterar o tono do córtex mas ele próprio também sob influência cortical, sendo regulado e modificado por mudanças que ocorram no córtex e adaptando-se prontamente às condições ambientais e ao curso da atividade. (LURIA, 1981, p.30).

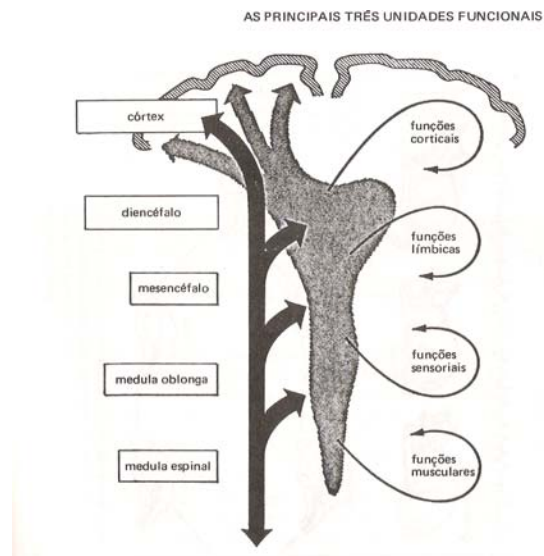
Dessa forma, Luria admite a formação reticular ativadora como a parte mais importante da primeira unidade funcional do cérebro.

Esta estrutura tem grande importância nas formas mais elementares de atenção, o que será visto mais adiante. Para que se compreenda melhor este mecanismo, na figura 5 pode-se observar o esquema de funcionamento da formação reticular ativadora descrito por Luria; já, na figura 6, tem-se a imagem da anatomia desta estrutura (imagem a partir do conhecimento atual da anatomia do sistema nervoso).

A **segunda unidade** situa-se nas regiões laterais do neocórtex sobre a superfície convexa dos hemisférios, ocupando regiões posteriores incluindo as regiões visual (occipital), auditiva (temporal) e sensorial geral (parietal); formada por neurônios isolados

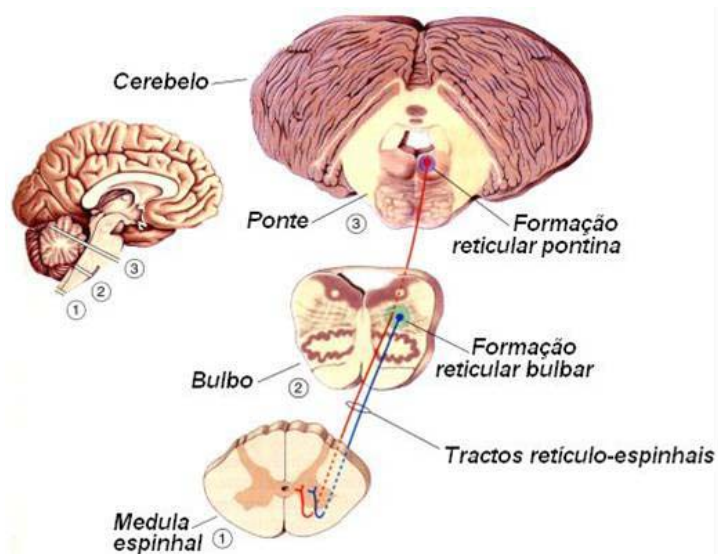
⁹ Embora o termo atualmente utilizado seja tronco encefálico e não tronco cerebral (já que este não pertence ao cérebro mas ao encéfalo), optou-se por manter a terminologia utilizada pelo autor.

FIGURA 5- Esquema da formação reticular ativadora



Fonte: Luria (1981, p.31)

FIGURA 6- Formação reticular



Fonte: Vilela (2005)

que recebem impulsos individualizados e os transmitem a outros grupos de neurônios. (LURIA, 1981, p.49). É um sistema para a recepção, codificação e armazenamento de informações.

Esta unidade tem grande capacidade modal, isto é, suas partes estão adaptadas para a recepção de informações visuais, auditivas, vestibulares ou sensoriais gerais. Sua base é formada por áreas primárias, circundadas por zonas corticais secundárias e com zonas terciárias situadas nas fronteiras entre os lobos. O funcionamento depende, portanto, da atuação combinada das zonas corticais uma vez que envolve sensação (primária), percepção (secundária) e associação (terciária).

A organização e funcionamento desta unidade submetem-se a três leis: a **lei da estrutura hierárquica das zonas corticais** em que o funcionamento da zona terciária controla o da zona secundária e esta o da zona primária; a **lei da especificidade modal decrescente**, uma vez que nessa unidade, as zonas primárias possuem uma especificidade modal máxima, isto é, um número grande de neurônios com funções altamente diferenciadas, enquanto que nas áreas secundárias e terciárias predominam os neurônios associativos, o que implica numa especificidade modal bem menor; e a **lei da lateralização progressiva das funções**, ou seja, nas áreas primárias as estruturas têm papéis idênticos nos dois hemisférios cerebrais, no entanto, nas zonas secundárias e terciárias, as funções começam a diferir radicalmente de um hemisfério para o outro. (LURIA, 1981, p.62). Estes princípios possibilitam as formas mais complexas de funcionamento cerebral uma vez que estão na base das atividades cognitivas.

A **terceira unidade** funcional, responsável pela programação, regulação e verificação é a organizadora da atividade consciente. Suas estruturas localizam-se nas regiões anteriores dos hemisférios, anteriormente ao giro pré-central, sendo este um aparelho efetor do córtex. De forma diferente da segunda unidade, os processos na unidade terciária seguem em direção descendente, isto é, os planos e programas são formados nas zonas secundárias e terciárias, passando às estruturas da atividade motora que envia os impulsos para a periferia. Outra característica que as distingue é que a terceira unidade não contém zonas modalmente específicas (mas é formada por sistemas eferentes, motores, estando sob influência de estruturas aferentes).

As áreas pré-motoras da região frontal desempenham o papel de zona secundária. A parte mais importante da terceira unidade é representada pelos lobos frontais, uma vez que esta região apresenta um sistema rico em conexões de natureza bidirecional tanto com os níveis inferiores do cérebro quanto com outras regiões do córtex, o que segundo Luria representa uma posição favorável “tanto para a recepção e síntese do complexo sistema de impulsos aferentes que chegam de todas as partes do

cérebro, como para a organização de impulsos eferentes, de forma que elas podem regular todas essas estruturas”.(LURIA, 1981, p.66).

Os lobos frontais são responsáveis pela orientação do comportamento tanto em relação ao presente quanto ao futuro, e “não desempenham apenas a função de síntese de estímulos externos, de preparação para a ação e de formação de programas, mas também a de levar em conta o efeito da ação levada a cabo e de verificar que ela tenha tomado o curso adequado”.(LURIA, 1981, p.72). Realizam, ainda, papel importante no estado de ativação que acompanha todas as formas de atividade consciente, uma vez que mantém ricas conexões com a formação reticular ativadora.

Estas unidades, conforme já mencionado, operam em concerto, e embora cada uma ofereça sua contribuição individual, somente a partir do funcionamento combinado e interativo pode-se entender os mecanismos cerebrais da atividade mental.

A conclusão de Luria quanto às unidades funcionais é aceita por muitos neuropsicólogos atuais na investigação dos chamados distúrbios de aprendizagem, entre eles Antunha (2000, p. 33); Ciasca (2000, p.127); Palangana (2000, p.25); Damasceno e Guerreiro (2000, p.14); PADILHA (2001, p.43).

No decorrer de seu trabalho, Luria desenvolveu métodos qualitativos de avaliação neuropsicológica, a partir do entendimento do cérebro como uma rede interdependente, isto é, uma função mental superior pode sofrer prejuízo se qualquer conexão da estrutura funcional em que esteja envolvida tenha algum problema, mesmo que se situe distante do local que sofreu a lesão ou distúrbio.

O trabalho de Luria foi e ainda é referência para que se investigue a neuropsicologia da aprendizagem (cotidiana ou acadêmica); através da avaliação neuropsicológica é possível se estabelecer a intervenção necessária através de estratégias adequadas de forma a possibilitar o desenvolvimento do potencial de cada indivíduo. Os estudos de Luria sobre algumas funções neuropsicológicas como atenção, memória, linguagem, funções executivas contribuíram de forma significativa para o grande avanço das neurociências no final do século XX e início do século XXI, o que se abordará no próximo capítulo.

3 NEUROCIÊNCIA COGNITIVA NO SÉCULO XXI

As neurociências têm apresentado enormes avanços científicos e a cada dia faz-se mais descobertas sobre o funcionamento do sistema nervoso, incluindo técnicas de neuroimagem, que possibilitam o estudo do encéfalo vivo e viabilizam o estudo de diferentes regiões encefálicas quando submetidas a distintas condições. Na neurobiologia os estudos têm apontado a estreita ligação entre a atividade bioquímica do cérebro e os processos cognitivos, estabelecendo-se uma base molecular para os processos mentais, entre eles a memória e a aprendizagem.

Já na neurociência cognitiva ou neuropsicologia, tem-se destacado a atuação interdisciplinar, com a contribuição de vários profissionais possibilitando a elaboração de mais conhecimento e a aplicação deste no desenvolvimento do potencial das pessoas que apresentam distúrbios cognitivos e emocionais. Entre esses profissionais ressaltam-se os educadores que têm como objeto de investigação o processo ensino-aprendizagem.

Segundo Gil (2002, p.1) a neuropsicologia tem três objetivos. O primeiro, é de contribuir para o diagnóstico, na medida em que, a partir de um novo olhar sobre o sujeito, parte-se da análise do distúrbio e através de testes pode-se esclarecer a etiologia; o segundo é o objetivo terapêutico já que promove a reeducação do sujeito portador do distúrbio; e por fim, o terceiro, que o autor denomina cognitivo, no sentido da neuropsicologia ser instrumento de promoção do conhecimento do funcionamento do cérebro normal, criando um vínculo entre a neurologia e as ciências humanas. O estudo da neuropsicologia pressupõe o conhecimento do funcionamento cerebral e, para tanto, parte-se da unidade fundamental do sistema nervoso que é o neurônio.

O neurônio é “a unidade sinalizadora do sistema nervoso. É uma célula especializada, com vários prolongamentos para a recepção de sinais e um único para a emissão de sinais” (LENT, 2001, p.68). Assim, os neurônios são responsáveis pela recepção e transmissão dos estímulos do meio externo e do interior do corpo.

Em essência, todo neurônio possui uma membrana plasmática que envolve um citoplasma sendo que este apresenta organelas que desempenham diferentes funções: o núcleo (que contém a maior parte da informação genética da célula), as mitocôndrias (usinas de energia para o funcionamento celular e que também contém DNA), entre

outras. Axônios e dendritos são prolongamentos citoplasmáticos com funções diferenciadas: axônios, especializados na transferência de informação entre pontos distantes do sistema nervoso e dendritos, especializados na recepção de informação. Os neurônios apresentam grande variedade morfológica e funcional, apresentando como característica comum a capacidade de gerar sinais elétricos que funcionam como unidades de informação.

O sistema nervoso é formado ainda por uma segunda classe de células, os gliócitos ou células gliais que coletivamente compõem a neuroglia. Estas células possuem uma variedade de forma e função menor que a dos neurônios, mas têm participação de grande importância na infra-estrutura do tecido nervoso, pois são responsáveis pela sustentação mecânica dos neurônios, conduzem nutrientes do sangue para as células nervosas, armazenam glicogênio, são células de defesa no caso de infecção ou lesão do tecido nervoso, entre outras. Ou seja, desempenham funções de retaguarda para que os neurônios possam exercer suas atividades sinalizadoras. (LENT, 2001, p.68).

Os neurônios especializam-se em tarefas definidas associando-se entre si através da transmissão sináptica (transferência de informação através de uma sinapse¹⁰). Lent (2001, p.98) conceitua sinapse como “a unidade processadora de sinais do sistema nervoso. Trata-se da estrutura microscópica de contato entre um neurônio e outra célula, através da qual se dá a transmissão de mensagens entre as duas”.

As sinapses podem ser elétricas ou químicas, sendo que estas são majoritárias e aquelas ocorrem especialmente em neurônios imaturos e gliócitos adultos. As sinapses químicas têm a capacidade de modificar as mensagens transmitidas de acordo com inúmeras circunstâncias; sua estrutura é especializada no armazenamento de substâncias neurotransmissoras¹¹ e neuromoduladoras¹² que, liberadas na fenda sináptica (espaço entre as membranas pré e pós-sinápticas), provocam alteração de potencial elétrico que poderá influenciar o disparo de potenciais de ação do neurônio

¹⁰ O termo *sinapse* foi criado pelo fisiologista britânico Charles Sherrington (1857-1952) em 1897, no entanto, a teoria de transmissão elétrica foi defendida pelo australiano John Eccles (1903-1997) nos anos 30 e a teoria de transmissão química pelo inglês Henry Dale (1875-1968) em 1937. O termo, contudo, permaneceu como concepção teórica até a década de 1950, quando o uso de equipamentos e técnicas mais sofisticadas permitiram que se determinasse experimentalmente os conceitos de sinapse e transmissão sináptica (LENT, 2001, p.100).

¹¹ Neurotransmissores são substâncias cuja ação ocorre diretamente sobre a membrana pós-sináptica gerando um potencial pós-sináptico (excitatório ou inibitório).

¹² Neuromoduladores são substâncias atuantes na sinapse, não apenas na membrana pós-sináptica, mas também na pré-sináptica e nas vesículas sinápticas.

pós-sináptico. A integração das milhares de sinapses que ocorrem em cada neurônio é o que caracteriza a natureza das mensagens transmitidas. (LENT, 2001, p.98).

O processamento cerebral depende, assim, da eficácia dessa transmissão que está relacionada diretamente com a troca molecular entre os neurônios.

Outra descoberta das neurociências que têm especial significado para a aprendizagem é a flexibilidade ou plasticidade neuronal, isto é, “a capacidade das conexões sinápticas de um neurônio serem substituídas, aumentadas ou diminuídas em quantidade e de modificarem a atividade funcional”.(FORMIGA; TUDELLA; MEDEIROS, 2002, p.114). O aprendizado é uma das primeiras formas de plasticidade uma vez que “pode levar a alterações estruturais do cérebro, porque a cada nova experiência do indivíduo, redes de neurônios são reorganizadas em resposta à experiência e como adaptação a estímulos repetitivos.” (VALLE, 2005, XVII).

O cérebro se forma na relação da criança com o meio ambiente, principalmente até os 10 anos de idade e de maneira mais acentuada até os 3 anos de idade quando a taxas metabólicas¹³ crescem vertiginosamente. (FORMIGA; TUDELLA; MEDEIROS, 2002, p.115; FACCHINI, 2001, p.95).

Uma criança recém-nascida apresenta um cérebro que se assemelha a um emaranhado de neurônios desconexos esperando estimulação; como o bebê vive uma fase de *brainpower* (força cerebral) inicia-se a formação de conexões que ocorrem de forma acelerada e intensa, sendo que só permanecerão vivas as conexões que permitirem o processamento de uma variedade de funções, e a preservação ou eliminação das conexões excessivas dependerão das exposições e incentivos recebidos. (FACCHINI, 2001, p.97).

Esta intensa atividade cerebral começa a decair gradualmente por volta dos dez anos, sendo que por volta dos 16 a 18 anos já se assemelha a de um adulto. É muito importante que os educadores tenham este conhecimento, uma vez que com o avanço da idade e conseqüente diminuição da plasticidade cerebral, as aprendizagens requerem o emprego de um esforço maior para sua efetivação. A comprovação da fase de *brainpower* ressalta a importância não só da educação da criança no âmbito da escola, como também da educação familiar que não deve se ater aos cuidados e alimentação

¹³ As taxas metabólicas referem-se ao consumo de glicose e oxigênio em várias partes do cérebro que são possíveis de serem medidas através do uso da Tomografia de Emissão de Positron (PET). Maior consumo de glicose significa mais atividade revelando maior processamento mental e mais aprendizagem. (FACCHINI, 2001, p.95).

mas também ao fornecimento de estímulos apropriados (nutrição cognitiva¹⁴). (FACCHINI, 2001, p.103).

O fato da aprendizagem demandar maiores esforços no decorrer do tempo não significa que as pessoas deixem de aprender com o amadurecimento, o que ocorre é que perdem um pouco as vantagens que a natureza biológica lhes oferece.

Pesquisas recentes em neuropsicologia têm comprovado que a plasticidade do sistema nervoso é uma característica única em relação a todos os outros sistemas orgânicos e apontam para a possibilidade de regeneração de neurônios lesados com o restabelecimento de sinapses perdidas, e mais ainda, tem-se constatado a possibilidade de nascimento de novos neurônios em indivíduos adultos principalmente do hipocampo, especializada na capacidade de aprendizagem e memória. (LENT, 2001, p.145; KEMPERMANN; GAGE, 2004, p. 92).

A plasticidade do sistema neuronal aponta para a possibilidade de pessoas que sofreram lesões cerebrais recuperarem parcialmente as funções perdidas ao serem submetidas à estimulação mental intensa e diversificada.

Assim como no desenvolvimento normal, nos casos patológicos as crianças têm uma maior capacidade de suportar danos em áreas cerebrais sem déficits funcionais principais; “um cérebro jovem pode reorganizar ou aprender a compensar as áreas perdidas , se ainda está em fase de formação”. (FACCHINI, 2001, p.101).

No uso do termo plasticidade cerebral é importante diferenciar a plasticidade neural que é a capacidade do cérebro de recuperar uma função através da proliferação neural, migração e interações sinápticas, da plasticidade funcional que é a recuperação de uma função por meio de estratégias de comportamento alteradas, que é um dos objetivos da neuropsicologia. (SANTOS, 2004, p.266).

Segundo Miranda e Muskat é importante ressaltar que

a plasticidade não é sempre um mecanismo positivo, ou, ainda, que o termo plasticidade nem sempre deve ser entendido como adaptativo, no sentido de que facilita a adaptação da criança ao problema da lesão. A plasticidade pode ter aspectos negativos. Condições anormais como, por exemplo, no esforço do aumento das conexões sinápticas ou de reorganização neuronal para a adaptação podem envolver a formação de circuitos que são reverberantes e, com isso, haver uma maior excitabilidade da região envolvida com o progresso de reorganização neuronal, levando, por exemplo, a crises epiléticas ou a disfunções dos circuitos envolvidos com a memória ou com a atenção. (MIRANDA; MUSKAT, 2004, p.219)

¹⁴ Termo gestado em programas de atendimento à mãe e ao bebê nos EUA referindo-se à estimulação cerebral recebida no desenvolvimento intra-uterino e inicial (0-2anos). (FACCHINI, 2001, p.95).

Estes conceitos associados a teoria funcional de Luria fornecem elementos para que se possa compreender as bases neurais da percepção e da atenção apontadas pelos estudos mais recentes em neurociências.

3.1 BASES NEURAIIS DA PERCEPÇÃO E DA ATENÇÃO

Conforme Lent (2001, p.557) “percepção, para os seres humanos, é a capacidade de associar as informações sensoriais à memória e à cognição, de forma a formar conceitos sobre o mundo e sobre nós mesmos e orientar nosso comportamento”. Assim, embora a percepção dependa dos sentidos, ela difere desses, uma vez que envolve processos mais complexos do que a experiência sensorial. Uma das suas principais características (que a diferencia das sensações) é a constância perceptual, ou seja, a capacidade de se perceber um mesmo objeto ainda que apresente uma imagem visual diferente.

O processo de percepção envolve alguns estágios: uma fase analítica em que os estímulos visuais, auditivos ou somestésicos são transduzidos, codificados e enviados ao córtex através dos vários sistemas sensoriais que são responsáveis pela análise, e uma fase sintética em que as partes são reunidas num só conjunto que faça sentido, a partir de códigos já prontos, especialmente os de linguagem. Assim, segundo Luria (1981, p. 200) o processo de percepção humana tem uma natureza complexa com estreita participação da linguagem.

Os distúrbios da percepção são denominados agnosias, e, dependendo da região atingida podem ser visuais, auditivas, somestésicas ou ainda, embora pouco comuns, olfatórias e gustativas. (LENT, 2001, p.558).

Em relação à anatomia funcional da percepção, Luria (1981, p.201) referiu a participação de zonas primárias e secundárias do córtex na percepção visual, o chamado córtex associativo. Estudos mais recentes com a utilização de técnicas de imagem funcional possibilitaram a identificação das áreas envolvidas nos mecanismos neurais da percepção desvendando vários aspectos do seu funcionamento.

Desses estudos decorreram duas hipóteses para a percepção: uma de **hierarquia linear**, em que cada área utiliza uma informação veiculada pela precedente de forma a

reconstruir o objeto para que haja comparação com o banco de imagens contido na memória, e a outra de **processamento paralelo** em que as informações são segmentadas e distribuídas a subsistemas responsáveis pela análise de cada atributo específico. Esta segunda é a mais provável, especialmente em relação à percepção visual, no entanto este processamento paralelo não ocorre de forma isolada, mas opera cooperativamente, sem o que não seria possível a síntese perceptual.

As duas vias paralelas, uma ventral e a outra dorsal, identificadas na percepção visual, embora operem cooperativamente respondem de forma mais eficiente por funções diferentes: a dorsal pela percepção espacial e a ventral pelo reconhecimento de formas e cores.

Para Lent (2001, p.564), “o reconhecimento dos objetos e a percepção espacial, embora sejam duas operações perceptuais distintas realizadas por vias paralelas, são também dois aspectos de uma mesma operação mental, realizados coordenadamente pelo mesmo cérebro de um mesmo indivíduo”.

Luria (1981, p.209) também destacou o papel dos lobos frontais na organização cerebral da percepção imputando a esta área cerebral a responsabilidade pelo caráter ativo da percepção, exigido principalmente quando o objeto percebido é menos familiar ou se apresenta em condições mais inusitadas requerendo assim maior complexidade no processo de análise, comparação e síntese.

Nahas e Xavier (2004, p.77) apontam que “em linguagem coloquial, o termo atenção” denota percepção *direcionada* e *seletiva* a uma fonte particular de informação, incluindo um aspecto *semi-quantitativo* (...) e com *duração* definida. (...) o termo sugere ainda a ocorrência de esforço. Trata-se, portanto, de um processo **multifacetado**. (grifos dos autores)

Segundo Lent (2001, p.579), atenção é a ação focalizadora da consciência através da sensibilização seletiva de um conjunto de regiões cerebrais que realizam uma tarefa principal, inibindo as demais. Assim, a atenção tem dois aspectos principais: a criação de um estado geral de sensibilização chamado alerta e a focalização desse estado de atenção sobre certos processos mentais. Envolve, portanto, direção e seletividade.

Schwartzman (2001, p.40) descreveu várias formas de atenção: **automática**, responsável por tarefas em que não estamos envolvidos de forma consciente; **voluntária**, que exige esforço consciente; **dividida**, que envolve o atendimento

simultâneo a mais de um estímulo; **seletiva**, que se faz necessária quando diante de um ambiente rico em estímulos para que se possa concentrar em apenas um deles e a atenção **sustentada**, que se refere a habilidade de se manter a atenção em um estímulo ou tarefa por um período prolongado de tempo.

Diante disso, percebe-se que o processo de atenção envolve um conjunto de habilidades e, portanto, a participação de várias estruturas do sistema nervoso, dentre elas a formação reticular, o tálamo, o sistema límbico e várias estruturas corticais e sub corticais.

A formação reticular é um dos sistemas mais importantes que garante as formas mais elementares da atenção, pois entre suas funções está o controle da atividade elétrica cortical, determinando, assim, os estados de sono e vigília. Segundo Machado (2004, p.197) esta ativação é feita por um feixe de fibras ascendentes que se projetam no córtex cerebral ativando-o, o chamado sistema ativador reticular ascendente (SARA). Sabe-se também que os impulsos nervosos que chegam ao sistema nervoso central pelos nervos espinhais e cranianos passam também à formação reticular ativando o SARA, dessa forma, essa região é caminho obrigatório para os estímulos sensoriais antes de atingir o córtex. Assim como a formação reticular recebe essas fibras, do córtex também saem conexões cortico–reticulares capazes de ativar a formação reticular mantendo assim a própria ativação cortical, este é o mecanismo que possibilita a inibição voluntária do sono.

Luria (1981, p.30) em seus estudos já dera grande destaque à formação reticular referindo-se à esta estrutura como uma rede nervosa capaz de transmitir a excitação de uma forma gradual, modulando pouco a pouco todo o estado do sistema nervoso. Além disso, ele já se referia aos sistemas reticulares ascendente e descendente como duas partes da formação reticular que :

Constituem um único sistema funcional verticalmente arranjado, um único aparelho auto-regulador construído segundo o princípio do “anel reflexo”, capaz de alterar o tono do córtex mas ele próprio também sob influência cortical, sendo regulado e modificado por mudanças que ocorram no córtex e adaptando-se prontamente às condições ambientais e ao curso da atividade. (LURIA, 1981, p.30).

Isto demonstra a importância da formação reticular como mecanismo de manutenção do tono cortical e regulação do estado funcional do cérebro sendo um fator determinante do nível de vigília.

Embora a função desempenhada pela formação reticular seja fundamental uma vez que mantém o estado de vigília, as formas mais complexas de atenção (voluntária ou involuntária), necessitam de outras condições e a participação de estruturas cerebrais superiores como o córtex frontal e ainda do sistema límbico (sistema relacionado fundamentalmente com a regulação dos processos emocionais, motivacionais e ainda do sistema nervoso autônomo). (MACHADO, 2004, p.280).

Segundo Luria (1981, p. 237) as estruturas hipocámpicas e o núcleo caudado foram identificados em vários trabalhos como envolvidos nos mecanismos de inibição de estímulos irrelevantes e de habituação a estímulos repetidos durante longos períodos de tempo, uma vez que lesões nessas áreas causavam problemas na seletividade do comportamento, significando um distúrbio da atenção seletiva.

Os lobos frontais do cérebro desempenham um papel completamente diferente dos já mencionados na organização da atenção. Para Luria (1981, p.243) “os lobos frontais desempenham um papel importante no aumento do nível de vigilância de um indivíduo quando ele estiver realizando uma tarefa, e que, assim, eles participam decisivamente nas formas superiores da atenção”, isso porque suas formações terciárias (especialmente o córtex préfrontal) são responsáveis pela programação, regulação e verificação da atividade humana, ou seja, as funções executivas.

Lent (2001, p. 585) apresenta um modelo que explicaria a operação das vias neurais da atenção envolvendo primeiramente o registro e análise perceptual, ocorrendo a seleção atencional precocemente, nos primeiros estágios da percepção ou tardiamente, e esse processo (associado à memória, ao raciocínio e a emoção) seria utilizado para orientar o comportamento humano.

4 IMPLICAÇÕES PEDAGÓGICAS DA TEORIA VIGOTSKIANA

Voltando-se para a dimensão pedagógica da teoria de Vigotski, destaca-se em primeiro lugar sua concepção de pedagogia como ciência da educação¹⁵. Enquanto tal, a pedagogia requer o cumprimento de objetivos específicos, quais sejam: **planejamento**, isto é, o estabelecimento claro e preciso de como organizar sua ação; **forma**, isto é, de quais procedimentos vai lançar mão e em que sentido; **estudo**, ou seja, o conhecimento de que leis está sujeito o desenvolvimento do aluno sobre o qual pretende agir.

Para cumprir tais tarefas, Vigotski aponta como necessária a integração da pedagogia com outras áreas do conhecimento, sejam as ciências biológicas ou as ciências filosóficas e normativas, encontrando-se a pedagogia na fronteira entre ambas. A autora deste estudo complementa, ampliando o espaço, em que Vigotski posiciona a pedagogia (da fronteira entre ciências biológicas e filosóficas), para um espaço de interseção entre estas ciências.

Vigotski argumenta que os seus estudos em psicologia podem contribuir para a pedagogia, afirmando que:

A psicologia não faculta diretamente nenhuma conclusão pedagógica. Mas como o processo educacional é um processo psicológico, o conhecimento dos fundamentos gerais da psicologia evidentemente ajuda a levantar cientificamente o assunto. (VIGOTSKI, 2001, p.10).

Complementa apontando o caminho: “a pedagogia deve discutir os objetivos e tarefas da educação, aos quais a psicologia pedagógica apenas dita os meios de realização” e por isso “cada sistema pedagógico deve ter seu sistema de psicologia pedagógica” (Vigotski, 2001, p.12-13).

Assim, entende-se como necessário trazer para este trabalho as teorias pedagógicas que subsidiam a ação do pedagogo, para que se estabeleça a relação entre elas e a teoria de Vigotski.

4.1 TEORIAS PEDAGÓGICAS

¹⁵ Vigotski utiliza o conceito de educação de Pavel Petrovitch Blonski (1884-1941), psicólogo e pedagogo soviético, segundo quem “educação é uma ação premeditada, organizada e longa sobre o desenvolvimento de determinado organismo”. (VIGOTSKI, 2001, p.1).

4.1.1 Teorias não críticas

Pedagogia Tradicional- herança deixada no século XVI pelos jesuítas que tinham como objetivo a transmissão da verdade divina, esta teoria pedagógica afirma-se a partir da consolidação da burguesia no poder em meados do séc XIX. A escola surge como possibilidade de transformar súditos em cidadãos ilustrados, ou seja, o antídoto à ignorância.(SAVIANI, 1999, p.17). Assim, tem como papel a transmissão do conhecimento acumulado pela humanidade e sistematizado logicamente.

A forma de organização da escola privilegia o professor como centro do processo, cuja função social é a transmissão do conteúdo.

Nesta concepção pedagógica, em síntese, a escola é organizada em classes onde o professor expõe a lição e os alunos atentamente o ouvem para depois reproduzir o “ensinado” através de exercícios; a avaliação é classificatória.

Escola Nova- como o modelo tradicional deixa a desejar no que se refere a atingir seu objetivo de universalização, as críticas a essa concepção pedagógica subsidiam a proposição de uma outra teoria, chamada escola nova ou pedagogia nova.

Esta teoria parte da crença no poder da escola e na sua função de equalização social, e para tanto entende a educação como forma de constituir uma sociedade “cujos membros, não importam as diferenças de quaisquer tipos, se aceitem mutuamente e se respeitem na sua individualidade específica”. (SAVIANI, 1999, p.20).

A concepção pedagógica escolanovista tem como modelo epistemológico o aluno como centro do processo, deslocando o eixo do diretivismo para o não-diretivismo; dos conteúdos para os métodos ou processos pedagógicos; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade. O professor é um facilitador da aprendizagem e a função social desta pedagogia é a forma como se busca o conhecimento, ou seja, o aprender a aprender.

Pedagogia Tecnicista- em face da exaustão do escolanovismo, uma vez que, enquanto teoria havia gerado esperanças na reforma da escola, mas que na prática não se mostrou tão eficaz gerando desilusão entre os educadores, articula-se, em meados

do século XX uma nova teoria educacional denominada pedagogia tecnicista, que compreende a escola como instrumento de qualificação dos trabalhadores. No Brasil, esta visa atender à política desenvolvimentista formando capital humano para a indústria emergente (meados dos anos de 1950) e foi eleita pelos militares como concepção pedagógica ideal.

Esta pedagogia parte do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, defende a reordenação do processo educativo de forma a torná-lo eficiente e operacional, transportando para o trabalho pedagógico os objetivos do trabalho fabril. (SAVIANI, 1999, p. 23).

Nesta concepção, os meios pedagógicos constituem o centro do processo ensino-aprendizagem, pois estes é que definem o que professor e aluno devem fazer. O que importa é o aprender a fazer, e sua função social é a busca da produtividade e eficiência.

4.1.2 Teorias críticas reprodutivistas

A visão crítica-reprodutivista surgiu a partir da tentativa de revolução cultural dos jovens, especialmente o movimento de maio de 1968 na França. Este movimento, que também se estendeu para o Brasil, pretendia fazer a revolução social a partir da revolução cultural. Em face do autoritarismo tecnocrático, na França e também no Brasil (que teve o componente militar que a França não teve), contudo, o objetivo do movimento de 68 não se concretizou, ensejando-se, assim, a elaboração das teorias críticas-reprodutivistas.

Estas teorias têm como fundamento a idéia que seria inevitável o fracasso do movimento de 68, uma vez que a cultura (englobando a educação) é um fenômeno superestrutural, e como tal é determinada pela base material (marxismo), portanto não tem o poder de alterá-la. (SAVIANI, 1986, p.15).

Dentre estas teorias destacam-se:

Teoria dos aparelhos ideológicos de Estado, de Louis Althusser (1918- 1990) - defende a tese da escola como o instrumento mais acabado de reprodução das relações de produção capitalistas, já que toma para si todas as crianças de todas as classes sociais e lhes inculca por anos a fio os saberes envolvidos na ideologia dominante.

Teoria da violência simbólica de Pierre Bourdieu (1930-2002) e Jean-Claude Passeron (1930) – admite que a violência simbólica está presente a todo poder que impõe significações como legítimas, dissimulando as relações de força que estão na base de sua própria força; a partir desta idéia, os autores situam a ação pedagógica institucionalizada (o sistema de ensino) como imposição arbitrária da cultura dos grupos ou classes dominantes aos grupos ou classes dominadas. (SAVIANI, 1999, p.29-30). Para os autores, “a função da educação é a de reprodução das desigualdades sociais” (SAVIANI, 1999, p.31) contribuindo, assim, para a reprodução social.

Teoria da escola dualista de Christian Baudelot (1938) e Roger Establet (1938) admite que apesar da aparência unitária e unificadora da escola, ela é dividida em duas grandes redes que correspondem à divisão da sociedade capitalista: a burguesia e o proletariado. Segundo Saviani (1999, p.39), estes autores entendem a escola como um instrumento da burguesia na luta ideológica contra o proletariado cuja ideologia tem origem e existência fora da escola. Dessa forma, ao invés de ser um instrumento de equalização social, a escola é marginalizadora, já que não possibilita ao trabalhador o acesso à cultura burguesa e ainda o arranca do movimento proletário externo à escola.

Estas teorias não contêm uma proposta pedagógica, mas preocupam-se em evidenciar o mecanismo de funcionamento da escola; além disso não oferecem subsídio para que o professor atue de forma crítica, já que este se encontra sempre no âmbito da reprodução das relações de produção, e conforme Saviani (1986, p.16) afirma, quanto mais o educador ignora que está reproduzindo, mais eficazmente ele reproduz.

Neste sentido, buscou-se uma saída teórica para esse impasse, ou seja, a busca de teorias críticas não-reprodutivistas.

4.1.3 Teorias críticas não- reprodutivistas

Várias teorias incluem-se entre as teorias críticas não-reprodutivistas como, por exemplo, a pedagogia libertária em que existe uma vinculação entre educação e luta, tendo a educação o objetivo de combater a ignorância e a miséria, bem como ser instrumento de atuação política e social contra as injustiças, as formas de opressão e exploração. A pedagogia libertadora tem como inspirador Paulo Freire (1921-1997) e tem como pressupostos a educação problematizadora, o conhecimento da realidade, o

processo de reflexão e crítica, tendo a escola o papel de questionar a realidade para que a partir da conscientização ocorra a transformação social.

No final da década de 1970 e início dos anos 80, com o advento da abertura política a pesquisa educacional buscou um substrato teórico que fizesse a análise do problema educacional dando conta das contradições que se apresentavam, bem como que possibilitasse a mudança da prática pedagógica de forma que esta pudesse se articular com os interesses populares e a transformação da sociedade.

Assim, configura-se em 1979 a **concepção histórico-crítica de educação**, expressão cunhada por Saviani, por entender que pedagogia dialética poderia gerar um entendimento idealista de dialética. (SAVIANI, 1986, p.17).

A teoria foi se desenvolvendo a partir dos trabalhos de vários educadores que passo a passo foram estabelecendo os elementos que dariam sustentação a esta concepção.

Estabeleceu-se a contradição como categoria chave em educação; a função política da educação; a necessidade da competência pedagógica para se realizar a função política transformadora; a necessidade da elaboração do saber que surge da prática social; a historicidade da produção do saber; enfim, elementos que constituíram uma teoria onde se busca “o caráter crítico de articulação com as condicionantes sociais que a visão reprodutivista possui, vinculado porém à dimensão histórica que o reprodutivismo perde de vista”. (SAVIANI, 1986, p.17).

Neste sentido, entende-se que a teoria psicológica de Vigotski dá suporte a essa teoria pedagógica, e na discussão das informações coletadas no trabalho de campo as aproximações se evidenciarão mais claramente.

5 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

Nas duas últimas décadas o TDAH saiu da obscuridade a partir da publicação de várias pesquisas (especialmente na área médica) e de sua exposição na mídia. Parecia que quase todo mundo ouviu falar em “hiperatividade”. Ainda hoje, contudo, a escola e a família são pegadas despreparadas quando “aquinhoadas” com uma criança TDAH.

O transtorno tem sido um dos temas mais pesquisados na área de psicopatologia infanto-juvenil e segundo Goldstein (2004, p. 1) é uma desordem biopsicossocial, uma vez que fatores biológicos, sociais e psicológicos contribuem para a manifestação e extensão do problema. Ballard (1997, p.1) por outro lado, descreve o TDAH como uma desordem biológica, onde a hereditariedade desempenha importante papel, e que pode ser exacerbado por fatores sociais.

O nome deste transtorno tem-se modificado no decorrer do tempo, sendo que a primeira referência à hiperatividade e desatenção apareceu na literatura não médica, em meados do século XIX (ROHDE; HALPERN, 2004, p.61). Na literatura médica, as primeiras descrições sobre crianças com sintomas de desatenção, impaciência, inquietação e indisciplina foram feitas por George Still, em 1902 (ROHDE; HALPERN, 2004, p.61; BENCZIK, 2002, p.21; SCHWARTZMAN, 2001, p.10) que denominou o problema como defeito de conduta moral.

Em 1940, o transtorno passou a ser designado como Lesão Cerebral Mínima, isto porque evidências (relação com desordens pós- encefalíticas de comportamento na infância) indicavam que o sistema nervoso central das crianças que apresentavam sintomas parecidos com aqueles causados por alguma infecção cerebral tivesse sofrido um dano em algum momento. (SCHWARTZMAN, 2001, p.11).

Em 1962, a designação Lesão Cerebral Mínima foi substituída por Disfunção Cerebral Mínima, uma vez que as hipóteses de lesão não se confirmaram (BENCZIK, 2002, p.23), e o comportamento das crianças (considerando-se as dificuldades escolares; dificuldades de atenção, percepção, memória, coordenação; hiperatividade; impulsividade; agressividade) passou a ser relacionado a alguma disfunção cerebral. Atribuía-se “uma relação muito consistente entre as dificuldades de aprendizagem e o comportamento hiperativo (...) o modelo médico ainda privilegiava o quadro comportamental, enquanto que o modelo pedagógico privilegiava o aspecto da aprendizagem.”(SCHWARTZMAN, 2001, p. 13).

Na década de 1970, os sistemas classificatórios começaram a definir o transtorno dando ênfase à hiperatividade e considerando a atividade motora excessiva como sintoma principal do distúrbio. Assim, a segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-II) proposto pela Associação Americana de Psiquiatria e a nona edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) proposta pela OMS introduziram o termo Hiperatividade para descrever o transtorno; no primeiro Reação Hiperativa e no segundo Síndrome Hiperativa.

Nos anos de 1980, como as pesquisas começaram a identificar alguns aspectos cognitivos do transtorno, mais especificamente o déficit de atenção e a impulsividade, o DSM- III alterou a nomenclatura para Distúrbio do Déficit de Atenção ressaltando os aspectos cognitivos da definição da síndrome, principalmente o déficit de atenção e a falta de autocontrole ou impulsividade. Em sua revisão em 1987, o DSM-III R voltou a enfatizar a hiperatividade e alterou o nome para Distúrbio de Hiperatividade com déficit de atenção. (BENCZICK, 2002, p.23; WERNER JUNIOR, 1997, p.83).

Atualmente, os sistemas internacionais utilizam nomenclaturas diferentes, o CID-10 (1993) de Transtorno Hiperativo e o DSM-IV (1994) de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

A prevalência do TDAH na população situa-se entre 1% (Inglaterra) e 9 % (Taiwan) (GOLFETO; BARBOSA 2003, p.13). Nos Estados Unidos, o TDAH acomete cerca de 3 a 6 % das crianças em idade escolar (ROHDE, 2003, p.12; BENCZIK, 2002, p.23; BALLARD, 2004, p.1).

No Brasil, os estudos realizados referem em 3% e 17%, dependendo da metodologia utilizada. Barbosa (1994, p.452), através do questionário de Connors (versão para pais e professores), encontrou uma prevalência de 3,3%. Freire e Pondé (2005, p.476) realizaram um estudo piloto em escolas da rede pública e privada de Salvador (BA), utilizando a Escala de TDAH (versão para professores) e encontraram prevalências entre 0,6% e 5,3% dependendo do tipo de TDAH. Vasconcelos, Werner Júnior, Malheiros et al (2003, p.69) em pesquisa realizada em uma escola pública primária encontraram uma prevalência de 17,1%; Guardioli, Fuchs e Rotta (2000, p.406) realizou um estudo em Porto Alegre (RS) e referiu duas taxas de prevalência, uma de 18% utilizando os critérios do DSM-III-R e outra de 3,5% utilizando critérios neuropsicológicos; Rohde, Biederman, Busnello, et al (1999) em uma pesquisa também

realizada em Porto Alegre, com adolescentes entre 12 e 14 anos, usando como instrumento uma escala baseada no DSM-IV, encontraram uma prevalência estimada em 5,8%. Admite-se que a grande variação obtida na estimativa da prevalência do TDAH no Brasil decorra das diferentes metodologias utilizadas, tais valores, contudo, são compatíveis com os obtidos em pesquisas internacionais.

No que se refere ao gênero, pesquisas clínicas apontam uma proporção de nove meninos para uma menina com TDAH, enquanto os estudos populacionais indicam quatro meninos para cada menina. Andrade, Scheuer, Ribeiro et al (2001, p.98) realizaram um estudo sócio-demográfico com crianças atendidas no Ambulatório para Distúrbios Hiperativos e Déficit de Atenção (ADHDA) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e em relação ao sexo encontraram a proporção referida pela literatura, ou seja, de 2 a 9 vezes mais meninos do que meninas, sendo a diferença menor quando são observadas crianças com TDAH sem hiperatividade. Golfeto e Barbosa (2003, p.25-26) discutem esses dados e de outras pesquisas quanto a prevalência do TDAH ser maior nos meninos, apontando como possível causa dessa diferença o fato das meninas apresentarem principalmente o tipo predominantemente desatento, o que implicaria numa manifestação clínica de menor impacto para as meninas, interferindo assim no cálculo da prevalência entre os sexos. Os critérios diagnósticos deste tipo ou subtipo de TDAH serão discutidos no item 5.2.

5.1 ETIOLOGIA

A etiologia do transtorno é multifatorial, ou seja, enquanto fenótipo o TDAH resulta da interação de vários fatores ambientais e genéticos que atuam na manifestação de seus diversos quadros clínicos. (ROMAN; SCHMITZ; POLANCZYK, 2003, p.35).

A heterogeneidade clínica evidencia também a complexidade dos processos biológicos envolvidos no TDAH.

Segundo Riesgo e Rohde (2004, p.338) as bases neurobiológicas do TDAH assentam-se em “um tripé formado por: a) imaturidade cerebral (visão neuromaturacional); b) sistemas atencionais anterior e posterior (visão anátomo-funcional); c) neurotransmissores envolvidos (visão neuroquímica).

Em relação à imaturidade emocional, segundo estes autores, alguns eventos pré

ou perinatais como, por exemplo, o baixo peso ao nascer, a exposição a álcool ou cigarro durante a gestação, aumentam o risco para o desenvolvimento do TDAH. E acrescentam que existem evidências que o TDAH esteja associado “a uma permanência de imaturidade, ou melhor, de “ilhas de imaturidade”, em um curso maturacional normal e progressivo, mas um pouco mais lento em determinados setores”. (RIESGO; ROHDE, 2004, p.338).

Como já visto no capítulo anterior, a visão anátomo-funcional inclui um circuito neural com dois sistemas atencionais, um anterior e um posterior. O primeiro é mais encarregado das funções executivas, estas incluem uma classe de atividades altamente sofisticadas que compreendem os processos responsáveis “por focalizar, direcionar, regular, gerenciar e integrar funções cognitivas, emoções e comportamentos, visando à realização de tarefas simples de rotina e também, principalmente, à solução ativa de problemas novos”. (MATTOS; SABOYA; KAEFER et al, 2003, p.66). Este circuito envolve a região pré-frontal e suas conexões subcorticais e parece ser dopaminérgico, ou seja, ativado pelo neurotransmissor dopamina. O segundo sistema atencional envolve vários componentes quais sejam, a região parietal posterior, colículos superiores, tálamo, *locus ceruleus*. Riesgo e Rohde (2004, p.339) salientam que apesar da importância desses dois sistemas na neurobiologia do TDAH, “ainda são muito escassas as demonstrações diretas das suas relações recíprocas no transtorno”.

Quanto à neuroquímica, a maioria das estruturas recebe influência concomitante de mais de um neurotransmissor. As primeiras teorias referentes à neuroquímica do TDAH apontavam para o metabolismo das catecolaminas. Atualmente, as pesquisas caminham para o estudo das teorias dopaminérgica e noradrenérgica, sendo que estudos recentes indicam a importância do sistema serotoninérgico no TDAH.(SZOBOT; STONE, 2003, p.56).

No que se refere ao estudo da genética do TDAH, estudos epidemiológicos mostram a recorrência familiar, e conforme Todd (2000, p.241) o risco da recorrência do TDAH entre pais e irmãos é cerca de cinco vezes maior que a prevalência na população; estes dados foram obtidos a partir de estudos com famílias, realizados com gêmeos e adotados. (TODD, 2000, p. 241; ROMAN; HALPERN, 2004, p. 62). No caso dos gêmeos, encontrou-se concordância para a patologia significativamente maior para gêmeos monozigóticos do que entre dizigóticos, e em relação aos adotados, a frequência do

TDAH é significativamente maior entre os pais biológicos de crianças afetadas do que entre os pais adotivos. Estes estudos apontam, além da recorrência familiar, para uma herdabilidade¹⁶ bastante alta para o transtorno, sendo que as investigações sugerem que a genética do TDAH possa ser determinada por vários genes de pequeno efeito, o que tem motivado vários estudos com genes candidatos.

O principal alvo destas pesquisas são os genes que codificam componentes dos sistemas dopaminérgico, noradrenérgico e, mais recentemente serotoninérgico, uma vez que dados de estudos neurobiológicos sugerem fortemente o envolvimento desses neurotransmissores na patofisiologia desse transtorno. (ROMAN; ROHDE; HUTZ, 2002, p.197).

Embora esses trabalhos demonstrem a existência de uma contribuição genética substancial para a ocorrência do TDAH, não evidenciaram nenhum gene como necessário ou suficiente para o desenvolvimento do transtorno, fato que, segundo os autores, pode ser explicado pela alta complexidade clínica do TDAH.

Tal complexidade estaria associada a interação entre os vários genes de pequeno efeito entre si e o ambiente, já que estudos demonstram participação importante no surgimento e manutenção do TDAH na presença de desentendimentos familiares, presença de transtornos mentais nos pais, classe social baixa, criminalidade dos pais (ROHDE, HALPERN, 2004, p.62). Benczik (2002, p.32) refere ainda fatores ambientais como alcoolismo e fumo na gestação, sofrimento fetal, exposição ao chumbo, mas ressalta que as relações de causa e efeito não foram confirmadas em nenhuma dessas hipóteses.

5.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico; caracteriza-se por três sintomas clássicos: desatenção, hiperatividade e impulsividade.

O DSM-IV descreve alguns sintomas que são utilizados como critérios no diagnóstico do TDAH, conforme descritos na Tabela 1.

Com base nesses critérios, o DSM-IV apresenta a seguinte codificação:

Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade Tipo Combinado: se tanto o critério A1 quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

¹⁶ A herdabilidade pode ser entendida como uma medida estatística expressa como um percentual que representa a extensão em que os fatores genéticos contribuem para variações, em um dado traço, entre os membros de uma população (BORGES-OSÓRIO; ROBINSON, 2001, p.149).

Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade Tipo Predominantemente

Desatento: se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Tipo Predominantemente

Hiperativo-Impulsivo: se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

O CID-10, como já referido, utiliza nomenclatura diferente – **Transtornos Hipercinéticos-** apesar de assumir a desatenção como sinal cardinal do transtorno.

Tabela 1- Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas
- i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- e) está freqüentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”
- f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

- g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

Tabela 1- Critérios diagnósticos do TDAH segundo DSM-IV (Continuação)

h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez

i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos dos outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).

FONTE: Rotta e Freire (2005, p.152-153).

Como o diagnóstico do TDAH é clínico, embora seus sinais possam ser detectados precocemente pelo pediatra que acompanha a criança, é essencial o conhecimento da história do sujeito, a partir da observação dos pais, dos professores, e da própria criança já que na maioria das vezes esta não apresenta sintomas característicos do TDAH durante a consulta médica.

As características gerais da história da criança com TDAH aparecem resumidas na Tabela 2. (ROHDE; HALPERN, 2004, p.67).

O diagnóstico do TDAH envolve também outras avaliações complementares com outras especialidades médicas e ainda outros profissionais. É necessário, logo de início avaliações auditivas e visuais, uma vez que déficits nessas capacidades podem provocar dificuldade de atenção. Além disso, é de grande importância a avaliação neurológica, para que se excluam outras possíveis patologias.

Possa, Spanemberg e Guardiola (2005, p.482) ; Souza, Serra, Mattos et al (2001, p.403) revelam alta comorbidade (ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo) entre TDAH e outros transtornos psiquiátricos, e entre os assim chamados transtornos de aprendizagem que de acordo com o DSM IV englobam os transtornos de leitura (dislexia), transtornos de matemática (discalculia) e transtornos de expressão escrita (disgrafia). Rohde e Halpern (2004, p.66) apontam uma taxa de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e

transtorno opositor desafiante) entre 30 a 50 %; com a depressão por volta de 15 a 20%; com os transtornos de ansiedade em torno de 25 % e com transtornos de aprendizagem por volta de 10 a 25.

Tabela 2 – História clássica do TDAH

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

FONTE: Rohde e Halpern (2004, p,67).

Segundo Mattos (2005, p.56-60) além dos sintomas do transtorno, em mais de 50% dos casos existem comorbidades, destacando-se entre elas: 1) transtorno desafiante de oposição (TOD), que se caracteriza por comportamento desafiador e opositivo (conforme o nome sugere) em relação a figuras de autoridade; 2) transtorno de conduta (TC), que se caracteriza pelo padrão de comportamento no qual se desrespeita os direitos básicos dos outros (mentiras, roubos, crueldade com animais, entre outros); 3) abuso de substâncias psicoativas e álcool - em geral o abuso destas substâncias relaciona-se com o maior comprometimento funcional nas áreas acadêmicas, social e profissional; 4) transtorno de humor-depressão e transtorno bipolar sendo que o primeiro caracteriza-se por tristeza, irritação, perda de interesse por atividades habitualmente prazerosas, fadiga fácil, insônia ou hipersônia, enquanto que o transtorno bipolar caracteriza-se pela presença de humor exaltado, euforia alternando-se com momentos de depressão (especialmente em crianças); 5) transtornos de ansiedade, que se caracterizam por medos ou preocupações excessivas que comprometem a vida

acadêmica, social e familiar; 6) transtornos de tiques que se caracterizam pela realização de movimentos ou sons vocais repentinos, rápidos, não rítmicos, estereotipados; 7) transtornos de aprendizado, não se considerando aqui as dificuldades primárias decorrentes das próprias características do TDAH (desatenção e impulsividade) e que erroneamente são designadas como transtornos de aprendizagem.

A presença de comorbidades em geral sugere um maior grau de prejuízo, pior prognóstico, e freqüentemente uma persistência de problemas ao longo do tempo.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do correto diagnóstico no TDAH, uma vez que a presença de comorbidades vai ensejar condutas diferentes no tratamento. Conforme Mattos (2005, p.56) há uma tendência em se negligenciar os quadros comórbidos no tratamento do TDAH, quando o mesmo é realizado apenas pelo neuropediatra; a ação de equipes multidisciplinares concorre para mudar esta situação.

Assim, evidencia-se a importância da participação da escola no diagnóstico do TDAH. Entre as várias escalas disponíveis para ser preenchidas por professores, as mais utilizadas são: a escala de Conners (BARBOSA, 1994); a escala de problemas de atenção; a ficha de relato dos professores; o inventário de comportamentos da infância e da adolescência, e a escala de Swanson, Nolan e Pelham (SNAP-IV). (MARTINS; TRAMONTINA; ROHDE, 2003, p.156). Estes instrumentos serão abordados mais detalhadamente no decorrer do estudo.

A partir do momento que se reúne as várias informações e se estabelece o diagnóstico de TDAH, todas as pessoas envolvidas com a criança precisam ser educadas sobre o TDAH. Os pais precisam conhecer o transtorno e aprender como interagir com seus filhos; a criança deve receber informações apropriadas à sua idade; as pessoas que convivem com a criança (irmãos, avós, tios, primos, babás) precisam saber mais sobre o distúrbio além das informações divulgadas pela mídia, que muitas vezes não são corretas e acabam mais prejudicando do que ajudando.

Rohde (2002, p.1133) destaca que nas culturas latinas as desordens do comportamento são relacionadas com a falta de habilidade dos pais em educar as crianças, salientando a importância de discussões claras e abertas com os familiares das crianças com TDAH sobre os modernos aspectos da neurobiologia do transtorno.

Os professores assim como os profissionais da saúde devem conhecer os sintomas, as possíveis causas, os prognósticos, e as formas mais adequadas de intervenção para o desenvolvimento da criança.

É importante que se saiba que TDAH não tem cura, e que a melhor qualidade de vida da criança, adolescente ou ainda adulto com TDAH vai depender da colaboração daqueles com quem convive, e para isso é necessário que estes aprendam o máximo que puderem sobre o transtorno.

5.2.1 Escalas de diagnóstico e de classificação

A utilização de escalas para diagnóstico do TDAH já é consagrada na literatura internacional sendo muito úteis como ferramentas auxiliares no processo do diagnóstico, uma vez que, como já foi dito, este é essencialmente clínico.

No que se refere aos instrumentos de triagem do TDAH, os critérios diagnósticos do DSM-IV têm sido utilizados como o primeiro passo para o diagnóstico. No entanto, existem várias outras escalas também são utilizadas de forma a contribuir no processo de diagnóstico.

Uma escala utilizada mundialmente é a “Conners Teacher’s Rating Scale” ou escala Conners para pais e professores cuja versão abreviada foi validada por Barbosa (1994) em pesquisa realizada com escolares em João Pessoa, Paraíba.

A escala de Conners possui duas versões -uma original e uma abreviada- a primeira possui 93 itens agrupados em oito fatores na versão para pais, e 39 itens na versão para professores; a forma abreviada (que foi objeto de validação) apresenta 40 itens para professores e 42 itens para pais (Anexo A). As perguntas descrevem características comportamentais de crianças que devem ser avaliadas dentro de 4 opções: nunca – 0; às vezes- 1; freqüentemente – 2 e sempre-3. A versão para pais totaliza 126 pontos e a dos professores 120 pontos, sendo que os valores de corte de 59 para pais e de 63 para professores (BARBOSA, 1994, p.451). O autor conclui pela pertinência da utilização dessa escala para avaliar crianças com transtornos hiperativos (nomenclatura usada por ele), ressaltando que “este procedimento isolado não constitui um meio para o diagnóstico” (BARBOSA, 1994, p.453).

A SNAP-IV elaborada por Swanson, Nolan e Pelham na Universidade da Califórnia também é muito utilizada no Brasil em versão abreviada. Inclui 26 sintomas pontuados numa escala de gravidade de 4 pontos, sendo que se obtém um escore para cada subescalas (desatenção, hiperatividade/impulsividade e oposição/ desafio). (KNAPP; ROHDE; LYSKOWSKI; JOHANNPETER, 2002, p.137). (Anexo B).

Benczik (2000, p.23), por outro lado, elaborou uma escala de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade para professores (Anexo C) que tem como objetivo subsidiar a avaliação psicológica a partir da avaliação dos sintomas primários (desatenção e hiperatividade) e dos sintomas secundários (incidentes no ambiente escolar, problemas de aprendizagem e comportamento anti-social). O estudo de Benczik também pretende monitorar os efeitos das intervenções (psicológica, psicopedagógica e medicamentosa) na escola e revelar as diferenças individuais dos comportamentos de crianças que manifestam TDAH antes, durante e depois do tratamento.

Na avaliação de adultos, além dos critérios do DSM-IV também se utiliza outros instrumentos, entre eles: a lista de verificação de sintomas Copeland para transtornos com déficit de atenção- que avalia a presença dos sintomas e em que grau e quais áreas de função estão mais afetadas; a “Brown ADD Scale” ou escala de déficit de atenção Brown, que explora os aspectos da função executiva da cognição associados ao TDAH; a “Wender-Reimherr Adult Attention Déficit Disorder Scale” (WRAADS) ou escala de déficit de atenção em adultos Wender- Reimherr que mede os sintomas do TDAH em adultos em sete categorias: dificuldades de atenção, hiperatividade/inquietação, temperamento, labilidade afetiva, hiper-reatividade emocional, desorganização e impulsividade; a “Adult ADHD Self-Report Scale” (ASRS) ou escala de auto-avaliação de adultos, que tem 18 itens e pode ser utilizada para que o próprio indivíduo responda de forma a identificar aqueles prováveis portadores de TDAH. (ADLER; COHEN, 2005, p.4).

5.2.2 Avaliação neuropsicológica do TDAH

A avaliação neuropsicológica do TDAH pode contribuir de forma significativa com seu diagnóstico e prognóstico, seja fornecendo dados complementares que auxiliem o diagnóstico e o prognóstico, ou ainda elaborando uma intervenção a partir do perfil cognitivo traçado.

A atenção e as funções cognitivas são os domínios que se encontram mais comprometidos no TDAH. Vários estudos eletrofisiológicos realizados com macacos e relatados por Lent (2001, p. 570) revelaram que a resposta neuronal no estudo da percepção visual é influenciada e dependente do nível de atenção do indivíduo, o que se torna de grande importância no caso da aprendizagem dos sujeitos com TDAH, uma vez

que estes sujeitos apresentam uma disfunção cuja característica principal é a dificuldade na manutenção da atenção concentrada, o que implicaria, segundo estes estudos, em diminuição da capacidade de percepção visual, função importante na aprendizagem.

Alfano (2005, p.90-93) propõe uma avaliação que, em primeiro lugar, identifique quais aspectos da atenção são mais difíceis para o portador do transtorno. Assim, em primeiro lugar, através de testes específicos para a atenção, avalia-se a capacidade de focalizar um determinado estímulo, na presença de outros distratores (seletividade); a capacidade de atender simultaneamente duas ou mais demandas diferentes (divisão); a capacidade de alternar entre atividades ou estímulos diferentes, sucessivamente (alternância); e a capacidade de manter atenção ao longo do tempo (sustentação).

Os lobos frontais participam na regulação dos processos de ativação que estão na base da atenção voluntária, confirmando o que as pesquisas atuais revelam quando se referem ao TDAH como um transtorno disexecutivo (RIESGO; ROHDE, 2004, p.342; MATTOS et al, 2003, p.65; ALFANO, 2005, p.91; MATTOS, 2002, p.321; MATTOS, 2005, p.55)

Os substratos neurais das funções executivas compreendem os circuitos frontais que envolvem a região frontal e especialmente a pré-frontal e suas conexões com o córtex posterior e com as áreas subcorticais (MATTOS, 2002, p.322); quando se diz que o lobo frontal é responsável pela função executiva não significa que seja encarregado de funções de execução, mas sim que tem como responsabilidade o controle da ação por antecipação, a escolha dos objetivos a serem atingidos, o planejamento, a seleção adequada (inibição de outras respostas), a verificação dos resultados atingidos (GIL, 2002, p.158), funções que, em geral, são deficitárias no portador do TDAH.

Conforme Machado (2004, p.271) a área pré-frontal está envolvida em várias funções, e dentre elas a manutenção da atenção, uma vez que estudos apontaram distração e dificuldade de concentração e de fixação voluntária da atenção em casos de lesão pré-frontal; a área também é responsável pelo estabelecimento e alterações de estratégias comportamentais adequadas à situação física e social do sujeito, bem como ao controle do comportamento emocional, funções estas que de maneira direta ou indireta relacionam-se com os sintomas do TDAH.

Em relação às funções cognitivas, Alfano (2005, p.92) propõe a aplicação do Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ou teste Wisconsin de classificação de cartas, -um teste de associação a partir de critérios (cor, forma, número) no qual o examinando deve descobrir qual o critério que foi utilizado pelo examinador e acrescentar um cartão-alvo aos quatro apresentados pelo neuropsicólogo-, e o teste das Torres (diversas variações e versões), sendo as mais usadas a Torre de Londres e Torre de Hanói, em que o examinando deve fazer transferências de bolas de cores diferentes de uma barra vertical para outra, podendo usar uma terceira barra para isso, com o menor número de movimentações possíveis (o teste requer planejamento, monitoração e é incompatível com o comportamento impulsivo).

Amaral e Guerreiro (2001, p. 885) propuseram como instrumentos de avaliação neuropsicológica a 3ª versão da “Wechsler Intelligence Scale of Children (WISC III) ou escala Wechsler de inteligência; o WCST; o Teste de Cancelamento (TC); o “Color Trail Test” (CTT); teste de evocação seriada (reversa para números); e teste de desempenho escolar.

Cabe ressaltar mais uma vez que a avaliação neuropsicológica é apenas uma ferramenta, contribuindo muito para o diagnóstico diferencial, avaliação de comorbidades e o planejamento terapêutico.

5.2.3 Intervenções

Enquanto transtorno biopsicossocial, o tratamento do TDAH requer uma abordagem múltipla, envolvendo intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Dessa forma, o tratamento deve envolver os pais e familiares, a criança, a escola, os profissionais da saúde e de apoio pedagógico e o tratamento medicamentoso.

Embora o Transtorno tenha sido objeto de muitas pesquisas nos últimos anos, Benczik destaca que:

A realidade parece demonstrar que nem os pais, nem o sistema educacional e nem mesmo os profissionais de saúde mental estão preparados para lidar adequadamente com uma criança com TDAH, iniciando pelo diagnóstico correto para posteriormente fornecer encaminhamentos e acompanhamentos que se fizerem necessários a fim de se atender às suas necessidades, sejam estas afetivas, educacionais e sociais. (BENCZIK, 2000, p.16).

5.2.3.1 No âmbito familiar

A família deve receber informações claras e precisas sobre o transtorno; num primeiro momento pelo médico. Estas informações devem compreender o entendimento do que é o TDAH e de suas causas biológicas, para que a família possa compreender o comportamento do sujeito com TDAH e assim se dispôr a implementar estratégias que o ajudem em relação ao desempenho escolar ou ao comportamento social.

Um programa de treinamento com os pais (treinamento parental) é, muitas vezes, fundamental para que estes aprendam a interagir com seus filhos. Dentre as estratégias essenciais para o sucesso do tratamento, é necessário que os pais aprendam a fazer a distinção entre desobediência e incompetência, pois dessa forma serão capazes de reduzir as punições, orientando a criança para o desenvolvimento de comportamentos desejáveis. (BENCZIK, 2002, p.78).

A auto-estima é um problema crucial para o sujeito com TDAH; a mudança de comportamento dos pais a partir do conhecimento do transtorno pode ser o primeiro passo na reconstrução da auto-estima da criança, pois:

Não raramente, somente com informações a respeito da condição do filho e com a compreensão de que aquele comportamento que vinha sendo considerado até então como proposital ou decorrente de uma personalidade perturbada depende, na verdade, de uma disfunção do sistema nervoso central, já poderá haver sensível melhora na relação dos pais com a criança, com repercussões muito positivas em vários sentidos. Compreendendo que boa parte das reações da criança é involuntária e difícil ou impossível de ser contida, os pais poderão tornar-se mais tolerantes. A criança passará a ser menos admoestada e poderá, talvez, começar a reconstruir sua auto-estima. (SCHWARTZMAN, 2001,p.72).

Quando os pais mudam o foco de visão em relação à criança, deixando de qualificá-la como relaxada, preguiçosa, irresponsável e passam a destacar suas competências, inteligência, e outros pontos positivos, estão contribuindo para melhorar a sua auto-estima e conseqüentemente garantindo o seu adequado desenvolvimento.

É necessário também que os pais recebam informação sobre o tratamento medicamentoso, para que junto com o médico possam decidir sobre a possibilidade ou não de seu uso.

É importante ainda, segundo Cypel (2003, p.75) que os pais saibam que não podem esperar que comportamentos alterados e cristalizados há muito tempo se

modifiquem da noite para o dia; é preciso persistência e dedicação para vencer esta batalha.

5.2.3.2 Psicoterápicos

Rohde e Halpern (2004, p.68); Benczik 2002, p.91); Knapp, Lykowski, Johannpeter et al (2003, p.183) referem ser a terapia cognitivo comportamental utilizada no tratamento do TDAH.

Segundo Knapp, Lykowski, Johannpeter et al (2003, p.184) a distinção entre a abordagem cognitiva e a dita comportamental, pode ser assim percebida:

Na **abordagem cognitiva** incluem-se a educação para as crianças, pais e professores sobre o transtorno; a auto-instrução da criança através da fala interior (a criança com TDAH muitas vezes apresenta este desenvolvimento alterado); a resolução de problemas (a estratégia mais utilizada busca levar a criança a pensar antes de agir e avaliar todas as possibilidades diante de uma situação ou problema); o automonitoramento e a auto-avaliação (a fim de que aprenda a avaliar seu comportamento e atitudes como forma de reforçar seu autocontrole); e ainda o planejamento através de cronogramas (de forma que a criança aprenda a planejar suas atividades futuras e o tempo que dispõe para elas).

Na **abordagem comportamental**, propõe-se intervenções como o sistema de fichas (que visa premiar as respostas e atitudes adequadas da criança), o custo da resposta (a retirada de pontos atribuída a comportamentos inadequados), as punições (por exemplo a retirada da criança do grupo por algum tempo), as tarefas de casa (para que exercitem o que estão aprendendo na terapia) e a modelação e as dramatizações (que têm como objetivo apresentar um modelo para a resolução de um problema).

Embora a terapia cognitiva-comportamental seja a mais utilizada, não se pode dizer, contudo, que alcancem os resultados desejados; segundo Rohde e Halpern (2004, 68) sua eficácia não é maior que o tratamento apenas medicamentoso:

Dentre os tratamentos comportamentais, o treinamento parental parece ser a modalidade mais eficaz. Entretanto, os resultados do MTA (ensaio clínico multicêntrico elegantemente desenhado que acompanhou 579 crianças com TDAH por 14 meses, divididas em quatro grupos: tratamento apenas medicamentoso, apenas psicoterápico comportamental com as crianças e orientação aos pais e professores, abordagem combinada e tratamento comunitário) demonstram claramente uma eficácia superior da medicação nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à

abordagem psicoterápica e ao tratamento comunitário¹⁷. A abordagem combinada (medicação + abordagem psicoterápica comportamental com as crianças e orientação para os pais e professores) não resultou em eficácia maior nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem apenas medicamentosa. (ROHDE; HALPERN, 2004, p.68).

Schwartzman (2001, p.96) afirma que, em princípio, a psicoterapia não é uma forma de tratamento no TDAH, embora reconheça que possa ser útil com crianças que apresentem problemas comportamentais importantes.

Para Cooper (2005, p.131) existem controvérsias em relação ao aconselhamento psicológico uma vez que, algumas “pesquisas mostraram que os sintomas centrais do TDA- ou seja, a concentração prejudicada, a impulsividade e a hiperatividade- não respondem ao aconselhamento nem à psicoterapia.”(COOPER, 2005, p.132).

Benczik (2002, p.91), por outro lado, reconhece que apesar de úteis as estratégias cognitivo-comportamentais não cobrem todos os aspectos e demandas da criança com TDAH , destacando que:

A experiência clínica tem mostrado que o melhor modelo de psicoterapia para crianças com TDAH é o modelo integrado. As estratégias cognitivo-comportamentais somadas aos recursos de outras estratégias psicoterápicas parecem atingir bons resultados. A psicoterapia individual parece ser uma intervenção efetiva dentro do plano de tratamento. (BENCZIK, 2002, p.91).

Esta autora aponta ainda as questões básicas que podem ser tratadas na psicoterapia: conscientização sobre o TDAH e a identificação das dificuldades diárias causadas pelo transtorno; desenvolvimento de habilidades como saber ouvir, brincar cooperativamente, esperar sua vez para falar ou jogar; o desenvolvimento do autocontrole, entre outras.

Souza, Pereira, Rocha et al (2002, p.136) avaliaram o efeito da intervenção psicomotora no TDAH através de um estudo de caso, concluindo que a referida intervenção promoveu benefícios à criança, no entanto, o estudo conclui pela importância de se estabelecer um programa de tratamento multidisciplinar que envolva além da equipe terapêutica, a família, e a escola.

¹⁷ Tratamento comunitário refere-se ao tratamento com o médico escolhido pelos pais, com uma ou duas visitas curtas durante o ano e sem interação entre médico e professores.

5.2.3.3 No âmbito escolar

A escola está voltada para o trabalho com as crianças “normais”, ou seja, aquelas que têm um desempenho e comportamento dentro da média. Quando se depara com uma criança com TDAH se vê diante de um problema, pois esta criança em geral rompe com a harmonia da sala, interferindo no trabalho do professor e na atividade dos outros alunos.

A criança hiperativa tem um forte efeito sobre o comportamento do professor em relação à classe como um todo. Os estudos mostram que as interações negativas globais entre professores e todas as crianças da classe eram maiores em classes com crianças hiperativas que tinham problemas significativos. Os professores das crianças hiperativas muitas vezes são mais objetivos e restritivos em suas interações, não apenas com essas crianças, mas também com as outras crianças da classe. Além disso, a ocorrência de conflitos entre as outras crianças também parece ser maior quando não se lida com a criança hiperativa de uma maneira eficiente. (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1994, p.109).

Rohde e Benczik (1999, p.83) destacam que “o professor tem papel fundamental no processo de aprendizagem e na saúde mental de crianças e adolescentes com TDAH.” Por outro lado, Goldstein e Goldstein apontam que:

É também importante lembrar que da mesma forma que nossos filhos são únicos e diferentes, também o são os professores. Eles também são seres humanos. Portanto nenhum conjunto isolado de diretrizes e sugestões funcionará para todos os professores e com todas as crianças hiperativas. Isso é uma questão de comodidade, personalidade e ajuste. Muitas vezes, há necessidade de se tentar várias intervenções diferentes antes de se conseguir algum sucesso. (GOLDSTEIN; GOLDSTEIN, 1994, p.112).

Embora os sintomas do TDAH já apareçam na idade pré-escolar, é na fase escolar que as dificuldades vão se manifestar seja em termos do desempenho acadêmico ou na interação com as pessoas.

A intervenção psicopedagógica em vários casos se faz necessária, pois a criança com TDAH, muitas vezes, está atrasada, em termos de conteúdo teórico, em relação às outras crianças.

As crianças com TDAH em geral apresentam pouca motivação, desenvolvimento lento na capacidade de empregar e manter a atenção seletiva, dificuldades para organizar estruturas hierárquicas de atividades de processos mentais, dificuldade em

reter informações específicas, enfim, é observada uma discrepância entre o potencial intelectual e a realização acadêmica da criança, gerando o fracasso escolar. (BENCZIK, 2002, p.44).

Além disso, a criança com TDAH apresenta comportamentos impulsivos e hiperativos, não parando quieta, perturbando os colegas e o trabalho da professora, perdendo materiais, tendo uma caligrafia desleixada, levando ao professor a interpretar esse comportamento como desleixo, preguiça e desobediência.

O dever escolar ocupa grande parte do seu tempo, e ainda assim esquece tarefas importantes, faz as tarefas rapidamente sem se importar com os erros, ou é extremamente lenta porque interrompe os deveres a todo momento.

Assim, considerando-se as várias interfaces que se estabelecem na questão escolar da criança com TDAH, pode-se considerar alguns pontos como essenciais para que se consiga maiores progressos com essa criança, dentre eles:

É de fundamental importância que a escola seja aberta à diversidade e, portanto, capaz de lidar com os vários ritmos de aprendizagem; é preciso que se disponibilize a romper modelos rígidos, adequando recursos e metodologias às necessidades individuais dos alunos. Para tanto, o número de alunos em classe deve ser reduzido (de preferência nunca superior a 20 crianças).

Além disso,

É aconselhável escolher uma escola que tenha a preocupação com o desenvolvimento global do aluno, em vez de uma que vise a algum tipo específico de sucesso-acadêmico, artístico, esportivo. A escola que melhor atende as necessidades dos portadores de TDAH é aquela cuja preocupação maior esteja em desenvolver o potencial de cada um, respeitando as diferenças individuais, reforçando seus pontos fortes e auxiliando na superação dos pontos fracos, pois eles precisam de apoio e intervenção psicopedagógicas mais intensos. (BENCZIK; BROMBERG, 2003, p.204).

Satisfeitas estas recomendações, é importante que a escola conheça sobre o transtorno; se pouco souber, é essencial que demonstre interesse em aprender e esteja disponível para isso.

Dessa forma, será possível estabelecer uma relação de parceria entre família e escola, para que juntos, e apoiados nos profissionais de saúde mental possam decidir as estratégias que se adequarão melhor à criança.

Como o professor desempenha papel importante neste trabalho, é necessário que

ele tenha conhecimento e atitude para auxiliar a criança no seu processo de aprendizagem. Cabe à escola considerar estas questões na escolha do professor adequado e possibilite ao mesmo momentos para formação continuada e para interação com a família e os profissionais que dão apoio ao tratamento da criança.

A prevalência do TDAH (entre 3,5% e 18%) encontrada nos estudos desenvolvidos com escolares no Brasil por Poeta e Rosa Neto (2004, p.153) – escolares da rede pública de Florianópolis; Guardiola, Fuchs e Rotta (2000, p. 406) – escolares de Porto Alegre; Vasconcelos, Werner Jr., Malheiros et al (2003, p.69)- escolares da rede pública do Rio de Janeiro, demonstra que a possibilidade de pelo menos um aluno com TDAH em cada sala de aula é muito grande.

A compreensão dos professores, o domínio do conhecimento sobre o transtorno, a disponibilidade de sistemas de apoio e as oportunidades para se engajar em atividades que conduzem ao sucesso na sala de aula são imperativas para que um aluno com TDAH possa desenvolver todo o seu potencial. (BENCZIK; BROMBERG, 2003, p.217).

Além disso, trabalhar com a criança com TDAH requer o estabelecimento de algumas estratégias e intervenções de forma a minimizar as dificuldades inerentes ao transtorno, motivar o aluno e facilitar sua aprendizagem. Dentre elas se apontam algumas (BENCZIK, 2002, p.87-90):

- Em relação ao **ambiente escolar**: planejar o ambiente escolar de forma organizada, com redução da presença de estímulos e introduzindo-se aqueles necessários em momentos adequados, sempre utilizando somente os que serão úteis para o desenvolvimento de uma atividade.
- Em relação ao **processo de ensino-aprendizagem**: utilizar criatividade ao passar os conteúdos; reforçar a atenção da criança em atividades monótonas, repetitivas e rotineiras; incorporar atividades físicas aos processos de aprendizagem; utilizar giz de cores diferentes para destacar aspectos importantes do conteúdo; alternar atividades de alto e baixo interesse durante a aula; fornecer instruções diretas, curtas e claras; ensinar a criança técnicas como fazer resumos, listas, anotações, calendários de compromissos para que ela aprenda a lidar com suas dificuldades.
- Em relação à **disciplina**: estabelecer regras claras e consistentes; estabelecer limites de forma firme e direta; permitir alguns movimentos em sala de aula, ou

mesmo fora da sala (ir ao banheiro, buscar material, dar recados, tomar água); pedir à criança que seja assistente do professor ou de outra criança.

- Em relação às **tarefas**: estruturar a tarefa apresentando os pontos significativos para a sua execução; estabelecer uma seqüência do grau de dificuldade uma vez que a criança com TDAH tem baixa tolerância à frustração.
- Em relação à **avaliação**: focalizar mais o processo que o produto, enfatizando mais a qualidade do que a quantidade; não enfatizar o fracasso, pois sem encorajamento e elogios elas retrocedem uma vez que a baixa auto-estima da criança é mais devastadora que o TDAH em si; sempre estar atento ao talento da criança, percebendo o que ela tem de especial e que enriquece o ambiente onde está inserida.

5.2.3.4. Medicamentosa

A maior parte das pesquisas sobre TDAH refere-se ao tratamento medicamentoso do transtorno.

Segundo Benczik (2002, p.96), cerca de 75% dos casos de TDAH apresentam melhoras significativas com o uso de alguma medicação. As medicações de primeira escolha para o transtorno são os estimulantes do sistema nervoso central; a indicação do medicamento, contudo, deve levar em consideração a existência ou não de comorbidades.

O medicamento mais utilizado no Brasil é o metilfenidato, comercializado atualmente no Brasil sob diferentes apresentações: Ritalina -que possui um período de ação bastante reduzido (3-4 horas), obrigando o sujeito a tomar o medicamento de duas a três vezes ao dia para maximizar o efeito ao longo das 12 horas diárias; Ritalina LA de liberação prolongada e Concerta de liberação controlada -ambas têm duração de 12 horas, mas, graças a chamada tecnologia OROS, o Concerta libera lentamente a medicação pois possui uma cápsula com propriedades osmóticas (MATTOS, 2005, p.152; ROTTA ; FREIRE, 2005, p.158).

Biederman, Quinn, Markabi et al (2003, p.840) avaliaram a eficácia do metilfenidato de liberação prolongada (Ritalina LA) no ambiente natural dos participantes

e constataram que o medicamento mostrou-se seguro e efetivo no controle dos sintomas do TDAH.

Note-se que, se por um lado os medicamentos de liberação prolongada e controlada facilitam a adesão ao tratamento farmacológico (uma vez que para o sujeito com déficit de atenção tomar o medicamento várias vezes ao dia representa uma dificuldade), por outro lado, o custo destes medicamentos está muito distante das condições econômicas da população brasileira, principalmente das famílias das crianças que estudam em escola pública.

Embora pareça contraditório o uso de estimulantes para crianças hiperativas, “essas medicações estimulam a função das áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento inibitório e por isso tendem a melhorar o “freio inibitório”” (ROHDE; BENCZIK, 1999, p.67), ou seja, os estimulantes aumentam a disponibilidade dos neurotransmissores que parecem estar deficitários nessas áreas.

Andrade e Scheur (2004, p.83) relatam que, em estudo sobre a análise da eficácia do metilfenidato, todas as crianças avaliadas apresentaram algum tipo de melhora clínica tanto na avaliação psiquiátrica quanto na percepção de pais e professores; o fator que apresentou melhoras mais significativas foi a hiperatividade, mas a atenção e a impulsividade também tiveram alteração para melhor após a medicação.

Quando os estimulantes não apresentam bons resultados ou provocam efeitos colaterais que inviabilizem o seu uso, o médico pode receitar, entre outros, antidepressivos tricíclicos ou clonidina. (MATTOS, 2005, p.152; ROTTA; FREIRE, 2005, p.159; BENCZIK, 2000, p.99; SCHWARTZMAN, 2001, p.81).

O uso do medicamento, contudo, ainda é uma questão polêmica quando se fala em TDAH. Em primeiro lugar, pelos seus possíveis efeitos colaterais (perda de apetite, insônia, irritabilidade, cefaléia, dores abdominais, entre outros. Segundo Cypel,

Se a resposta terapêutica for boa e os efeitos colaterais desprezíveis ou ausentes, a medicação poderá ser usada por um tempo indeterminado. Como regra geral, a prescrição medicamentosa deverá ser mantida enquanto persistirem as manifestações clínicas. O uso deverá ser contínuo, sem interrupções, mesmo nos períodos de férias escolares. Não há até o presente momento referências à drogadição. (CYPEL, 2003, p.84).

Em segundo lugar, pela questão relacionada à interrupção do medicamento nos finais de semana, Rohde e Benczick (1999, p. 69) referem que esta interrupção pode ser

indicada quando os sintomas provocarem prejuízos significativos na escola e mínima interferência em casa, ou ainda com adolescentes que saem aos finais de semana e utilizam álcool. Os autores ressaltam, porém, que não existem estudos cuidadosos sobre quais os efeitos dessa interrupção sobre a eficácia da medicação e aos efeitos adversos.

É importante salientar que o uso do medicamento deve ser discutido pelo médico com a família, não cabendo à escola e aos professores recomendar ou ainda pressionar os pais para a sua utilização.

É comum que pais e professores coloquem suas expectativas de cura do TDAH nos medicamentos, no entanto isso não ocorre, uma vez que este atua somente na bioquímica cerebral e assim melhora a atenção, aumentando a concentração, diminuindo a hipercinesia e a impulsividade. Os comportamentos, as habilidades, o controle da raiva, contudo, devem ser ensinados e isto deve ser feito em conjunto pela família, escola e profissionais de saúde.

5.2.4 Forma residual (do adulto)

A evolução do TDAH depende de vários fatores, incluindo o sujeito, o contexto social e familiar, o tratamento médico, a escola, a presença ou não de comorbidade, o nível intelectual do paciente, entre outros.

Segundo Rotta e Freire (2005, p.159), 30% das crianças com TDAH chegará a idade adulta sem nenhum sintoma do distúrbio; de 50 a 60% delas apresentarão sinais de variada importância na idade adulta, dentre eles problemas de concentração, impulsividade e conflitos sociais, e de 10 a 15 % apresentarão problemas psiquiátricos e/ou comportamento antisocial.

Mattos (1998, p.284) aponta para o tardio reconhecimento da forma residual do TDAH (somente em 1980 com publicação do DSM-III) e mais ainda, pela demora da divulgação nos meios científicos, justificando o fato como decorrente da pouca interação entre psiquiatras e neurologistas adultos e infantis, com publicações, congressos e organizações separadas.

Além disso, outras razões contribuíram para a impressão médica da remissão dos sintomas na adolescência. Uma delas é que com o decorrer do tempo os indivíduos desenvolvem a sua capacidade de prestar atenção, até mesmo o sujeito com TDAH, que

apesar de ter problemas sérios consegue apresentar uma melhora nas suas dificuldades. Outra é o fato de a hiperatividade (que é o sintoma que mais chama a atenção) poder diminuir com a idade, dando a impressão que o transtorno desapareceu (o que de fato não ocorreu, esta acabou, isto sim, se transformando em inquietude). Ainda outra razão é o fato dos casos complicados do TDAH estarem associados a problemas comportamentais sérios (como uso de drogas, por exemplo) que se sobrepõem aos sintomas básicos do TDAH. (MATTOS, 2005, p.116).

Os sintomas listados no DSM IV para o diagnóstico infantil são os mesmos utilizados para diagnosticar adultos, nunca esquecendo da demonstração do comprometimento “cl clinicamente significativo” do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional que, segundo Mattos; Abreu e Grevet é um julgamento que:

pode ser muito mais difícil em adultos do que em crianças e adolescentes, exigindo não apenas uma noção muito realista e ampla do que seja considerado “normal”, como também um grande conhecimento de psicopatologia e uma anamnese bastante detalhada, que pode demandar um contato longo com o paciente. (MATTOS; ABREU; GREVET,2003, p.220).

Em geral, os adultos com TDAH têm problemas com o trabalho, os relacionamentos, e baixa performance escolar; é comum que a hiperatividade seja substituída por uma inquietude que os faz mudar de tarefas constantemente, envolver-se em múltiplas tarefas simultâneas, e ainda, costumam adiar suas tarefas.

O tratamento do TDAH em adultos também é norteado pelas mesmas condutas utilizadas com as crianças e os adolescentes, sendo os tratamentos farmacológico e psicoterápico fundamentais para que o sujeito tenha os sintomas minimizados e que aprenda a lidar com estes sintomas.

6 ABORDAGEM TRANSDISCIPLINAR E TDAH: O ESTUDO REALIZADO NO CENTRO DE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CENEP) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR

A teoria histórico-cultural da construção social da mente, proposta por Vigotski é, como já visto, uma teoria materialista marxista, e enquanto tal, utiliza uma metodologia dialética.

A essência da dialética é o conceito de antítese, pois se considerando tese qualquer formação social, antítese passa a ser a convivência dentro da tese de elementos conflituosos que nutrem a dinâmica histórica, ocasionando a superação. (DEMO, 1983, p-87). Assim, a dialética liga-se ao fenômeno da contradição, ocorrendo predomínio do conflito sobre o consenso, sendo que as contradições não são necessariamente exógenas, mas provém de dentro; a contradição não é defeito, mas pressuposto para um constante vir-a-ser.

Neste contexto, a dialética nos permite admitir que toda formação social é contraditória para que seja historicamente superável; logo, a dialética privilegia a transição histórica, sendo uma fase superada por outra onde o novo predomina sobre a fase anterior.

Desse modo, a contradição é uma das categorias marxistas que se utilizará nesta análise.

A metodologia dialética do estudo requer a opção pela abordagem qualitativa no desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa qualitativa, como costuma ser referida, caracteriza-se, entre outros, pela preocupação com os significados humanos, com a dimensão histórica do processo (individual e coletivo, ao mesmo tempo) derivado da práxis humana e por isso mesmo, não linear nem neutro. (PÁDUA, 2000, p.29).

Segundo Minayo,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis. (MINAYO, 1994 ,p.21).

A pesquisa qualitativa possibilita a compreensão dos fenômenos “dentro de uma perspectiva holística, que leve em consideração os componentes de uma dada situação em suas interações e influências recíprocas(...)” (ALVES, 1991, p.53); a compreensão do pesquisador é de que o “todo” é maior que a soma das partes.

Na pesquisa qualitativa, mais importante que o produto é o processo da coleta das informações, e por isso os instrumentos utilizados são pouco estruturados e a narrativa é utilizada como um campo propício de apropriação das percepções e subjetividades humanas.

Flick (2004, p.17) justifica a relevância da pesquisa qualitativa para o estudo das relações sociais tendo em vista a pluralização das esferas da vida, o que exige uma nova sensibilidade no estudo empírico das questões sociais. Para este autor, o objeto de estudo é o fator determinante para a escolha de um método, e na pesquisa qualitativa os objetos não são reduzidos a variáveis únicas, mas, sim estudados em seu contexto diário considerando-se toda a sua complexidade e totalidade. “Os campos de estudo não são as situações artificiais em laboratório, mas as práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana”.(FLICK, 2004, p.21).

São ainda características da pesquisa qualitativa a interação do pesquisador com os participantes, uma vez que aquele tenta apreender os aspectos dinâmicos e individuais da experiência humana no contexto daqueles que os estão vivenciando (TOMASI; YAMAMOTO, 1999, p.24), sem manipular este contexto, mas entendendo aquilo que observa e analisa de uma forma natural e singular.

Conforme Trivinõs (1987, p.170), a pesquisa qualitativa favorece a flexibilidade na análise das informações, pois, a dimensão subjetiva dessa abordagem permite a passagem constante entre informações reunidas e interpretadas para novas possibilidades e novas buscas de informações

Nas ciências humanas, objeto de estudo é o homem, portanto, o pesquisador “não pode se limitar ao ato contemplativo, pois encontra-se perante um sujeito que tem voz, e não pode apenas contemplá-lo, mas tem de falar com ele, estabelecer um diálogo com ele.” (FREITAS, 2002, p.24). Dessa forma, não se estabelece uma relação sujeito-objeto, mas sim uma relação entre sujeitos, ou pesquisador e pesquisado são sujeitos em interação. Esta concepção orientadora de pesquisa vem ao encontro do pensamento de Vigotski, cuja teoria considera que todo conhecimento é sempre construído na inter-

relação das pessoas; assim, pesquisador e pesquisado estão em processo de transformação e aprendizagem durante o processo de pesquisa (FREITAS, 2002, p.25).

Neste sentido, considerando-se como objeto desta pesquisa o papel da interação social na aprendizagem do aluno TDAH, admite-se que a abordagem qualitativa é a mais adequada para sua melhor compreensão.

Neste estudo, esta abordagem tem caráter (natureza) descritivo- participativo. A literatura refere a utilização de vários termos para a natureza participante da pesquisa, no entanto embora ocorra a diversidade de termos, o caráter da pesquisa se mantém , conforme podemos perceber em o que nos aponta Brandão:

“Observação participante” “Investigação Alternativa”, “Pesquisa Participante”, “investigação Participativa”, “Auto-senso”, “Pesquisa Popular”, “Pesquisa dos Trabalhadores”, “Pesquisa-Confronto”...O leitor atento deve ter percebido que de escrito para escrito mudam os nomes daquilo que, na verdade, procede de origens, práticas e preocupações muito próximas e parece apontar para um mesmo horizonte. (BRANDÃO, 1984, p.15).

Segundo Freitas (2002, p.28) “ a observação não se deve limitar à pura descrição e fatos singulares, o seu verdadeiro objetivo é compreender como uma coisa ou acontecimento se relaciona com outras coisas e acontecimentos.” Assim:

A observação é, nesse sentido, um encontro de muitas vozes: ao se observar um evento, depara-se com diferentes discursos verbais, gestuais e expressivos. São discursos que *refletem e refratam* a realidade da qual fazem parte, construindo uma verdadeira tessitura da vida social. O enfoque sócio-histórico é que principalmente ajuda o pesquisador a ter essa dimensão da relação do singular com a totalidade, do individual com o social. (FREITAS, 2002, p.29).

Para Triviños (1987, p.125) a pesquisa participante (ou participativa) presta-se melhor ao enfoque dialético, histórico-estrutural porque tem por objetivo principal transformar a realidade que se estuda.

Segundo Vasconcelos (2002, p.81), na pesquisa participante, pesquisadores e grupos humanos investigados convivem intimamente e por período de média ou longa duração, com o objetivo do pesquisador interpretar (fazendo parte do grupo) sua cultura e subjetividade, havendo a necessidade da desconstrução e reelaboração da subjetividade do pesquisador permitindo que este tenha acesso compreensivo da subjetividade e cultura do outro. Não há, contudo, participação do grupo humano na gestão do trabalho investigativo do pesquisador.

Na pesquisa participante, pesquisador e pesquisado são sujeitos de um trabalho comum ainda que com situações e tarefas diferentes; sujeitos tanto do ato de conhecer o objeto quanto do trabalho de transformar o conhecimento e o mundo que o transformaram em objeto.

O pesquisador não se limita a constatar o pensamento ou a fala das pessoas de determinado grupo social, mas deve captar a lógica dinâmica e contraditória do discurso de cada ator social, do relacionamento entre eles, objetivando despertar o desejo de mudança e a elaboração conjunta dos meios de realização. Além disso, deve ter como objetivo contribuir para a clarificação de uma prática vivida pelo grupo, preservando a distância crítica em relação à realidade cotidiana do grupo. Na pesquisa participante ocorre uma relação dialética entre objetividade e subjetividade.

Brandão (1984, p.27) destaca que na pesquisa participante “é necessário que o pesquisador não seja visto como um intruso ou, um corpo estranho, o que desperta, de imediato, a desconfiança e a reticência de gente que tem toda uma experiência penosa de ser manipulada de fora para dentro”.

A metodologia dialética, de abordagem qualitativa, caráter (natureza) descritivo-participativo, tem como modalidade de pesquisa o chamado estudo de caso realizado no Centro de Neurologia Pediátrica (CENEP) do Hospital das Clínicas da UFPR, mais especificamente o Programa desenvolvido no ambulatório com sujeitos TDAH.

O estudo de caso, pode ser definido como “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa aprofundadamente”. (TRIVIÑOS, 1987, p.133). Esta unidade pode ser uma pessoa, uma família, um grupo social, uma cultura, uma condição de vida, um conjunto de relações ou processos, uma instituição específica, como por exemplo, uma escola, uma universidade, ou ainda um centro de saúde (o ambulatório do TDAH do CENEP) que é o nosso caso.

Segundo Chizzotti,

o caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção. É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação. (CHIZZOTTI, 1995, p.102).

Para Gil (1994, p.59), o estudo de caso possibilita o estudo profundo e detalhado de um ou poucos objetos e apresenta como vantagens o estímulo a novas descobertas

(permite flexibilidade de planejamento), a ênfase na totalidade (permite atender a multiplicidade de dimensões de um problema), e a simplicidade de procedimentos (permite a utilização de linguagem e forma mais acessíveis).

Entre as técnicas possíveis de serem utilizadas no estudo de caso, Pádua (2000, p.72-73) refere o diário de pesquisa (que possibilita uma retrospectiva do trabalho realizado, além da exploração de novos recursos que não haviam sido planejados) e, no estudo de caso de instituições, os registros institucionais disponíveis (tais como atas, folders, regimentos e outros).

Chizzotti (1995, p.102) propõe 3 fases para o desenvolvimento de um estudo de caso: a seleção e delimitação do caso, o trabalho de campo, e a organização e redação do relatório. A pesquisadora entende como adequada esta proposta e a desenvolveu na realização da pesquisa, além de incluir um estudo piloto enquanto uma quarta fase (intermediária), pois entende que este tornou a pesquisa de campo mais produtiva, já que possibilitou uma melhor avaliação das ações futuras; incluindo-se aí a definição da amostra e da coleta de informações.

6.1 CARACTERIZANDO O CENEP

6.1.1 Histórico

A história do CENEP remonta o ano de 1976, com a criação do Setor de Neuropediatria no Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da UFPR. Nessa época, diferentes ambulatórios passaram a atender distúrbios neurológicos específicos (entre eles, epilepsia, encefalopatias degenerativas, paralisia cerebral) com a participação inicial da fisioterapia e na seqüência da fonoaudiologia, terapia educacional, serviço social e ortopedia pediátrica.

Nos anos de 1980, iniciou-se o atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem, com a colaboração do Departamento de Psicologia da UFPR na avaliação destas crianças.

Nos anos 90, o Hospital de Clínicas enfrentou muitos problemas (falta de espaço físico, de equipamentos, de mão de obra, entre outros e em decorrência, o setor de Neuropediatria teve o atendimento ambulatorial prejudicado por falta de espaço, de

pessoal e principalmente por falta de adequação do espaço físico as necessidades.

O caminho escolhido foi a busca de soluções fora da área governamental formando-se assim a Comissão de Neuropediatria inserida na Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas. Esta Comissão conseguiu que o Banco HSBC alugasse uma casa; com a ampliação do espaço, houve também uma ampliação do atendimento de 500 para cerca de 2000 crianças por mês, o que motivou o HSBC a comprar a casa para a Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas.

O CENEP foi criado em 1999 e embora faça parte do Hospital de Clínicas localiza-se próximo a este, na rua Floriano Essenfelder, 81, Alto da Glória, Curitiba, Paraná.

6.1.2 Equipe e atividades

Atualmente, o CENEP tem um corpo médico formado por neuropediatras e ortopedista pediátrico. O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar formada por 17 profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, psicopedagogia, nutrição, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, musicoterapia e odontologia. Além desta equipe, o CENEP conta com um setor administrativo e com um grupo de voluntários totalizam 65 pessoas.

Os diferentes ambulatórios realizam cerca de 90 consultas/dia e 2000 consultas / mês pelo Sistema Único de Saúde.

As ações ambulatoriais subsidiam atividades de ensino e de pesquisa científica que envolvem estudantes de medicina, médicos residentes e os próprios profissionais do CENEP.

6.1.3 O ambulatório do TDAH

O ambulatório do TDAH foi criado no CENEP há cerca de 5 anos. É formado por uma equipe fixa de 11 profissionais, sendo cinco psicopedagogas, duas psicólogas, duas assistentes sociais, uma pedagoga e um médico neuropediatra, Dr. Sérgio Antoniuk professor do Departamento de Pediatria e coordenador da unidade. Alguns desses profissionais não tem vínculo com a instituição UFPR, atuando como voluntários. Eventualmente, inserem-se no ambulatório outros profissionais voluntários (em geral que

estejam desenvolvendo alguma pesquisa científica). Como a maioria dos profissionais do CENEP são voluntários, os atendimentos nesse ambulatório são limitados de 30 a 50 crianças (que são acompanhadas pelos profissionais).

As pesquisas científicas desenvolvidas pelo ambulatório incluem uma pesquisa genética do TDAH, uma pesquisa envolvendo um teste de critérios médicos (screening) na escola para identificação de possíveis portadores do TDAH.

As crianças são incluídas no ambulatório por, pelo menos, três formas de entrada. Uma delas é via pesquisa que desenvolve o teste screening e está sendo realizada na Escola Estadual Professor Brandão (as crianças que fecharam os critérios para TDAH através deste teste foram encaminhadas ao ambulatório). Outra via é através da pesquisa que busca encontrar um marcador genético (esta envolve a participação de 300 crianças da rede pública de Curitiba). Uma terceira via é a do encaminhamento feito pelos postos de saúde.

6.2. PERCURSO METODOLÓGICO

6.2.1 Estudo piloto

A primeira etapa do estudo consistiu no contato inicial com o Dr. Sérgio Antoniuk, coordenador do CENEP. Neste primeiro momento, a conversa versou sobre o interesse da pesquisadora em estudar o TDAH e a possibilidade de estabelecer um intercâmbio com o CENEP para esse fim. Neste encontro, O Dr. Antoniuk relatou brevemente a tese de doutorado que vem desenvolvendo e que objetiva elaborar um teste screening para o TDAH). Como a mesma faz parte de um projeto maior, que permite a participação de vários profissionais, Dr. Antoniuk sugeriu a possibilidade da pesquisadora fazer parte do mesmo.

Embora tenha sido uma sugestão bastante interessante, como o foco de estudo da pesquisadora é educacional, esta optou por realizar uma pesquisa participante no ambulatório, uma vez que neste realiza-se um trabalho transdisciplinar¹⁸ –as crianças são submetidas a tratamento médico, psicopedagógico e psicológico, e os pais e professores participam de reuniões com uma pedagoga.

¹⁸ O termo transdisciplinar é utilizado no sentido de “para além de ou através de” uma vez que não se restringe a ser comum a duas ou mais disciplinas (interdisciplinar), ou ainda a ser somente um trabalho de várias disciplinas (multidisciplinar), ocorrendo interação entre os vários profissionais (disciplinas) envolvidos no trabalho.

O grupo de profissionais do CENEP reúne-se uma vez por semana para discussão e troca de informações sobre o trabalho.

A pesquisadora iniciou sua participação nas reuniões do grupo em maio de 2004; num primeiro momento para conhecer as atividades desenvolvidas pelo órgão.

As reuniões com os pais/familiares e professores ocorrem mensalmente; as com os pais/familiares na 2ª segunda-feira do mês (período da tarde), e as reuniões com os professores na 1ª quarta do mês (período da tarde) e na 1ª sexta do mês (período matutino). As duas possibilidades de dia e horário para os professores têm como objetivo facilitar o comparecimento destes profissionais de forma que possam adequá-lo a seu horário de trabalho.

Estas reuniões são conduzidas pela pedagoga e mestre em Distúrbios de Aprendizagem Maria Cristina Bromberg, e têm como objetivo a transmissão de conhecimentos básicos do TDAH (etiologia, sintomas, características dos sujeitos), e a orientação em relação à conduta na escola e na família de forma a facilitar a aprendizagem e o relacionamento social e afetivo das crianças. Em outras palavras, as reuniões têm como objetivo estabelecer relações, responsabilidades e trabalho conjunto entre profissionais da saúde, educação e família, visando uma melhor condição de vida seja para o sujeito com TDAH ou aqueles que convivem com ele.

A partir desta participação inicial em maio, e após a concordância do Dr. Sérgio Antoniuk e de toda equipe do TDAH, a pesquisadora começou a “fazer parte” da equipe do ambulatório do TDAH.

A participação total consistiu em sete reuniões com professores, seis reuniões com os familiares, duas reuniões com os profissionais do CENEP, um encontro com a pedagoga Maria Cristina Bromberg, e a participação em um Simpósio organizado pela equipe do CENEP em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME).

Nestes momentos, o objetivo principal não foi o registro detalhado das reuniões, uma vez que o foco era a interação com os diferentes grupos. No entanto, alguns pontos principais destas reuniões foram registrados e selecionados, por grupo e por temas que predominaram nas discussões.

Em relação à equipe do CENEP o contato ocorreu em duas reuniões. Uma em que foi apresentado um esboço do estudo que pretendia desenvolver e que foi posteriormente aprovado por toda a equipe, e uma segunda reunião em que se discutiu

aspectos específicos de alguns distúrbios psiquiátricos.

Em julho de 2004, a pesquisadora também participou do Simpósio sobre Dificuldades de Linguagem organizado pela equipe do CENEP em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.

Embora este Simpósio versasse sobre Dislexia, nele se discutiu temas relacionados à área da neuropsicologia e ao TDAH, uma vez que muitos disléxicos têm TDAH, e que alguns sujeitos TDAH têm dislexia. A participação no evento também propiciou uma maior integração da pesquisadora com a equipe do CENEP, fato este que favoreceu a realização da pesquisa de campo.

De uma forma geral, as reuniões com os professores ou com os familiares, iniciaram-se com uma retomada do assunto tratado na reunião anterior e um questionamento específico sobre cada criança por parte da pedagoga Maria Cristina Bromberg. Na seqüência, a pedagoga abordava alguma temática específica tal como: histórico e características do TDAH; a questão do uso de medicamento; estratégias para lidar com a agressividade e a irritabilidade das crianças com TDAH; organização do sujeito com TDAH (tempo, espaço, material, cuidados pessoais, dinheiro) e estratégias para auxiliá-lo; a importância do afeto na criação de vínculo, seja com crianças com TDAH ou não; curtindo o Natal apesar do TDAH.

Embora a pedagoga Maria Cristina Bromberg sempre preparasse um tema para ser discutido, verificou-se que nem sempre isto era possível, pois muitas vezes pais e professores apresentavam outras demandas que requeriam uma intervenção e orientação mais urgente.

Freqüentemente, pais e/ou professores fixavam-se em questões particulares, fossem estas dificuldades ou progressos das “suas” crianças. Em geral isto não prejudicava o trabalho, uma vez que esse compartilhar de situações particulares promovia discussões e sugestões de estratégias que beneficiavam a todos. Além disso, quando alguém relatava um bom resultado, isto servia como estímulo para os outros, injetando ânimo, esperança, e principalmente despertando-os para uma ação mais efetiva.

As dificuldades mais apontadas pelos pais foram:

- em relação ao comportamento e ao relacionamento social (falta de amigos; brigas na escola, inclusive com situações sérias envolvendo o Conselho Tutelar; pensamentos auto destrutivos – morte, suicídio);

- organização pessoal (perda de material; dificuldade em se organizar para o estudo e os deveres de casa);
- dificuldade de aprendizagem (matemática- tabuada; leitura e escrita- levam muito tempo para copiar e ler);
- despreparo dos professores e também falta de interesse em comparecer às reuniões no CENEP para aprender sobre TDAH;
- dificuldade em relação à medicação (acerto na dosagem; demora para retorno ao médico para relatar os problemas com o medicamento; falta de dinheiro para compra; cobrança das escolas para uso de medicamento);
- reclamação em relação à recepção do CENEP: falta de informações ou fornecimento de informações erradas;
- demora na marcação de consultas e para inserção nas terapias, especialmente em psicologia.

Os professores, em geral, relatavam as dificuldades que os alunos com TDAH apresentavam na escola e pediam sugestões para situações específicas. Os problemas comportamentais eram considerados muito importantes, uma vez que envolviam, várias situações graves que muitas vezes colocavam em risco a integridade física da própria criança, das outras crianças, ou ainda dos professores.

Em relação ao déficit de atenção, às dificuldades de aprendizagem, à falta de organização, os professores buscavam soluções norteadoras para lidar com o aluno com TDAH, e ainda, relatavam estratégias utilizadas que foram bem sucedidas, trocando experiências com seus pares.

Poucos professores, contudo, compareceram às reuniões; os que compareceram, em geral, foram sempre os mesmos. Em uma reunião compareceu apenas uma professora. Cabe destacar que o comparecimento do(s) professor(es) e a forma como este participa da(s) reunião(ões) tem uma relação direta com a coordenação pedagógica da escola.

A participação da Escola Municipal Eny Caldeira, na pessoa da pedagoga¹⁹ Marileusa Lima Snalarz e da professora Márcia Perin é digno de nota. Estas

¹⁹ A distinção entre professores e pedagogos, neste caso, não se baseia no tipo de formação do profissional (pedagogia, magistério superior, demais licenciaturas) mas diz respeito à forma de atuação na instituição escola -enquanto os professores exercem seu trabalho em sala de aula, os pedagogos atuam exclusivamente na equipe pedagógica (como supervisores, orientadores, administradores, entre outros).

profissionais, sempre presentes, afirmaram estar interessadas em aprender sobre TDAH não apenas por causa do aluno em tratamento, mas, sobretudo, para uma melhor atuação como pedagoga ou professora, além de um melhor trabalho na escola. A pedagoga Marileuza, com mais de 30 anos de experiência, demonstrou uma enorme vontade de aprender e de compartilhar com os outros os seus saberes. Em seus relatos, destacou o quanto foi importante para a escola o material sobre TDAH bem como a palestra feita pela pedagoga Maria Cristina Bromberg (a escola a contratou para falar para todos os professores sobre o TDAH).

Cabe também ressaltar a participação da professora Maria de Lourdes Marchini Bindão Reitz da Escola Municipal Professor Jurandyr Baggio Mockell. Esta compareceu a todas as reuniões, e demonstrou ter estudado muito sobre o TDAH, o que deve ter promovido um grande progresso em seu aluno TDAH, além de indiretamente auxiliá-la com os demais alunos.

No acompanhamento do trabalho no CENEP, pôde-se constatar que embora se pretenda um trabalho transdisciplinar, o que de fato ocorre é a priorização das questões terapêuticas; as reuniões com pais e familiares, por exemplo, dependem quase que exclusivamente do empenho da pedagoga Maria Cristina Bromberg. Além disso, situações como uso da sala de reuniões por médicos em dia de reunião com professores, falta de informação na recepção sobre data e horário dos encontros, entre outras, dificultam o trabalho e por isso muitas vezes desestimulam os pais/familiares e professores a comparecer nos encontros.

Nas últimas reuniões de 2004 com os pais, a pedagoga Maria Cristina Bromberg reafirmou a esses que em 2005 as reuniões seriam “obrigatórias” para quem está no Programa do TDAH, uma vez que a fila para o tratamento é grande e não seria justo quem tem a oportunidade não aproveitá-la. Nestes últimos encontros, a referida pedagoga, que havia inicialmente apresentado a pesquisadora como Mestranda da UFPR, concedeu um espaço para que a mesma pudesse agradecer a forma como foi recebida, bem como para falar um pouco sobre o estudo que pretendia realizar no CENEP em 2005.

Esta participação, além de aproximar pesquisadora e pesquisados criou um clima de confiança que favoreceu o trabalho de campo propriamente dito, possibilitando que se definisse a amostra e os instrumentos de coleta de informações.

6.2.2 Amostra e coleta de informações

Como bem afirma Flick (2004, p.76), a questão da amostragem emergiu nas várias etapas da pesquisa e oscilou na direção de cobrir a maior dimensão possível do campo, possibilitando que as análises fossem realizadas com a máxima profundidade. Assim, a amostra foi dividida em três grupos, cada um dos quais incluindo categorias diferentes de sujeitos, a saber:

Grupos	Categorias
A	pais ou familiares responsáveis
B	professores e pedagogos das escolas
C	profissionais do CENEP

Para a definição dos instrumentos, a pesquisadora baseou-se nas informações necessárias para responder aos problemas da pesquisa, considerando necessário realizar a caracterização do CENEP e dos sujeitos de cada grupo acima referido; proceder a observação do processo da interação e mediação que os sujeitos estabelecem entre si, e analisar quais as possibilidades de se romper os limites do biológico a partir dessas interações.

Dessa forma, os instrumentos de coleta de informações que emergiram foram a pesquisa documental, a entrevista semi-estruturada e a observação participante.

A pesquisa documental foi realizada a partir da localização de fontes primárias (documentos) e teve como finalidade caracterizar o CENEP (histórico, constituição, atividades, ambulatório do TDAH).

A entrevista enquanto uma técnica para se coletar informações não documentadas é bastante eficiente para revelar o comportamento humano. Conforme Freitas (2002, p.37) a entrevista pode ser vista como produção de linguagem, uma vez que se realiza pela interação verbal e o seu caráter dialógico, além de ser “um espaço de produção de enunciados que se alternam e que constroem um sentido na interação das pessoas envolvidas”.

A pesquisadora optou pela entrevista semi-estruturada porque nesta “o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal”. (PÁDUA, 2000, p.67). Além disso, segundo Triviños (1987, p.152), a entrevista semi estruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator”.

Szymanski aponta para o momento privilegiado de interação social que a entrevista possibilita:

Ao considerarmos o caráter de interação social da entrevista, passamos a vê-la submetida às condições comuns de toda interação face a face, na qual a natureza das relações entre entrevistador/entrevistado influencia tanto o seu curso como o tipo de informação que aparece. (SZYMANSKI, 2002, p.11).

Esta mesma autora, parte da constatação, com a qual a pesquisadora concorda, de que a entrevista face a face é uma situação de interação humana, e como tal, envolve “as percepções do outro e de si, expectativas, sentimentos, preconceitos e interpretações para os protagonistas: entrevistador e entrevistado” (SZYMANSKI, 2002, p.12).

Além disso, antes mesmo de iniciar a entrevista, o pesquisador tem algum conhecimento e compreensão do problema, seja com subsídio no seu referencial teórico como em sua experiência pessoal, fato este que também é válido em relação à observação participante, neste sentido, é importante salientar esta condição, explicitando-se que a expectativa de resultados se faz presente como pré-condição no processo de coleta e análise de informações, e “considerar a subjetividade envolvida no processo de coleta de dados significa cuidado com o rigor” (SZYMANSKI; ALMEIDA; PRANDINI, 2002, p.72).

Apesar dessas considerações, a pesquisadora concorda com Szymanski, quando afirma que:

(...) isso não inviabiliza a entrevista como um rico instrumento de pesquisa. Pelo contrário, desvela novas possibilidades na compreensão dos fenômenos que se quer investigar. . Informa que esse momento, muitas vezes, propicia uma reestruturação de idéias. É uma consideração que mostra o caráter dinâmico das informações que obtemos em nossas investigações e aponta para o cuidado de não apresentá-las como algo definitivo, mas sim como um instantâneo que congela um momento, mas que traz em seu interior a possibilidade de transformação. (SZYMANSKI, 2002, p.58).

As entrevistas semi estruturadas foram aplicadas nos grupos A, B e C e para tanto, a pesquisadora elaborou roteiros diferentes para cada grupo e ainda um roteiro para a entrevista com o Dr. Sérgio Antoniuk uma vez que as características dos sujeitos bem como os dados que se pretendia obter eram diferentes. (Anexos D, E, F, G). Foram realizadas no CENEP, nas escolas e nos locais de trabalho de algumas mães; em geral a duração das entrevistas variou entre 10 a 30 minutos

Para registrá-las a pesquisadora utilizou a técnica de gravação digital, sendo as informações transferidas posteriormente para o computador para gravação em arquivo e transcrição. O trabalho foi complementado com anotações de forma a enriquecer as informações obtidas através das gravações quanto a atitudes, expressões, gestos, enfim, àquilo que o instrumento de registro vocal não é capaz de captar.

Foram encontradas algumas dificuldades para a sua realização, dentre elas, o espaço adequado e o tempo disponível dos familiares e equipe do CENEP. Em relação ao espaço (especialmente no CENEP) na maioria das vezes foi necessário dividi-lo com outras pessoas, uma vez que era fundamental aproveitar a disponibilidade momentânea do(a) entrevistado(a). Note-se que, por se tratar de um centro de atendimento a crianças, o barulho externo, na maioria das vezes, era muito intenso, o que tornou o trabalho de transcrição das entrevistas bastante difícil, mesmo fazendo-se uso de um gravador com tecnologia digital.

A observação participante iniciada no estudo piloto teve continuidade a partir de março de 2005, quando do retorno do período de férias, mesmo período em que se deu início às entrevistas.

A pesquisadora participou de 7 reuniões com professores, 4 reuniões com familiares e 16 reuniões com a equipe do ambulatório do TDAH. Todas essas reuniões foram gravadas (perfazendo um total de 29 horas, 36 minutos e 37 segundos de gravação) e geraram anotações no caderno de campo (protocolo). Posteriormente, as gravações foram totalmente transcritas e procedeu-se uma seleção de trechos considerados significantes para a discussão.

Foram entrevistados 8 pessoas do grupo A (pais/familiares), 7 do grupo B (professores), e 12 do grupo C (profissionais do CENEP). As entrevistas foram realizadas com a autorização dos entrevistados e transcritas na íntegra.

A pesquisadora entende que esta parte do percurso metodológico deu subsídios

para a discussão das informações coletadas a partir de categorias de análise (contradição, consciência e prática social) marxistas, já que permitiu perceber como o processo foi mais importante que o produto e como pesquisadora e pesquisados aprenderam com o desenrolar da pesquisa.

6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.3.1 Caracterização dos entrevistados

A partir das informações pessoais obtidas foi possível identificar alguns elementos que se entende como significativos para análise e discussão. Dessa forma, apenas com finalidade didática (já que este trabalho tem uma abordagem qualitativa, e, portanto, não há que se falar em dados) optou-se por expor tais informações na forma de gráficos, a fim de incluir o elemento visual como forma de facilitador da compreensão.

6.3.1.1 Grupo A – Pais/ Familiares

Neste grupo foram entrevistadas 8 mulheres. Embora constituam uma amostra pequena, as informações obtidas revelaram que a maioria é católica (Gráfico 1), têm ensino médio completo (Gráfico 2), idade entre 30 e 50 anos (Gráfico 3), e são mães de alunos com TDAH (Gráfico 4).

Estas informações revelam a maior participação da mulher nos cuidados da prole em relação à saúde e educação.

Durante as observações nas reuniões e ainda nos locais de espera para atendimento, constatou-se a predominância da mulher como acompanhante das crianças submetidas a tratamento no CENEP, fato este já esperado, tendo em vista que a responsabilidade das mães/mulheres no cuidado com os filhos é resultado da elaboração cultural deste papel a partir dos aspectos biológicos da maternidade; assim, cabem a elas as atribuições referentes ao cuidar, destacando-se entre elas a saúde e a educação.

Gráfico 1- Distribuição do Grupo A (pais/ familiares) por religião

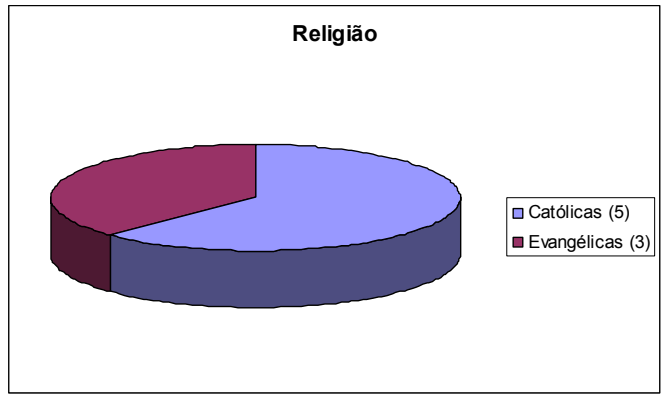


Gráfico 2- Distribuição do Grupo A (pais/ familiares) por grau de instrução

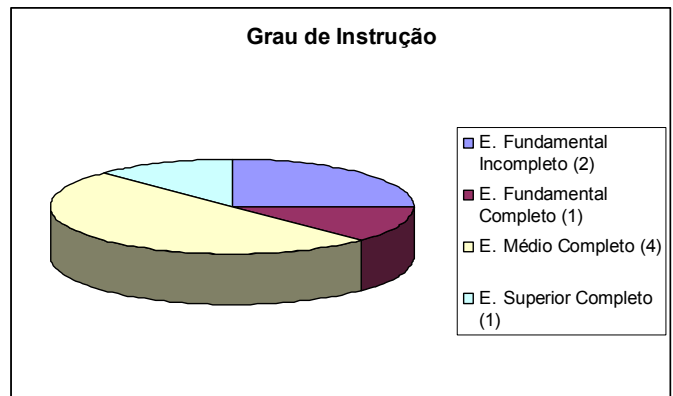


Gráfico 3 – Distribuição do Grupo A (pais/ familiares) por faixa etária

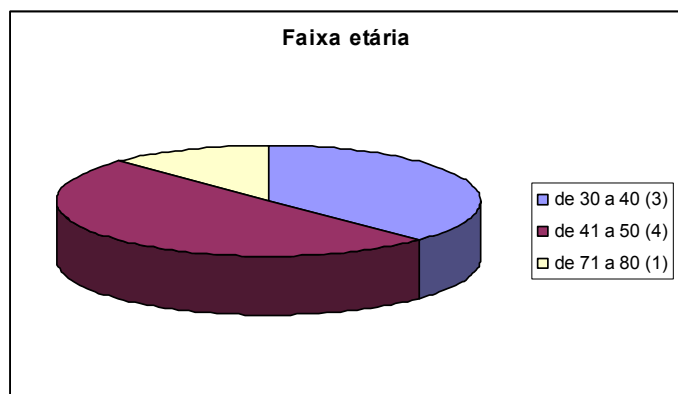
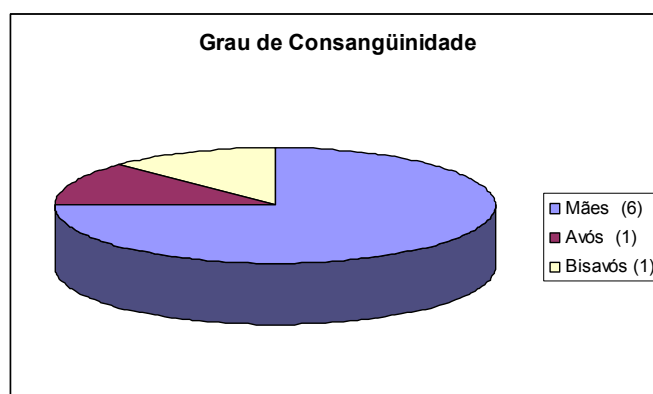


Gráfico 4- Distribuição do Grupo A (pais/ familiares) por grau de consangüinidade



6.3.1.2 Grupo B – Professores/Pedagogos

Neste grupo foram entrevistadas 7 educadoras. Mais uma vez as informações coletadas não diferem do esperado, em relação ao fato de que todas as educadoras são mulheres, reafirmando o cuidar como atribuição feminina construída social e historicamente, e portanto, repercutindo nas profissões que tem esta característica, como a dos educadores, especialmente àqueles que atuam no Ensino fundamental.

As informações obtidas a partir das entrevistas realizadas revelaram que a maioria tem nível superior com especialização (Gráfico 5), são pedagogas (Gráfico 6), são profissionais experientes pois atuam em educação há mais de 10 anos (Gráfico 7), têm entre 30 e 50 anos (Gráfico 8) e vinculam-se à rede particular (Gráfico 9).

Gráfico 5- Distribuição do Grupo B (professores) por formação

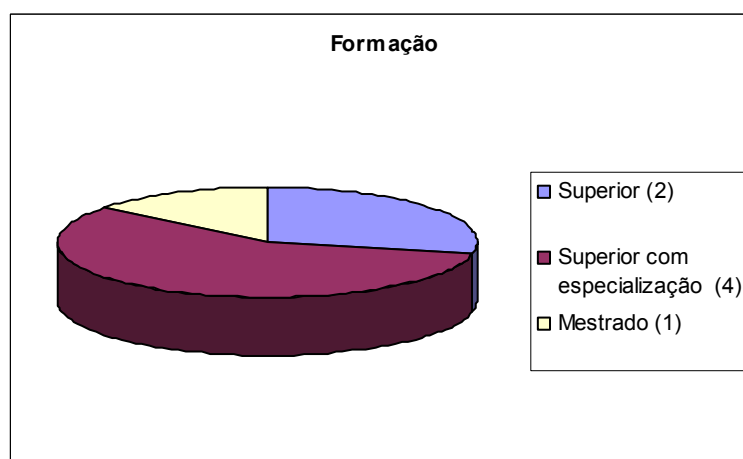


Gráfico 6- Distribuição do grupo B (professores) por profissão

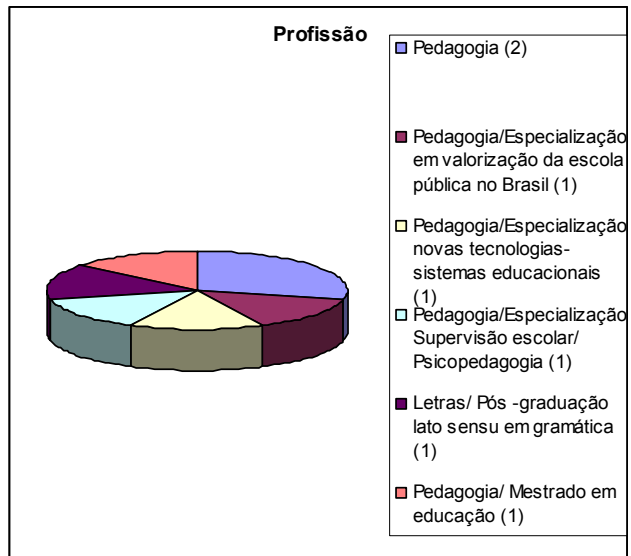


Gráfico 7- Distribuição do Grupo B (professores) por tempo de trabalho em educação

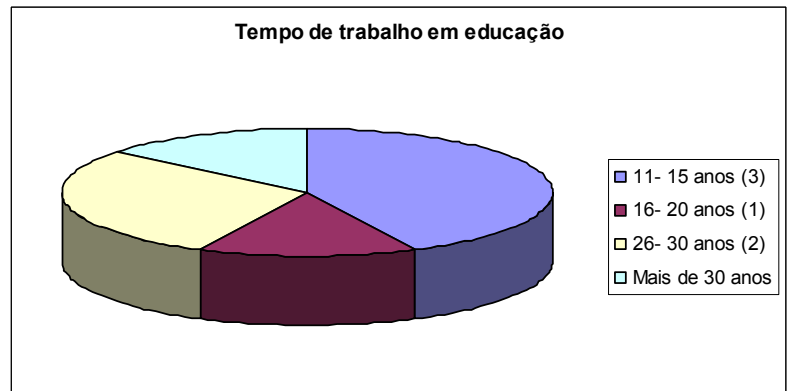


Gráfico 8- Distribuição do Grupo B (professores) por faixa etária

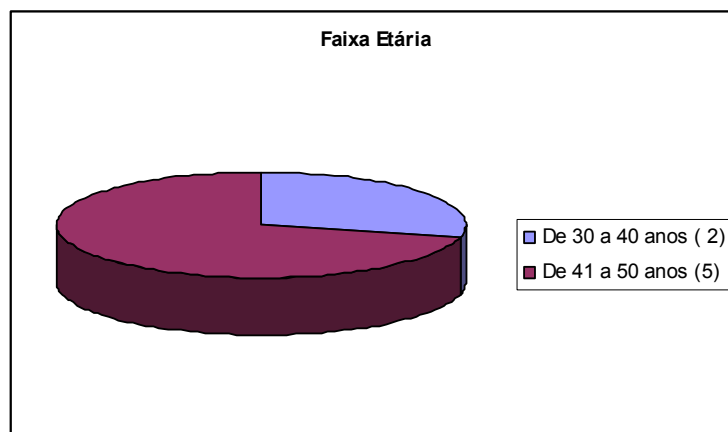
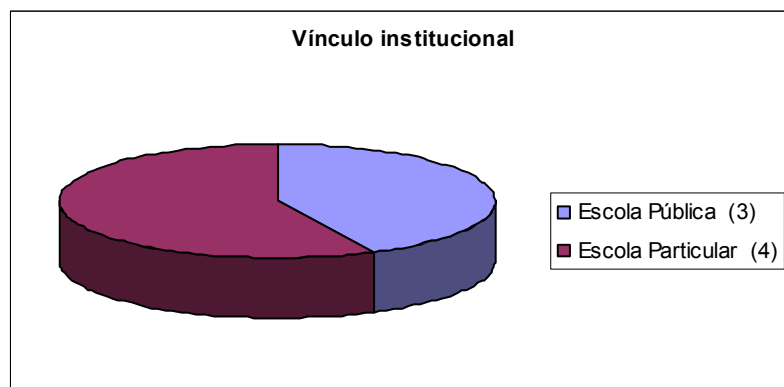


Gráfico 9 – Distribuição do Grupo B (professores) por vínculo institucional



6.3.1.3 Grupo C - Profissionais do CENEP

Neste grupo foram entrevistados 12 profissionais, sendo a maioria mulheres (Gráfico 10), com mais de 30 anos (Gráfico 11), de várias profissões, predominando a pedagogia (Gráfico 12), todos com pós-graduação (Gráfico 13), o que demonstra ser uma equipe experiente, e em relação ao vínculo institucional, metade destes profissionais desenvolve trabalho voluntário (Gráfico 14).

Gráfico 10- Distribuição do Grupo C (profissionais do CENEP) por sexo

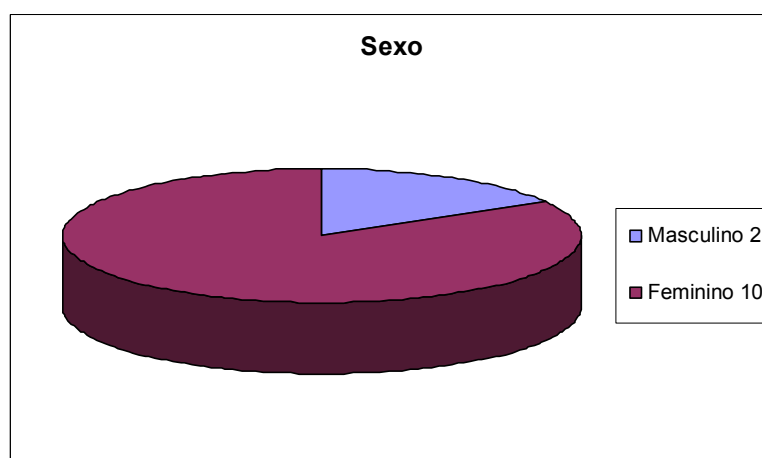


Gráfico 11- Distribuição do Grupo C (profissionais do CENEP) por faixa etária

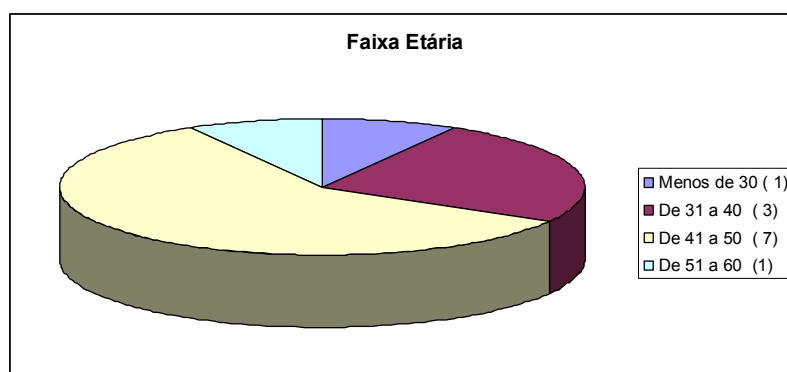


Gráfico 12 – Distribuição do Grupo C (profissionais do CENEP) por profissão

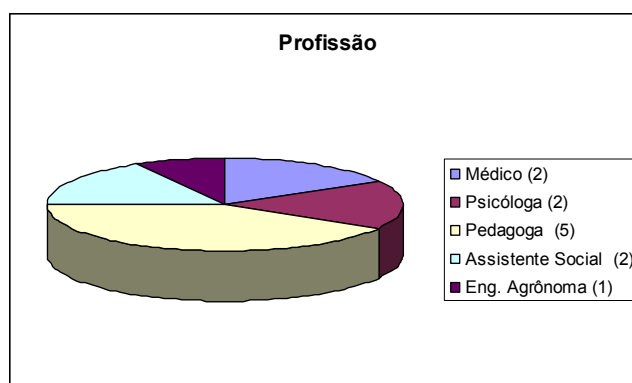
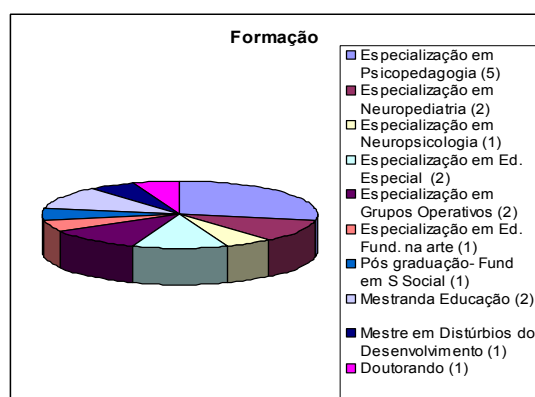
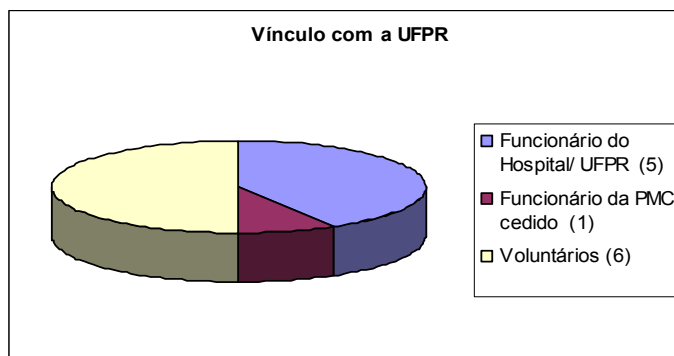
Gráfico 13- Distribuição do Grupo C (profissionais do CENEP) por formação
-alguns profissionais tem mais de um curso-

Gráfico 14- Distribuição do Grupo C (profissionais do CENEP) por vínculo com a instituição UFPR



6.3.2 Análise e discussão

Abaixo, apresenta-se o roteiro utilizado para interpretação das informações (modificado de TRIVIÑOS, 1987, p.171).

- Realização de uma leitura atenta de todos os dados coletados, especialmente da transcrição das entrevistas e das observações.
- Realização de uma segunda leitura, sublinhando as idéias que de alguma forma se ligavam à matriz teórica.
- Elaboração de uma listagem das respostas por grupo (B,C,D) e por categorias marxistas (contradição, consciência e prática social).
- Discussão das informações a partir da agregação das mesmas por grupo, detectando divergências, conflitos, vazios e pontos coincidentes, uma vez que a análise foi feita pela lei dialética da contradição, com base nas categorias marxistas já elencadas.
- Interpretação das informações colhidas à luz da teoria sócio-histórica da mente, buscando responder aos problemas da pesquisa.

Num primeiro momento, as informações coletadas representavam um emaranhado disforme, onde os elementos que contribuiriam para responder aos problemas da pesquisa não se evidenciavam, o que exigiu várias leituras mais aprofundadas, destacando-se os elementos comuns assim como os divergentes e focando-se nos elementos contraditórios que se apresentavam.

Feito isso, decidiu-se por classificar as respostas dadas às entrevistas e os relatos das observações nas reuniões por categoria de respondentes e por pergunta.

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, utilizou-se a seguinte convenção para referenciá-los:

Grupo A-Pais/ Familiares: F1 a F8

Grupo B- Professores/ educadores: P1 a P7

Grupo C- Profissionais do CENEP: C1 a C12

Para professores e familiares que não foram entrevistados, mas que eventualmente participaram de algumas reuniões, utilizou-se a numeração subsequente.

As crianças foram identificadas por letras aleatórias não coincidentes com as iniciais de seus nomes.

Os negritos foram utilizados para destacar trechos da fala que fundamentaram a análise.

6.3.2.1 Grupo A – Pais/ Familiares

a) Percepção da criança/ adolescente

Os pais/ familiares foram questionados sobre o temperamento da criança, seu jeito de ser, antes e após o tratamento; transcreve-se a seguir algumas respostas:

A N é uma criança, por ser hiperativa, não é muito agitada, ela é calma, **sozinha ela é calma**, ela tá no sofá vendo tv, o problema dela é quando se junta com outra criança, e o **outro problema dela é que quando ela fica braba ela fica muito nervosa**, é passageiro, aí ela volta no normal, não fica de cara feia, nada, aí não precisa fazer nada, ela mesmo ... aquilo é passageiro, é uma explosão, ela fica muito brava. F3

Ela é uma criança que é um amor, ela é querida, não tem nenhuma dificuldade com ela em comportamento, é boazinha, coopera, não tem crise, **o único problema é na escola** que tem dificuldade. F2

A R **antigamente era** uma menina **retraída**, não brincava, não se misturava com ninguém, era muito **tímida**, na escola era a última a sair, a última a fazer a lição, não prestava atenção em nada, nunca levou o caderno, não trazia a tarefa, não tinha nada.... **agora** com o tratamento **ela se preocupa mais com as coisas não está mais assim no mundo da lua, é mais atenta a tudo, ela se preocupa, até as tarefas, ela está conseguindo usar uma agenda**, ela nunca reprovou porque eu fazia tudo para ela a família ajudando, acho que foi por isso que a gente não descobriu antes o que ela tinha. F1

O C em casa ele é **bonzinho** só que ele é **um pouquinho teimoso**, ele não é mal criado, ele.. ele tenta ... quando ele tem que fazer os trabalhos dele, **ele tem preguiça**, tem que lutar um pouco para ele fazer a lição, **sabendo lidar com ele, ele é bonzinho**. F4

O J é bem agitado, ele é **uma criança bem agitada**, desde pequenininho ele era bem agitado, e de uns tempos para cá que ele fez um tratamento com homeopatia ele deu uma melhorada ele acalmou, até demais, fez tratamento dois anos, ele acalmou até demais, porque antes ele não parava, não parava, parecia num sei o que, **ai em casa ele é bem tranqüilo, só na escola; na escola agora está bem tranqüilo** depois que começou o tratamento com o Dr. Sérgio. Depois que ele começou com a Ritalina eu parei com a homeopatia, o médico mesmo recomendou que fizesse o tratamento com um neuro.

Se mexer com ele, ele é agressivo, comigo ele não é, ele é bem educado, com os irmãos ele é bem agressivo.

Comigo ele se abre mais, conversa bastante comigo, conta o que está acontecendo com ele, só daquele jeitinho, tem que ter uma paciência, ele não gosta que a gente fala para ele, na hora ele não aceita a gente chamar atenção, ele fica brabinho, depois com o tempo ele vê que está errado. Isso desde pequeno. Ele é uma criança carinhosa, **na mesma hora que ele é agitado ele é carinhoso**, ele vem abraça a gente, **ele pede perdão das coisas, vem abraçando, já é uma grande coisa, né?** F6

Assim, desde pequeno e **quando ele nasceu ele era normal**, calmo, não era assim agitado, bem quietinho, dormia a noite inteira, não tinha problema nenhum, até os 3 anos eu achei que ele tava assim tudo bem, daí na creche ... depois dos 3 anos ele começou a ficar assim um pouco assim, ele não queria fazer as coisas da creche, não fazia a lição, desenho dele era só risco, ele não participava, eu sempre via ele sozinho, era difícil brincar, ter mais amiguinhos.

Depois dos 3 anos percebia ele mais agitado, mais nervoso, jogava as coisas , jogava brinquedo. Ele tem diagnóstico de TDAH e dislexia aí eu não entendia bem o que era dislexia, agora mais ou menos eu acho que ele tem...**E a hiperatividade é assim em casa o comportamento dele é...nossa... ele não pára um minuto e eu levei ele na psicóloga por causa do nervoso, ele chutava, ele joga, ele morde, ele ataca a gente, nossa.. ele xinga, ele fica assim, noossa.. é terrível.**

É difícil porque, **ao mesmo tempo que ele é carinhoso**, daqui a pouco **ele já ta agredindo** você, qualquer coisinha ele agride, ele xinga bastante, se ele não gosta de uma coisa se manda ele colocar aquilo ele não vai, é bem difícil tudo que eu mando ele fazer é difícil ele fazer,daí tem que brigar aí aquela briga, é complicado. F5

V **era assim grosso com todo mundo, sem educação, bravo, briguento, não concordava com nada, tudo era motivo de quebra pau**, então era assim, houve uma melhora muito grande **com o passar do tempo já com o tratamento ele melhorou muito, muito do que ele era, agora assim ele é fácil de conversar, ele concorda com outras opiniões, porque antes ele não concordava, era só o que ele achava e pronto, ele está em tratamento há quase 4 anos**. F8

O I assim é uma **criança carinhosa**, as vezes é até pegajoso de tão carinhoso que é, **a dificuldade dele comigo é o comportamento, regras, deixa as coisas jogadas, tudo ele destrói carrinhos, cadernos, mas o I é assim uma criança inteligente, bonita**. F7

O discurso dessas mães²⁰ revela o modo com que elas percebem seus filhos. E, embora possa se notar muitas semelhanças nessas falas, percebe-se nelas a presença de muitos opostos entre si (calma/nervosa; agressivo/carinhoso; agitado/tranquilo) termos que necessariamente não revelam uma contradição, mas sim uma ambigüidade.

Schaefer e Janttsch (1995, p.33), apontam o ambíguo como “uma situação resultante de elementos confusa e insuficientemente considerados e compreendidos pelos indivíduos populares”, isto é, para estes autores, na mente do indivíduo popular a ambigüidade se apresenta na forma da sistematização confusa de elementos conceituais através de termos aparentemente contraditórios. Assim, ambigüidade não é contradição, já que o pressuposto para a contradição é a formação de um par necessário, isto é, aquele cuja relação se estabelece na medida que ao se negarem se necessitam e promovem uma solução de superação, uma transformação.

Na realidade, a ambigüidade aparece como raiz da contradição real, presente na sociedade, entre bem e mal; na medida em que, como mães, esperam filhos bons e ao mesmo tempo deparam-se com características nos seus filhos que são classificadas socialmente como más, elas não conseguem entender como um indivíduo carinhoso, bondoso, amigo, pode ser ao mesmo tempo agressivo, grosso, desrespeitoso, sem perceber que bem/mal estão presentes no ser humano em interação permanente. Um não existiria sem o outro, e da luta entre eles é que surge aquilo que cada um dos filhos delas é, daí a necessidade de reforçar verbalmente as qualidades que, pela história de vida da família e da criança, poucas pessoas vêem e percebem.

Outra questão que se evidencia é a falta de consciência das mães em entender o comportamento como processo dialético entre o biológico e o meio social. Conforme Vigotski esclarece :

O comportamento é um processo dialético e complexo de luta entre o mundo e o homem e tanto no interior do homem quanto no desfecho dessa luta as forças do próprio organismo e as condições de sua constituição herdada desempenham papel não inferior ao da influência agressiva do meio. (VIGOTSKI, 2001, p.71)

Pela participação nas reuniões pôde-se perceber que os pais/familiares passam por algumas fases quando tomam conhecimento que o filho é portador de um distúrbio

²⁰ Utiliza-se o termo mães apesar de outros graus de consangüinidade envolvidos, porque na verdade avó e bisavó exercem, ainda que de forma parcial, o papel de mãe para essas crianças.

psiquiátrico, quais sejam: choro, culpa, reação, ação. O choro diante de um diagnóstico inicialmente inexorável e colocador de limites para o futuro do filho; a culpa por não ter percebido antes as dificuldades da criança e pelas reações violentas diante do comportamento da criança; e a alegria pelos resultados obtidos a partir da prática social transformadora. Para esclarecer melhor, seguem-se algumas falas:

F1 –(...)daí saí **chorando; chorei um ano, chorei um rio**, do jeito que eu sou exagerada, gosto de tudo tão perfeito, **na minha cabeça não entrava como deixei minha filha chegar a esse ponto.**

C10- Em entrevista perguntaram se eu sabia se as crianças com TDAH apanham mais que as outras.

F1- Eu acho que sim.

F8- Eu acho que sim. Porque até que a gente saiba sobre o problema. O V estava com 5 anos quando eu vim a saber o que era hiperatividade, foi aí que eu fui me informar. **Eu comecei a ficar com culpa pelas vezes que bati nele.** Sofri para lidar com isso, **quando eu precisava corrigir ele de alguma coisa eu ficava com remorso**, fiz tratamento com a psicóloga para me ajudar.

F1- Lembra que você pensava que nunca ia acontecer com o teu?

F8- Eu lembro. Hoje falei para o meu marido: ai amor, sabe que **hoje eu vim chorando da escola, mas chorando de alegria o caminho inteiro; porque quantas vezes você chora de nervoso, de medo que seu filho vai se perder(...)**

F1- C10 você vê que dá certo porque a família vai atrás da situação, eu descobri que outras coisas era diferente, até passei a época de chorar de tristeza, de começar a me culpar, começar a reagir, a começar a ver o que ela gosta, a respeitar realmente o lado dela, **porque é essa a fase que a gente passa, até chegar a respeitar o teu filho do jeito que ele é, aí você já não é mais culpada de nada, você só olha o teu filho e vê o que fazer para ele, aí faz o sistema para ele, acho assim, você se envolve(...)** não é que a gente queira dizer que é a mais culta, é mais interesse, é estar envolvida(...)

As mães F1 e F8 participam das reuniões de orientação a pais desde que estas iniciaram; esta participação foi significativa para o avanço da consciência dessas famílias para um novo estágio, confirmando as idéias de Luria quando afirma que “as características básicas da atividade mental humana podem ser entendidas como produtos da história social- elas são sujeitas a mudanças quando as formas de prática social se alteram; são portanto sociais em sua essência.” (LURIA, 1990, p.218).

As reuniões foram momentos privilegiados de possibilidade de orientação para introdução de atividades que não faziam parte da vida dessas famílias; neste sentido, a relação discursiva entre o grupo (processo intersíquico), contribuiu para oportunizar uma nova organização nas redes neuronais (intrapsíquico) ou uma nova forma de atividade mental dessas mães, e conseqüentemente uma nova forma de agir com seus filhos. Esta questão será destacada posteriormente (página 106).

b) A relação familiar

Durante as entrevistas e as reuniões do CENEP, evidenciaram-se muitas situações de desestrutura e desajustes familiares e, a partir da relação estabelecida entre os pais/ familiares, foi possível perceber que estes se reconhecem enquanto sujeitos.

A teoria de formação social da mente de Vigotski tem como essência a idéia de que não há indivíduo sem a participação do grupo social, ou seja, as formas de ação humanas- funções psicológicas superiores- só vão se desenvolver a partir da interação social, neste sentido, Luria (1990, p.194) propõe a abordagem da autoconsciência como produto da consciência do mundo externo e de outras pessoas, o que implica que o indivíduo vai ser para si aquilo que ele é para os outros.

Neste sentido, Molon aponta

O eu se constrói na relação com o outro, em um sistema de reflexos reversíveis, em que a palavra desempenha a função de contato social, ao mesmo tempo em que é constituinte do comportamento social e da consciência(...) temos consciência de nós porque temos dos demais, porque somos para nós o mesmo que os demais são para nós, nos reconhecemos quando somos outros para nós mesmos. (MOLON, 2003, p.83-84).

O que se pode perceber em algumas falas:

(...) não era tanto o tratamento da filha, **era eu que precisava de tratamento também.**(F1)

(...) as vezes a gente reclama um pouquinho, se pergunta, **por que eu?** (F2)

F8- **Eu fui hiperativa, eu tive déficit de atenção**, não estudei porque na minha época não tive chance com nada, porque também não aprendia, eu lembro tudo que eu passei e não quero que meu filho passe igual, porque na época da gente em vez de você ter um apoio você tinha que apanhar, críticas porque você era burro.

F7- **ultimamente eu tava com medo de mim**, eu já agredi ele verbalmente, eu já falei para o meu filho eu te odeio.

A desestrutura familiar também se revela:

F4- (...) **ele ficou com a mãe dele direto mesmo acho que 1 ano** quando ele tinha entre 1 e 2 anos, ela ficou com o pai dele aí não deu certo e ele voltou comigo, aí ela morou comigo também , uns 2 ou 3 anos, mas **ela é muito geniosa demais, quando ela faz a lição com ele, ela grita muito com ele.**

F6- (...) **o pai é muito estressado**, o pai passa aquele estresse, o J é assim estressado por causa do pai, **ele chega em casa berrando, ele é muito... muito exigente com tudo**. Ele precisava mesmo de um psicólogo, ele é uma pessoa assim tão boa, tem um coração tão bom, é um bom pai, só que o estresse.. **é agressivo e essa agressividade que passa, o J diz: eu não posso bater, o pai me bate, quando meus amigos aprontam eu bato mesmo...**

F5- **Ele não tem o pai presente, nunca teve, não conhece o pai**, nunca teve relação com o pai, a psicóloga falou que ele é muito carente.

As mães que participam das reuniões na medida em que vivenciam essa experiência social vão mudando a sua percepção em relação aos seus filhos, à dinâmica familiar, e vão se transformando, reescrevendo sua história uma vez que se estabelece

uma relação dialética das dimensões interpsicológica e intrapsicológica, compreendidas no posicionamento de que o intrapsicológico-interno foi antes interpsicológico-externo, isto é, o social constitui o sujeito ao mesmo tempo em que é constituído por ele, ambos sendo constituídos pelas mediações dos signos. (MOLON, 2003, p. 100)

E, na medida em que se transformam vão percebendo o outro de sua família, do círculo social ou da escola que não atingiu ainda o seu nível de consciência. A forma como reagem a isso indica os avanços que conseguiram através da prática social; algumas reagem com indignação:

F6- desde o prezinho **as professoras falavam que ele precisava um tratamento com o psicólogo, bem ignorante, ele precisa é de cinta**.

F4 (alterando o tom de voz)- Sabe o que **a mãe dele** fala? Que hiperativo nada, **não é hiperativo nada, é vagabundo tem que fazer a lição**.

F5- é difícil, porque tem meu irmão que briga com ele direto, porque tudo o que ele faz ele faz muito barulho com a boca para brincar com os carrinhos, então **meu irmão fica brigando com ele direto**.

F7- (...) **a diretora da escola diz que o I é mal educado, que eu não dou limite**.

F9- Sabe o que **a diretora** falou para mim? O U **não tem problema nenhum, é sem vergonhice dele**, mais ou menos que não existe isso, isso aí não é problema.

Outras mães reagem com conformismo, aceitando a reação dos outros frente ao modo de ser do filho como impossível de ser mudada:

F7- **Ele (o pai) acha que o I tem é sem vergonhice, ele diz que psicólogo, médico, é só papo, ele não acredita nisso, ele acha que não é nada** (a expressão da mãe ao dizer isto era de desânimo, incapacidade de fazer qualquer coisa que pudesse mudar o modo de pensar do pai).

Como uma possibilidade:

F8- (...) as vezes a família da gente não entende os problemas da gente como a gente se entende aqui, tem uma solidariedade que você não encontra em todo mundo; aqui a gente tem muita troca de experiências o que um fez que deu certo, né? **A gente pode tentar na casa da gente, com o da gente também porque tudo é uma questão de ajuda.**

Como motivação para ação

F1- Tudo que eu aprendi no grupo para mim era um trabalho, eu aplicava em casa, minha filha que não aceitava eu deixei ela de fora, então você não me atrapalha mais, meu marido, meu outro filho ajudando, aí continuamos nós três, se só uma pessoa for com esse sistema de trabalho não funciona(...) então acho assim que mudamos 100% a forma de pensar.

Percebe-se, portanto, que embora as mães conscientes estabeleçam relações, com e na experiência de outros sujeitos, pela intersubjetividade, “o plano intersubjetivo não é o plano do “outro”, mas o da relação do sujeito com o outro” (GÓES, 2000, p.24). Neste sentido, a maioria das mães não estabeleceu, com os outros membros da família, uma forma de interação que os possibilite avançar para um novo estágio de pensamento. Um possível motivo seria a falta de uma mediação adequada, no entanto, a pesquisadora concorda com Smolka (2000, p.35) quando discute a questão da apropriação das práticas sociais propondo o deslocamento do foco das análises das ações mediadas para a significação das ações no jogo das relações. Segundo Smolka, “a questão da apropriação aparece profundamente relacionada à questão do acesso: acesso ao conhecimento, acesso ao outro; e também à questão dos modos de participação nas práticas sociais”. (SMOLKA, 2000, p.35).

c) A relação com a escola

O “maior dos problemas” da vida das famílias e dos alunos com TDAH diz respeito à sua relação com a escola. Foram tantos os indicadores que emergiram nas entrevistas e nas reuniões, que foi necessário selecionar aqueles que englobam de uma forma mais abrangente os seus aspectos mais significativos.

Em primeiro lugar, destaca-se a **valorização do desempenho acadêmico** pela família. O TDAH, como já referido, é um transtorno do desenvolvimento com amplas repercussões, no entanto, embora as mães refiram-se a estes comprometimentos, têm

uma tendência em minimizá-los privilegiando e atribuindo um valor muito maior às questões escolares, especialmente ao que se refere ao desempenho de seus filhos. Algumas falas demonstram isso:

F2- (...) é amorosa, boazinha, ajuda, coopera, **o único problema é na escola que tem dificuldade.**

F4- (...) ele não é mal criado, ele tenta (...) quando ele tem que fazer os trabalhos dele ele tem preguiça, **tem que lutar um pouco para ele fazer a lição.**

F6- **Ele está na 5ª série pela terceira vez,** trocou de escola porque as professoras mesmo falaram que era melhor trocar (...) porque já estava muito visado.

F8- O V está maravilhoso, eu não acredito, **eu fui na escola só escuto elogio, elogio (...)** esse ano ele está sem psicóloga, sem pedagoga, ele tinha um distúrbio de comportamento, ele era assim muito agressivo a tudo que a gente falava.

A sociedade capitalista e o ideário neoliberal cristalizam a idéia da escola como instrumento de mobilidade social, assim, especialmente para essas famílias de condição sócio-econômica baixa, a escola é a grande, e provavelmente a única, possibilidade de ascensão social e neste sentido o baixo desempenho acadêmico frustra essas expectativas. Para Padilha,

A crença de que cada um deve atingir o máximo de produtividade, e que este máximo depende de seu desejo, revela a ideologia liberal, a qual supõe que o ponto de chegada de cada um depende do que emana da individualidade, sendo a escola apenas um ponto de partida que oferece as mesmas oportunidades, as mesmas chances. (PADILHA, 2004, p. 49).

Essa crença gera um grande conflito nas famílias, uma vez que se a escola está oferecendo a mesma oportunidade para todos, a responsabilidade do fracasso é toda delegada para a criança (que não se esforça o suficiente, “optando” por fracassar) e para a família, que não participa de forma adequada para que essa criança faça a escolha certa, a escolha pelo esforço, a dedicação e o sucesso.

Dessa forma, dialeticamente, essa família convive com o sucesso/fracasso, que permanecem em luta constante, e cujo resultado será o possível. O quanto este possível contribuirá para que a criança com TDAH recupere sua auto-estima e se constitua enquanto sujeito, é responsabilidade do meio social que a cerca. Ter a consciência disso vai possibilitar um novo olhar sobre elas e a partir disso a motivação para o agir.

Outra questão apontada é o fato que **a escola cobra a participação das famílias**, mas quando é chamada a participar, como no caso do ambulatório do TDAH, não faz a sua parte:

C10- Aqui eles também não vêm, mas aí é recíproco, **os pais não vão na escola, mas a escola também não vem aqui, é contraditório**, como você pode querer estabelecer uma estratégia que você mesmo não faz?

F1- Eu comentava com a diretora, amanhã é a última vez que eu vou(...)

F8- Na reunião da escola dos meninos estavam falando muito sobre isso, **que o desempenho principal das crianças na escola é a família e poucos participam.**

C-10- A sua escola veio aqui? Pois é, acabei de falar, **a escola está cobrando da família uma coisa que ela não está fazendo.**

F-8- **Eles não vieram nenhuma vez.**

F3- Hoje tem reunião na escola da N.

C10- **Eles também não vieram.**

F8- **Na escola do meu filho ninguém veio, faz 3 anos** (fala o nome da escola).

C10- Nós tivemos uma reunião semana passada e eu comentei, no CENEP a gente disponibiliza e no mês passado não veio ninguém, nem no anterior.

F8- Eu acho assim, sabe C10, **eles cobram muito da gente.**

F5- Exatamente.

F8- Se o filho da gente não tá indo bem, eles chamam a gente porque o teu filho não tá fazendo lição porque teu filho isso(...)

F5- Eles reclamam, reclamam, reclamam(...) coitado do piá lá, nhém..nhém..nhém..(sic)

F8- Agora eles não se interessam pelo problema que o filho da gente tem, eles têm que saber do que se trata também.

F3- A escola da N prometeu que esse mês viria e não vieram ninguém

C10- A gente fica pegando no pé, tá, até que eles entendam, a questão é exatamente essa, que é difícil, aí duas escolas vieram dizer ah a gente nunca soube, é porque as crianças não estão no ambulatório, a gente vai providenciar isso, aí teve uma escola que veio para a C1, a gente recebeu, mas não vai poder ir.

F8- Em 3 anos, a escola dizer que não pode vir.

F5- A do S nunca veio.

F8- Agora o V é o último ano, mas tem o meu pequenininho que tá em acompanhamento aqui por déficit de atenção que vai continuar na escola, eles não tem interesse.

C10- Nós vamos continuar pressionando as escolas(...)

F1- Ontem dia das mães eu fui lá, ela foi desviou a conversa, ela quer que eu ajude pra festa junina, eu to já no grupo da formatura, e eu falei como que vou te ajudar se você não me ajuda? Falei assim, né? Aí ela falou ah F1 ,não é só eu, mas ela quer que venha professores, mas ela diz que eles não querem vir.

C10- Mas a diretora manda ou não manda?

F8- C10, toda escola agora tem um dia na semana de permanência. Para que serve a permanência? Eles podem tirar um dia da permanência.

C10- não é para preparar aula, é para se especializar, para poder fazer capacitação, para poder sair para resolver os problemas, que nós vamos usar esse horário pros professores também da Prefeitura, elas já sabem que se precisar pode fazer, não tem conversa, é só uma questão de vontade mesmo.

S- Lá na escola da G permanência nem é de sexta feira é de quinta mas elas já se esquematizam no dia da reunião.

F5- Pelo menos uma vez, mas nenhuma vez (...)

Tendo acompanhado as reuniões de pais desde o ano passado (estudo piloto) a pesquisadora pôde perceber como, a partir das práticas discursivas dessas mães, foram acontecendo e se transformando as suas relações de vida, como foi surgindo uma consciência crítica que aos poucos foi se construindo a partir da reflexão em que elas começaram a se perceber como protagonistas e não como mero coadjuvantes na relação família/escola.

Assumindo essa nova postura, nas entrevistas (principalmente naquelas realizadas posteriormente às reuniões, em que foi problematizado o não comparecimento das escolas ao CENEP) evidenciaram-se críticas muito producentes em relação aos educadores:

F5- (...) ai, com a professora é difícil, porque eu já conversei várias vezes com ela, já expliquei a situação dele, já expliquei como ele é, ele é mais lento, é difícil assim para ele entender as coisas, né? muita coisa para ele não adianta dar ele não faz, dei até aquele manualzinho que a C10 deu para nós, dei para ela, expliquei tudo, mas **a impressão que eu tenho é que eu falo com ela entra num ouvido e sai no outro que ela não dá muita atenção.** Acha que a criança está fazendo cena, sei lá, que é falta de estudar, daí as reuniões aqui ela não vem, a C12 já mandou vários bilhetes, que ela também não tem tempo de ficar no telefone, manda escrito, assim assado, gostaria de uma avaliação do S na sala, comportamento, tudo, até hoje ela não mandou, daí ele fazia... ele fazia... (como é que chama?) reforço na escola, duas vezes por semana, daí ela pediu também do reforço como é que ele tava e também não responderam, isso foi no ano passado já, não.. começo do ano e até agora nada já tamos aí quase em agosto e até agora nada. **Eu participo das reuniões, não falam nada sobre algum tipo de preparação para a 5ª série nem se ele vai passar.**

F5- Ele tem medo de mostrar as coisas na escola, ele sabe, a psicóloga falou, ele faz um esforço tão grande pra aprender, que ela falou é mais do que ele.

C10- não tem como você conversar com a professora dele?

F5- Ai a...a professora dele, tudo isso, olha eu dei o livro para ela, pedi para ela vir na reunião, explico mas a impressão que eu tenho é que ela não quer entender, ela só fala em aula, em estudo, ela não quer entender essa parte.

F7- Olha, eu to há 10 anos aqui, 12 anos não sei o que, estudei num sei o que, isso aquilo mas não tem uma criança que nem o teu filho, **eu falei assim: teoria é uma coisa a prática é bem diferente, e ela, mas nós trabalhamos com hiperativos até agora, eu: mas há hiperativos e hiperativos,** eu sou leiga em muita coisa, acho melhor você ler mais, e ainda falei mais, se você quiser eu te dou o I por 24 h para você trabalhar com ele (isso foi para a diretora), porque ela diz que o I é mal educado, que eu não dou limite(...)

A maior dificuldade de todas as mães, como a minha, eu já tô no 4 /5 colégio, ele tem 8 anos, é com as professoras, a maior dificuldade é que : é a mãe, a criança é mal educada , e o I não é criado na rua, ele nunca foi para a rua, ele não tem amigos,ninguém gosta dele na sala de aula(...)

F5- Eles não ligam, não têm interesse, faz que nem a **C12, ela escreve, hoje ela escreveu um bilhete desse tamanho, pedindo um relatório, já é o segundo bilhete, o primeiro ela disse que não podia responder, não pode ligar, ela deu o telefone e pediu para a C12 ligar das 18 as 19, só que a C12 não pode ligar porque está fazendo um curso. Eu vou ligar e vou falar então você vai responder por carta.**

A professora é professora, o resto ela não quer saber se tem problema, quando eu começo a falar dessa parte para você ter uma idéia, ela vai andando e eu vou atrás e ela vai(...) muitas vezes eu paro na esquina, todas as reuniões eu vou, e eu comecei explicar, ele tem

problema, ele não consegue, falei para ela, não é culpa dele, na hora da prova ele começa a fazer, ele esquece tudo, ele faz, a C12, nossa(...) e chega na hora ele não consegue, ele fica com medo de dizer que não sabe, dos outros dar risada, então ela tem que entender essa parte.

F5- A professora do reforço é um horror, a professora falou assim para mim: **você não acha que ele tem preguiça?** Eu falei: não, ele não tem preguiça. Ela disse: ele tem que se esforçar. Eu falei: ele se esforça. Quem não se esforça é ela. Então sabe, **eu larguei mão da escola**, eu não me incomodo muito com a escola, porque eu sei que aqui(...). A psicopedagoga fala: eu não acredito como ele teve progresso, então se ela tá vendo, se aqui tá vendo(...) **eu não me importo com a escola.**

Esses relatos evidenciam o quanto é problemática a relação professores/escola X pais. Na medida em que a escola desqualifica o aluno e a família, responsabilizando-os pelo fracasso escolar e mais ainda, não lhes dando voz, além de potencializar o fracasso acabam por desqualificar a própria escola, fazendo com que os pais cheguem ao ponto de **“não se importar mais com a escola”**.

As falas das mães sobre a relação com a escola e com os educadores possibilitam algumas considerações.

A primeira delas é, como já referenciado, a essência social do homem, ou seja “a transformação de atividades externas, de natureza social, em experiências internas, apropriadas pelo sujeito a partir das interações sociais” (CARNEIRO, 1997, p.134). Neste sentido, no decorrer do ano, com a participação nas reuniões, as mães foram se transformando a partir da apropriação de modos diferentes de ver, entender e agir diante da limitação biológica de seus filhos e, portanto, passaram a ter outra postura frente a relação com a escola, começando a desconstruir a crença que admite ser responsabilidade unicamente do aluno o sucesso ou fracasso escolar.

Smolka quando analisa a noção de apropriação, destaca a associação que normalmente se faz entre internalização e apropriação dos meios culturais de mediação, bem como a possibilidade de observar de algum modo a adequabilidade e pertinência das ações. No entanto, segundo esta autora, *“tornar próprio não significa exatamente, e nem sempre coincide com tornar adequado às expectativas sociais. Existem modos de tornar próprio, de tornar seu, que não são adequados ou pertinentes para o outro”*. (SMOLKA, 2000, p.32).

A avaliação do que é ou não passível de apropriação ou de internalização também é uma construção social e depende da avaliação e validação de alguém autorizado, assim,

a um determinado modo de pensar que vai sendo coletivamente difundido e *apropriado*, tornado próprio e comum ao mesmo tempo, corresponde um determinado modo de fazer, uma certa prática educativa que aparece como *não apropriada* (não adequada) porque restritiva ou excludente. (SMOLKA, 2000, p.34).

Diante dessa idéia, como avaliar (se é que alguém deve avaliar) a escola que cobra da família, mas não faz sua parte? A professora, semelhante ao professor de estojo (VIGOTSKI, 2001, p.449), que imbuída do papel de instrumento da educação, é mera repetidora, tanto de conteúdos quanto de sugestões para a mãe, a ponto de manter-se refratária às palavras da mãe sobre a criança? A mãe que afirma “não se importar mais com a escola”?

Embora, conforme Smolka (2000, p.36), muitas tensões se instalem na produção de significação, e estas tensões produzam efeitos diferentes dependendo das relações e das posições dos sujeitos nas relações, a força das idéias de Vigotski está na possibilidade de assumir os processos psicológicos de internalização/apropriação como um princípio relacional. Assim,

A apropriação não é tanto uma questão de posse, de propriedade ou mesmo de domínio, individualmente alcançados, mas é essencialmente uma questão de pertencer e participar de práticas sociais. Nessas práticas, o sujeito- ele próprio um signo, interpretado e interpretante em relação ao outro- não existe antes ou independente do outro, do signo, mas se faz, se constitui nas relações significativas. (SMOLKA, 2000, p.37).

d) O trabalho do CENEP

Em relação ao trabalho realizado no CENEP, foram analisadas inicialmente as percepções das mães em relação às reuniões para as famílias e a sua participação nas mesmas. Todas destacaram a importância desse trabalho como parte do tratamento de sua criança.

Em todas as entrevistas as mães afirmaram que, as reuniões **contribuem para que as famílias não se sintam sozinhas**:

F1- O grupo, acho que.(..) **vi que todo mundo tinha o mesmo problema que eu que não era só eu que estava sozinha (...)**

F2- Às vezes a gente reclama um pouquinho, se pergunta, **por que eu?** São perguntas que a gente não deixa de se fazer(...) **ai naquela reunião você vê tanta coisa pior**, eu lá dentro vejo que sou uma privilegiada, é bom por causa disso, **ai vejo que não posso ficar reclamando porque minha filha é uma benção em relação a tudo que a gente vê.**

F4- (...) porque **a gente vê que não é só a gente que tem problema**, tem ajudado muito(...)

F6- (...) porque a gente pensa assim, meu filho é(...) **aí a gente vê as outras mães, a gente vê que não é só a gente que tem aquela agitação**, aí a gente vê eles conversando(...)a gente aprende tanto(...)

F8- (...) a gente **tem muita troca aqui de solidariedade**(...)

F7- **Eu tava sozinha numa luta contra a escola, o CENEP me ajudou muito.**

Historicamente a sociedade capitalista construiu a expectativa do filho saudável, inteligente, de forma a poder ser competitivo e conseguir sucesso. Defrontar-se com a realidade de ter um filho que foge dos padrões considerados normais, já que portador de uma patologia, provoca nas famílias a sensação de exclusão, de solidão, de diferença, uma vez que, no imaginário delas, o mundo é feito de sujeitos saudáveis e perfeitos, e elas fracassaram nesse objetivo. Neste sentido, no trabalho que desenvolvem em grupo, têm a possibilidade de, através da interação com o outro, se perceber como parte de um grupo muito maior do que supunham, e isto de certa forma é o primeiro passo para a objetificação da consciência, pois,

A interação e a comunicação com os outros incita as pessoas a explicitar suas intenções e significados de modo que possam ser reconhecidos pelos outros. Idéias e sentimentos incipientes devem ser organizados, sistematizados e objetificados para que sejam identificáveis pelos outros. Essa objetificação transforma as idéias em conceitos que podem ser controlados e manipulados pelo próprio indivíduo. Agir para os outros fortalece, assim, o *pensamento conceptual* por parte do indivíduo. (RATNER, 2002, p.29).

Outra grande contribuição das reuniões do CENEP é em relação à **produção de conhecimento**, já que os familiares afirmaram que não conheciam nada sobre TDAH e, portanto, não tinham a menor idéia de como lidar com os seus filhos. Dessa forma, as reuniões foram uma oportunidade de aprender mais, não só sobre o transtorno, como também estratégias a serem utilizadas no dia a dia com as crianças.

F1- **Não conhecia nada sobre TDAH, nem sequer sabia que existia isso.** Comecei a me preocupar **quando C8 falou que minha filha tinha TDAH, entrei na Internet, comecei a pesquisar**, fui a ... como se diz?... um Congresso, e **aí comecei a averiguar e a entender.**

F3- (...) **muitas coisas que é falado na reunião eu passo para os pais e nós trabalhamos em cima do que é falado, tem ajudado bastante. Ninguém tinha conhecimento sobre o TDAH.**

F4- **Ajudou porque eu entendo que ele tem esse problema todo**, só é que os outros não entendem(...)

F6- (...) **a gente aprende tanto**, eu pretendo continuar, **eu acho que melhorou até minha relação com ele**, porque antes eu não tinha paciência para ajudar.

F8- Olha, para mim foi muito bom, porque hoje, assim, **a gente aprendeu muito mais coisa do que a gente sabia**, porque a gente sabe, mas não é que nem aqui que a gente pode perguntar mais as coisas, coisas que acontecem no meio da semana da gente que a gente as vezes ficava em dúvida, né? **No comportamento deles, como faz, como não faz.**

(...) **a gente tem muita troca de experiências o que um fez que deu certo, né?** A gente pode tentar na casa da gente com o da gente também porque tudo é uma questão de ajuda.

F5- (...) **eu não entendia bem sabe? O que era? Por que?** Na consulta ninguém falou nada....**depois de um tempo eu fui lendo.... acho que se não fosse as reuniões com a C10 a gente tava perdida.**

Os relatos das mães evidenciam o pensamento de Vigotski quando diz que o indivíduo se apropria da experiência dos outros a partir de situações de interação social, uma vez que as funções psicológicas superiores dentre elas a consciência, vão se constituindo no sujeito a partir do plano intersubjetivo para o intrasubjetivo:

Todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro no nível social, e, depois, no nível individual; primeiro *entre* pessoas (*interpsicológica*), e, depois, no *interior da* criança (*intrapsicológica*). Isso se aplica igualmente para a atenção voluntária, para a memória lógica e para a formação de conceitos. Todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos. (VIGOTSKI, 2003a, p. 75).

Dessa forma, Molon refere que:

O sujeito é constituído pelas conexões, relações interfuncionais, interconexões funcionais que acontecem na consciência e que conferem as diferenças entre os sujeitos. Não é a presença das funções psicológicas superiores que determinam a especificidade do sujeito, mas as interconexões que se realizam na consciência pelas mediações semióticas que manifestam diferentes dimensões do sujeito, entre elas: a afetividade, o inconsciente, a cognição, o semiótico, o simbólico, a estética, a imaginação, etc. (MOLON, 2003, p.115)

O ponto crítico que emergiu, no que diz respeito às reuniões, foi em relação à **interação que se estabelece com os profissionais do CENEP nas situações de diagnóstico, especialmente com os médicos.**

F8- Eu acho assim que **o atendimento das consultas eu acho que é meio vago**, é assim, **todo mundo vem, te enche de pergunta, pergunta, pergunta, pergunta, mas ninguém explica bem explicadinho para os pais**, desde que eu entrei aqui eu vim aprender o que é realmente nas nossas reuniões, aqui com a C10, não através dos estudantes e nem através do C8.

F5- É que nem a gente conversou nas reuniões, **que eles explicassem que a gente entendesse(,...) porque eles só vão assim passando as coisas pros alunos, pros médicos, a gente fica ali parece um boneco**, a gente que não entende, na avaliação e nas consultas, as consultas agora, você chega lá na consulta, eu tenho uma consulta dia 24, no começo era o C8,

agora eles passam para outros médicos, então você vem na consulta. Como é que tá o S? O S tá assim... (quase não muda muita coisa) tá tomando remédio? Vê peso, reflexos, manda ele escrever alguma coisa, dá as receitas, e mais nada, **não falam a evolução dele, o que a gente tem que fazer, é só isso? Eu acho engraçado, porque leva 3 a 5 meses para você marcar, aí você vem falam, tudo isso, eles não perguntam como está as reuniões? Nem sei se eles sabem que tem reunião, se a família tá participando, se a escola participa? Não perguntam nada**, não sabe se a gente vem se a gente participa, como é que tá as reuniões, nem o trabalho das psicoterapeutas, nada.. nada.. às vezes eu falo : ele vem com a Joara, não falam mais nada, um negócio muito vago, muito simples, né?

F8- Eu **acho que a consulta tem que ter um conteúdo mais explicativo** para os pais saberem realmente o que é(...)

F1- Eu tive duas faces diferentes, quando eu fui particular a psicóloga falou assim, olha, você me desculpe, você tem que estar preparada, sua filha tem déficit de atenção... sua filha vai demorar muito a aprender, os sonhos que você tem de filho não vão se concretizar, você vai ter que ter paciência, você vai ter que ser diferente. Mas como? **Cheguei aqui no C8, chegou um aluno e o doutor atrás, ele pega o caderno, uma folha, e fala assim: déficit de atenção e foi embora (muita indignação ao fazer o relato), e foi embora, mas como assim?** Aí eu falei: mas como doutor? Eu não to entendendo (...) ela foi na psicóloga que é amiga sua e ela disse que ela não vai aprender nada(...) ai ele falou: fique calma (...) fez algumas perguntas (dias da semana, números) e **foi embora, e foi embora....**

No dia da devolutiva: Chego aqui chamam, vamos fazer a avaliação dela, **entro aqui, cheio isso aqui, tudo cheio de professores, eu já me assustei, que que é isso?** O que minha filha tem? Aí começou um por um fazer a avaliação o que minha filha tinha, e eu falei como vai ser? Depois eu falei como vai ser Dr? E ele falou vamos ter que fazer um tratamento para você para você ficar calma aí eu comecei a chorar, olha Dr., imagina esse ano a angústia que eu já tive e o que eu passei, porque você tá falando agora depois de 6 meses de avaliação de minha filha que vou ver alguma luz no fundo, mas antes disso ninguém falava para mim, eu acho angustiante eu como mãe que eu quero saber e vocês não me informa até hoje tão **todo mundo falando uma coisa que não entendo, nem sei como que é, mas que eu vou aprender, na próxima reunião que a gente tem vou saber do que vocês tão falando, daí me mandou a calar a boca (...)** me mandou que eu tinha que ficar bem quieta (...)

C10- Quem?

F1- C8, falou que eu tinha que me tratar primeiro porque **eu tava querendo fazer coisa demais (...)**

As falas das mães retratam bem a forma como as contradições que emergem a partir das relações de produção se materializam na relação da classe médica com pacientes ou familiares.

Numa sociedade capitalista, a concepção saúde/doença também está marcada por contradições que, segundo Minayo

marcam as representações da classe dominante que informam as concepções mais abrangentes da sociedade como um todo e são veiculadas de forma especializada pela corporação médica. Refletem-se também nas representações das classes trabalhadoras que se subordinam à visão dominante, e a reinterpretam de forma peculiar, de acordo com suas condições de existência e seus interesses específicos. (MINAYO, 2004, p.179).

A autora acrescenta que “a barreira mais visível entre o médico e a população, no exercício de sua profissão, se dá através de um código de linguagem fechado e específico”. (MINAYO, 2004, p.181).

As primeiras transformações dessa subordinação, contudo, começam a se delinear a partir da percepção das mães sobre a dicotomia entre diagnóstico e prognóstico/tratamento. Embora os profissionais que atuem no ambulatório do TDAH entendam o seu trabalho como transdisciplinar, mesmo que não expresso de forma conceitualmente clara, para as famílias, o trabalho está longe da transdisciplinaridade.

Os relatos mostram a imprescindibilidade das relações sociais na constituição do sujeito e como esta constituição depende do reconhecimento do outro, pois:

A conversão das relações sociais no sujeito social se faz por meio da diferenciação: o lugar de onde o sujeito fala, olha, sente, faz, etc., é sempre diferente e partilhado. Essa diferença acontece na linguagem, em um processo semiótico em que a linguagem é polissêmica. Neste sentido, o sujeito não é um mero signo, ele exige o reconhecimento do outro para se constituir como sujeito em um processo de relação dialética. Ele é um ser significante, que tem o que dizer, fazer, pensar, sentir, tem consciência do que está acontecendo, reflete todos os eventos da vida humana. (MOLON, 2003, p.115).

Embora reconheçam que se trata de um Hospital escola com uma demanda muito grande de pacientes, as mães possuem uma visão crítica tanto dos profissionais quanto do sistema de saúde de que fazem uso:

C10- sabe, às vezes a gente tem que ter um pouco de compreensão com a máquina, porque isso é um Hospital escola, né? Não acontecem só as consultas, eu sei que é complicado para a gente que está envolvida, mas não acontecem só as consultas, às vezes acontecem outras coisas e as vezes eles também não são responsáveis, porque as vezes acontece alguma coisa..

F1- **Eu desconcordo, porque eu acho assim, quem vem trabalhar num lugar desse sabe que lida com o povo, então quem lida é gente mais humilde, então não entende**, por exemplo, a doutora X também é igualzinha, falou assim pra mim, sua filha vai ter que começar a ter psicopedagoga, psicóloga, não sei o que.. e eu perguntei: Mas como? **Você vai ter que aguardar na fila ali, num sei que (...) não explica nada, te deixa ali e te larga, aí eu voltei para trás e falei mas doutora aonde vou ter que ir? E ela falou: mas já não expliquei para você? Vou ter que explicar duas vezes**, não foi nem uma nem duas vezes foram várias vezes (...)

Eu acredito sabe no que? **Que eles estudam esperando uma coisa diferente da vida(...)** eu acho assim.. quem é médico tem que se doar... é igual que padre, igual que madre, igual que um pastor porque é mal remunerado, não tem horário...

F1- O CENEP quanto ao tratamento das crianças **acho que tinha que ser um horário mais fixo, se você chega 3 horas te atendem 4 ou 5 horas, você tem que ficar esperando, os médicos te fazem esperar um monte também, acho que isso poderia ser mais rápido, agilizar um pouco (...)**

F2- (...) no começo a gente sofreu bastante, **eu esperei uns dois anos numa fila, lá sabe (...)**, aí de tanto bater o pé eu consegui, mas agora tá excelente (...)

F6- agora que nem o S, **será que não seria importante o tratamento com um psicólogo para ele?** Acho que seria importante, mas eu acho que tá bom (...) que ajudou bastante.

F8-(...) **lógico é corrido é um monte de crianças, e tudo, mas eu digo assim, as vezes eu acho até os pais as vezes não demonstram tanto interesse até por não saber direito, porque também ninguém explica direito**, eu acho assim que teria que quando a criança chega aqui, que é diagnosticado o problema, tem que ter ou então colocar uma pessoa para explicar para o pai qual é a dificuldade do seu filho o que vai poder ser feito para melhorar ele, porque às vezes a pessoa não dá valor, **se o pai não der interesse na primeira consulta ele já num vai dar no resto porque ele já não vai nem vim se ele achar que aquilo não é nada que é um monte de besteira ele já não volta mais.**

As mães reconhecem o trabalho bom que o CENEP desenvolve apesar das dificuldades inerentes aos serviços públicos, especialmente os que se referem à saúde, no entanto não aceitam este argumento como justificativa para uma relação de submissão (embora algumas ainda pensem dessa forma); elas têm a percepção de que muitas coisas que poderiam ser melhores, dando sugestões bastante interessantes, como no último relato, em que a mãe relaciona o nível de comprometimento e participação das famílias com a forma como transcorre a primeira consulta.

6.3.2.2 Grupo B- Professores

a) Participação no CENEP

Em relação à participação dos professores nas reuniões do CENEP, buscou-se descobrir em primeiro lugar como justificam sua presença ou não nas reuniões.

P1- (...) até eu tava conversando com a P2 sexta-feira na volta, às vezes as pessoas não valorizam, disponibilizando professora e orientadora por causa de um aluno, mas **aquilo que a gente traz lá do CENEP é tão bom para o trabalho geral até da escola e até da turma como um todo, porque tudo que eu trago de lá me ajuda com o trabalho com todas as crianças, principalmente aquelas que têm dificuldade, eu vejo o trabalho do CENEP muito importante e eu acho deveria ser estendido para mais professores, sabe?** Porque muitos professores aqui sofrem com as crianças com o TDAH e não sabem como lidar com eles.

P2- Participo das reuniões. **A escola tem muito respeito quanto a esse trabalho do CENEP e facilita a ida do professor mesmo não sendo dia de curso dele ou dia de permanência, a escola coloca alguém para ficar na sala do professor porque nós achamos muito importantes as trocas de informações que acontecem lá no CENEP junto com os textos que a C-10 oferece para gente.**

P4- **Nunca participei das reuniões do CENEP.** A diretora sempre avisa sobre as reuniões, fala vai ser bom(...) **eu trabalhava aqui de manhã , a tarde e a noite no Estado.**

P3- Já participei, foi bem interessante, **tem sido assim falta de tempo mesmo, porque a escola suga demais a gente**, acaba não tendo tempo de ir durante o período letivo durante o período de aula, porque as reuniões acontecem no horário de aula, sempre acaba acontecendo uma coisa ou outra, porque a escola te prende muito, precisa da tua presença aqui. Quando eu participei achei interessantíssimo.

P5- **Nunca participei das reuniões do CENEP. Foi comentado alguma coisa pela supervisora porque a avó falou que tinha passado uma circular, mas eu não recebi.** Tomei conhecimento agora, ainda não teve nada. Não conheço o trabalho do CENEP por isso não posso falar nada.

P6- **não participei, nunca nós fomos, nós fomos comunicadas da reunião, na verdade é assim, nós não fomos nenhuma vez, sempre assim, não dava para ir, nós não fomos mesmo, só que esse ano não recebemos nenhum comunicado,** até esse ano a C12 não entrou em contato mas ela sempre esteve em contato com a escola, é(...) eu vejo assim, que é um pouco distante o trabalho, sabe? o contato nosso com ela, a gente vê pelas outras psicopedagogas que as crianças trabalham ou outros profissionais que trabalham entram mais em contato, é difícil... em geral elas entram em contato, quando a gente tenta em geral é difícil.

P7- **A minha participação nas reuniões no CENEP se deu por sugestão da escola que incentiva e valoriza a minha participação.** Assim, sempre compareço nas reuniões agendadas no CENEP.

As falas dos professores revelam que estes e a escola têm dificuldade em perceber que a participação nas reuniões vai muito além da questão individual de um aluno com TDAH. Os educadores alegam falta de tempo, falta de comunicação; motivos que parecem menores diante da constante alegação das escolas da falta de profissionais capacitados para lidar com a diversidade. Por outro lado, embora exista uma postura favorável da escola frente à participação como elemento facilitador, percebe-se que não é suficiente. Leontiev, quando se refere à atividade, distingue o significado desta em relação à ação:

Distinguimos o processo que chamamos de ação da atividade. Um ato ou ação é um processo cujo motivo não coincide com seu objetivo, (isto é, com aquilo para o qual ele se dirige), mas reside na atividade da qual ele faz parte.Porque o objetivo de uma ação, por si mesma, não estimula a agir. Para que a ação surja e seja executada é necessário que seu objetivo apareça para o sujeito, em sua relação com o motivo da atividade da qual ele faz parte. (LEONTIEV, 1988, p. 69).

Neste sentido, é necessário que a ação dos professores de ir ao CENEP faça parte de uma atividade como, por exemplo, um projeto da escola visando a redução do fracasso escolar, ou ainda um projeto de capacitação de professores, enfim, essas são só algumas de muitas possibilidades que precisam ser construídas pela comunidade escolar; talvez dessa forma, os professores não se sintam “perdendo tempo” e vejam sentido na sua participação.

b) Conhecimento sobre o TDAH

Tanto nas entrevistas como nas reuniões ficou evidente o pouco conhecimento que os professores, têm sobre o TDAH. Mesmo que já tenham lido sobre o transtorno, têm dificuldade em entendê-lo como um distúrbio neurológico, ou melhor, têm dificuldade em incorporar esse conhecimento à sua *práxis*.

Segundo Pino (2002, p.57), a principal implicação da perspectiva sócio-histórica de Vigotski é a idéia de *práxis*, ou seja, a articulação dialética entre razão (teoria) e experiência (prática), já que uma não vive sem a outra porque são mutuamente constitutivas. Esse conceito é fundamentado na categoria marxista da prática social, isto é, prática como atividade material orientada para a transformação da natureza e da sociedade.

Num primeiro momento, os professores chegam ávidos por saber como lidar com a criança com TDAH, pois em geral o comportamento da criança na escola já promoveu um desgaste muito grande no professor e na equipe pedagógica. Neste sentido, muitas escolas comparecem esporadicamente às reuniões e quando percebem que não existe uma receita mágica que vai fazer com que a criança com TDAH se comporte “bem” e tenha bons resultados na aprendizagem, acabam desistindo. Seguem-se algumas falas:

P1- Olha, a gente está sempre lendo porque dificilmente a gente pega uma turma que não tenha criança com TDAH, a gente tá sempre lendo, sempre se informando, mas no geral eu fui descobrir coisas lá no CENEP, como avaliar, como trabalhar, como compreender melhor a situação da criança, eu tenho mais crianças na minha sala que têm, e que tomam remédio inclusive, eu aprendi a lidar com as outras crianças.

Pesquisadora: Mesmo com a leitura falta muita informação em relação à questão educacional?

P1- Isso, o que fazer na prática, quanto a minha aluna ela é tranqüila, ela é calma, mas o que fazer com aquela criança que não para quieta, que chuta todo mundo, que não presta atenção em nada, que brinca, isso **a gente não consegue só com a teoria ali dos livros, não dá conta, então é importante porque lá a gente tira as dúvidas,né? A gente pergunta, o que que eu faço com uma criança assim, como fazer? Como proceder? Então eu acho muito importante nesse sentido.**

P2- Antes eu de fato já tinha algumas leituras, mas eu não tinha atividades práticas e nem um embasamento assim possível para poder ligar com o TDAH. Então agora com o CENEP estou acompanhando mais de perto o trabalho da professora e tendo uma maior aproximação com a aluna que frequenta o ambulatório, o que facilita bastante o nosso relacionamento. Inclusive os textos que a C10 passa para a gente eu tenho distribuído para os professores e eles acham de extrema necessidade e importante, ela deu um sobre o que a medicação faz e o que a medicação não faz, o que realmente é uma leitura esclarecedora para a gente.

P4- Sabe porque a gente lida aqui, nós **temos muitos casos aqui...** então eu trabalho assim, correção de texto, você lê para mim (...). **Nunca li nada sobre o TDAH.**

P3- **Já tinha conhecimento do TDAH**, trabalhamos com inclusão desde que a escola começou (1998).sempre acrescenta, sempre tem alguma coisa que você aprende que você ouviu alguém falar, não precisa ser nem de um profissional, as vezes até um pai que faz uma colocação, **eu vejo assim tem que ter o conhecimento daquilo, o conhecimento formal do que se trata e tem que ter sabedoria, tem que associar as duas coisas** e muitas vezes as pessoas tem muita sabedoria, não precisa ser o conhecimento erudito.

P5- Sim. **Já tive vários alunos com hiperatividade, que são medicados, foram e são medicados**, vários alunos assim que são muito distraídos, eles não param, eles não conseguem ficar muito centralizados, eles tem que estar todo tempo se movimentando, qualquer coisa.. uma mexida num lápis é um motivo até para desandar um trabalho.

Pesquisadora: **Você sente necessidade de algum tipo de orientação de como lidar com essas crianças?**

P5- Sim

P6- **Já li sobre, já escutei palestras sobre, já fiz encontros, que teve um encontro no ano retrasado sobre TDAH até com os médicos**, Dr. Sérgio, as psicopedagogas falaram.

Pesquisadora- Você vê necessidade para você como profissional e para a escola receber orientações sobre estratégias para lidar com as crianças?

Eu acho importante, porque **as crianças são diferentes umas das outras, se lê algo sobre aquilo, mas elas vão chegando de forma diferenciadas**, e muitas vezes o que se percebe é assim **que se confunde muito esse Transtorno déficit de atenção e “objetividade” com falta de limites, e alguns profissionais confundem isso também, nós percebemos isso e os pais têm também uma orientação distorcida do que se seja e de como trabalhar com essa criança, então se percebe isso e a escola precisa realmente de mais informações sobre isso.** Nós tivemos na quinta feira passada no SINEP (sindicato) uma palestra de como a escola proceder com a inclusão, sabe? **Porque estão existindo muitos casos, aqui na escola temos muitos casos e cada vez vai ficando mais difícil.**

P7- **Sabia que existia pessoas com este “tipo de problema” mas não tinha conhecimentos específicos, nem mesmo um vocabulário adequado.** Aprendi muito sobre este transtorno e busquei conhecer outros transtornos e síndromes, bem como distúrbios relacionados.

P8- **Bom, eu sei o que a gente observa assim na criança, que ele não é atento, ele parece que se isola do mundo, parece isso, às vezes eu falo, parece que nem ouviu.**

Estes relatos destacam a falta de conhecimento sobre TDAH dos professores, mesmo aqueles que lêem e se informam não se sentem preparados para aplicar o conhecimento teórico na escola. A relevância do papel do mestre no processo educacional é destacada por Vigotski, quando afirma que

Se o mestre é impotente para agir imediatamente sobre o aluno, é onipotente para exercer influência imediata sobre ele através do meio social. O meio social é a verdadeira alavanca do processo educacional, e todo o papel do mestre consiste em direcionar essa alavanca. (VIGOTSKI, 2001, p.65).

Assim, se o professor desconhece o seu aluno, as suas peculiaridades, diferenças, eventuais patologias, metaforicamente, é como um mecânico que usa a mesma alavanca para todo tipo de material.

As respostas dos professores apontam para uma desarticulação entre teoria e prática, uma vez que o conhecimento deles limita-se às observações que fazem de seus alunos e ainda às falas do senso comum, revelando a representação que têm dessas crianças; em alguns casos com mais clareza em relação à realidade, mas sempre como fruto da vivência das contradições presentes em seu dia-a-dia.

Não causa estranheza, portanto, ouvir dos professores que as escolas têm grande demanda de crianças com TDAH, que é difícil para eles trabalhar com essas crianças, que nunca leram nada sobre o assunto, e por outro lado, quando têm a possibilidade de interagir com seus pares com a mediação de um profissional capacitado sobre o assunto, não aproveitam. Embora sejam apontadas várias justificativas, percebe-se como já dito, que a ação do professor está condicionada a um sentido maior que a escola dá para o processo educacional e principalmente à concepção de educação, de homem e de mundo da instituição educacional e dos professores.

Silva (s/d, p.69) analisa a dimensão axiológica da educação explicitando que “qualquer que seja a leitura, a captação, a tentativa de organização e operacionalização do fenômeno educativo, isso sempre se fará com base numa determinada visão de homem, de mundo, dentro e em função de uma realidade social específica”.

Uma concepção dialética de educação, cujos fundamentos têm origem na teoria psicológica sócio-histórica de Vigotski e na teoria pedagógica histórico-crítica, pressupõe a identificação da educação com o processo de humanização, isto é, “a formação do homem se dá pela elevação da consciência coletiva realizada concretamente no processo de trabalho (interação) que cria o próprio homem” (GADOTTI, 1997, p.149). Esta concepção fundamenta-se no homem enquanto ser político e na possibilidade de superação do determinismo social sem deixar de considerar as contradições presentes “no interior do indivíduo e da própria instituição educacional”. (GADOTTI, 1997, p.150).

Misukami quando classifica e analisa as abordagens do processo ensino-aprendizagem a partir de conceitos indicadores, ao se referir à abordagem que ela denomina “sócio-cultural”, explicita os homens como sujeitos concretos, “situados no tempo e no espaço, inseridos num contexto sócio-econômico-cultural-político, enfim, num

contexto histórico” e a educação como “fator de suma importância na passagem das formas mais primitivas de consciência para a consciência crítica, que, por sua vez, não é um produto acabado, mas um vir-a-ser contínuo.” (MISUKAMI, 1986, p.86; 95).

Já Oliveira, quando analisa o pensamento de Vigotski como fundamento para a educação, destaca que este referencial aponta-nos para

os processos pedagógicos como processos intencionais, deliberados, dirigidos à construção de seres psicológicos que são membros de uma cultura específica, cujo perfil, portanto, está batizado por parâmetros culturalmente definidos. Os mecanismos de desenvolvimento estão atrelados aos processos de aprendizado, essenciais à emergência de características psicológicas tipicamente humanas que transcendem a programação biológica da espécie. (OLIVEIRA, 2000a, p.15)

No decorrer do trabalho pode-se perceber no discurso dos professores que estas concepções aparecem com certa frequência de uma forma conceitual, usando um termo vigotskiano, como conceito científico. Quando Vigotski refere-se ao desenvolvimento dos conceitos científicos na infância, afirma que:

O aprendizado escolar induz o tipo de percepção generalizante, desempenhando assim um papel decisivo na conscientização da criança dos seus próprios processos mentais. Os conceitos científicos, com o seu sistema hierárquico de inter-relações, parecem constituir o meio no qual a consciência e o domínio se desenvolvem, sendo mais tarde transferidos a outros conceitos e outras áreas do pensamento. A consciência reflexiva chega à criança através dos portais dos conhecimentos científicos. (VIGOTSKI, 2003b, p.115).

Dessa forma, pode-se afirmar que a maioria dos educadores, ainda não atingiu o desenvolvimento de suas consciências, no que se refere às concepções que sustentam sua prática pedagógica. Não se tem a pretensão que os professores compartilhem dessa concepção pedagógica, no entanto o que ficou evidente na pesquisa foi a grande desarticulação entre o fundamento teórico e a prática. Mizukami aponta como uma das razões para isso, com o que a pesquisadora concorda, que

A desarticulação e a não interferência das linhas teóricas, estudadas em cursos de formação de professores, na prática pedagógica poderá indicar que as teorias que constituem o ideário pedagógico permanecem externas ao professor, Não são incorporadas, discutidas, refletidas a ponto de serem vivenciadas.(MIZUKAMI, 1986, p.108).

Cabe ainda destacar, que os educadores participantes da pesquisa não são profissionais recém formados, pelo contrário, todos têm muitos anos de trabalho com

educação, o que reflete a necessidade da formação continuada, onde se discutam as teorias, de forma que os profissionais sejam levados a refletir sobre as concepções teóricas em que acreditam e possam a partir da discussão e da reflexão, vivenciá-las, incorporando-as à sua prática.

c) Relacionamento com a criança e a família

As professoras entrevistadas, coincidentemente, têm como alunos crianças que não apresentam os sintomas de hiperatividade, e ainda, cujas famílias participam ativamente do tratamento que o CENEP propõe.

Estas educadoras relataram um bom relacionamento com as crianças e também com as famílias:

P1- (...) **ela conversa muito comigo, ela conta as coisas, ela é muito carinhosa, ela beija, abraça, ela é uma criança tranqüila**, predomina o déficit de atenção na G, eu não tenho problema com ela na sala de aula, eu tenho que estar cuidando para ver se ela ta dando conta daquilo que tem que ser feito porque se eu deixar ela muito a vontade ela não dá conta de tudo.

P1-(....) **eles são muito receptivos**, em falar para a gente a angústia que eles sentem, são bem tranqüilos, existe uma boa relação, **eles confiam na escola**.

P2-(...) **é um relacionamento normal**, porque nós temos crianças que vivem aqui por causa de problemas de agressividade, e eu não tive durante esse tempo (dois anos) que eu conheço a G ela nunca esteve aqui com a gente. **É uma criança tranqüila**.

P2- **A mãe dela é uma mãe muito atuante**, ela está sempre preocupada com a nossa participação no CENEP, é ela que nos liga com 2 dias de antecedência das reuniões onde a gente já se programa para poder participar. **É através desse interesse da mãe que a escola consegue dedicar-se um pouco mais**.

P4- A R é **uma menina quieta, esforçadíssima, estudiosa**, mas não era.(...)hoje ela escreve textos assim criativos(....). **A mãe, o pai, eles freqüentam muito aqui, eles vem na reunião, ela ajuda muito a menina**.

P3- **Ela tem hoje um relacionamento excelente em sala de aula**, é uma menina que hoje você não diz que ela tem hiperatividade e déficit de atenção, ela **não é daquelas hiperativas agressivas**, e não é daquelas crianças que não param, que cutucam ela é mais voltada para ela mesma, nunca teve distúrbio de conduta(...)

P3- Olha, **eu acho que é uma relação de cooperação muito grande, a escola acolheu, apoiou, encaminhou e eles fizeram, entendeu?** Porque tem 500 mil crianças que a gente acolhe, apóia e encaminha, só que os pais têm que fazer a parte dele e os pais não fazem; até levam ao neuropediatra, mas não tem o envolvimento que a família da R teve de participar de congresso, etc., **esse envolvimento que eu acho que é o fator primordial da R do patinho feio virar um cisne**.

P5- **O relacionamento com os colegas e comigo é bom não tem problema nenhum**.

P5- Olha, na primeira vez que nós chamamos a mãe foi supervisora que atendeu, porque na data que foi agendada a mãe não pode vir, agora ontem que foi a entrega dos boletins, a mãe compareceu, normal assim, passei para a mãe todas as dificuldades a mãe está bem a par, ela sabe bem **é bem consciente dos déficits assim de atenção, probleminha assim da N**, então bem normal, assim.

P7- **É uma criança alegre, participativa e de bom relacionamento com os colegas e professores.**

Estes relatos corroboram os estudos que destacam que os fatores que interferem sobremaneira no relacionamento (família, escola, amigos) da criança TDAH, são aqueles ligados à hiperatividade e impulsividade; tais estudos também apontam, como já referido, uma prevalência maior do TDAH em meninos, já que esses, em geral, apresentam a hiperatividade (ANDRADE; SCHEUER; RIBEIRO et al, 2001, p.98; GOLFETO e BARBOSA, 2003, p.23)

Por outro lado, cabe destacar alguns termos utilizados por algumas professoras tais como: “ela não é **daquelas** hiperativas agressivas”; “(...) **probleminha** assim da N” que revelam muito sutilmente uma postura de não aceitação (daquelas hiperativas agressivas) ou de pena (o probleminha da criança) e não coadunam com uma escola inclusiva, já que incluir não significa abrir espaço para o diferente ou aceitá-lo, pois “na sociedade inclusiva ninguém é bonzinho. (...) Somos apenas, e isto é suficiente-cidadãos responsáveis pela qualidade de vida do nosso semelhante, por mais diferente que ele seja ou nos pareça ser”. (WERNECK, 1997, p.21).

Teríamos uma escola muito melhor se os vários “probleminhas” que as crianças apresentam na escola (dentre eles o TDAH) fossem tratados com seriedade pela instituição escolar. Informação, formação, uma prática articulada à teoria buscando a compreensão da realidade a partir de leituras mais amplas viabilizando a transformação, interação com as outras áreas do conhecimento (como o caso do CENEP) para os professores; informação (palestras, oficinas, atividades) para a comunidade escolar, a vizinhança da escola, enfim, alguns passos que a escola está deixando de dar, e, como se pôde constatar nesta pesquisa, nem sempre por falta de oportunidade.

As falas das professoras mudam muito quando a criança apresenta características da hiperatividade ou ainda quando a família não coopera com as escolas.

P1- (...) você vê , **o aluno X tem toda condição, mas os pais não dão muito conta.**

P9- (...) nós temos um aluno, que **tudo o que eu queria era dar remédio para ele de duas em duas horas** (brincando, quando outra professora reclama que seu aluno está sempre sob efeitos químicos)

P9- **meu aluno levanta e enforca os outros(...)**

P2-(...)que **o menino sai onze e meia e a mãe vem pegar meio dia e meia**, deixa lá a criança e nisso ele já brigou com todos, **desce o cacete nos outros, quebra vidro, faz de tudo na escola.**

P10- **Eu não consigo nada de uma criança, não consigo trabalhar com uma criança enquanto a mãe não abrir e não aceitar: eu estou errada, eu vou mudar, sabe?**

P10- **A hiperatividade está sendo a fuga da má educação**, entendeu?

Embora as professoras também se refiram às dificuldades de trabalhar com a criança não aparecem aqui tantas críticas, em relação à família, quanto no grupo de mães em relação à escola. Admite-se que isto ocorre porque se trata, na maioria, de famílias bastante envolvidas no tratamento dos filhos.

Por outro lado, isto reflete também as relações sociais envolvidas no processo, ou seja, estabelece-se a polaridade escola-família, relação essa que de imediato aponta para uma relação de subordinação estabelecida historicamente. A escola representa para a família o saber erudito que seus filhos precisam adquirir, e a detenção desse saber confere-lhe o poder de indicar, orientar, e muitas vezes impor, ainda que subliminarmente, caminhos e decisões em relação à criança.

Na medida em que essas famílias, através de interações com outras famílias vão transformando os seus processos mentais, vão adquirindo um outro nível de consciência, vão modificando a dinâmica familiar, passam a ver a escola de uma outra forma, isto é, começam a questionar as atitudes dos educadores, de certa forma, responsabilizando-os pelo fracasso escolar de seu filho. As variáveis intervenientes no processo educacional ainda, para estas famílias, restringem-se somente à figura do professor.

Já para as escolas, a família é responsabilizada por não cooperar com a escola, mas não como uma das causas do fracasso escolar já que as professoras em suas falas apontam com muito maior frequência outros fatores, como:

P11- Além da estrutura eu acho complicado pelo menos pela nossa escola, os pais até que eles

tentam de uma maneira assim.. suave.. e **temos muitas crianças que precisam fazer o diagnóstico** e foi o que até a semana passada dei um pulinho lá no posto e até mandei um ofício para ver se a coisa vai, .. **daqui dois anos um neurologista... dois anos...**e é uma criança que precisa urgente, aí eu mandei um ofício pro posto para ver se o chefe geral do posto que vai tentar colocar na frente, mas esse na frente, ele vai tentar colocar até dezembro, sabe? **Então é tudo muito difícil.**

P11-- Gente, é tudo muito(...) **a gente esbarra em muita coisa**, é muito complicado, é mesmo, a **família até tenta, a família quer, aí a família senta e diz, mas eu não tenho dinheiro para o ônibus, não é fácil, a nossa realidade de escola não é fácil.**

P12- mas **o próprio CEMAE²¹ está desfalcado**, por exemplo, no CEMAE do Portão a fono casou e não tem fono, **tem um aluno que está há dois anos na fila de espera.**

P3- Então é complicado não estar pela manhã e não estar a tarde, porque **às vezes acontece alguns incêndios que a gente tem que apagar(...)**

P5- **Tem 31 alunos na sala, a professora é sozinha.**

Dessa forma, para a escola, o fracasso escolar, assim como afirma Arroyo (1997, p.12) tem um caráter objetivo, e apresenta-se como algo externo ao processo de ensino e à sua organização, aspecto que este autor considera mais preocupante.

Neste sentido, a escola e os professores perpetuam a concepção do meio social como algo dado e imutável, idéia que Vigotski, fundamentado na concepção marxista, contradiz:

(...) nunca se deve partir de um meio social dado como algo constante e imutável. O meio social contém uma infinidade dos mais diversos aspectos e elementos. Esses elementos estão sempre na mais violenta contradição e luta entre si, e todo o meio deve ser entendido não como um sistema estatístico, primordial e estável de elementos mas como um processo dinâmico em desenvolvimento dialético. (VIGOTSKI, 2001, p.278).

d) Estratégias

O trabalho apontou o quanto é importante para os professores o conhecimento de estratégias para utilizar com o aluno com TDAH, conforme se pode perceber nas falas:

P1- (...) **só com a teoria ali dos livros , não dá conta...** a gente pergunta, o que eu faço com uma criança assim, **como fazer?**

P2- Eu acho que na última reunião aquela reunião aquela moça... **ela deu uma coisa que todos nós buscamos** e que sempre fomos muito recriminados por buscar isso, **a receita de como fazer**

²¹ CEMAE- Centro Municipal de Atendimento Especializado

as coisas, sabe? ...ela passou para a gente a experiência dela que está dando certo com as crianças com estas dificuldades e que nós podemos utilizar aqui. E sempre quando a gente vai para curso e a gente pede a forma de, **porque o que fazer a gente sabe, mas a forma de fazer é que daí a gente fica assim até achando que eles apostam muito na criatividade da gente, né?**

P13- ...**eu não sei (...) assim(...) quando ele diz que não fazer mais atividade, eu deixo? Não quer mais, não quer mais não faça?**

P1- O CENEP, eu não sei se eles têm condição de fazer ou não, é um trabalho maior junto às escolas, nesse sentido, porque é muito difícil, a gente percebe uma angústia muito grande nos professores. **A gente sente a necessidade deste trabalho como orientação e intervenção. Como trabalhar, o que fazer, de que forma avaliar**, porque eu aprendi isso no CENEP, porque você tem uma forma diferente de ver a criança, **e você não é preparado para isso, no curso do magistério não te ensinam isso, como trabalhar**, eu acho que deveria ser estendido para mais professores.

Tais falas permitem perceber como a contribuição da teoria da formação social da mente de Vigotski para a educação pode ser grande, já que, pressupões que o mecanismo da mudança individual ao longo do desenvolvimento tem sua raiz na sociedade e na cultura, uma vez que “desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança” (VIGOTSKI, 2003, p.40) e “educar significa, antes de mais nada, estabelecer novas reações, elaborar novas formas de comportamento.” (VIGOTSKI, 2001, p.65).

A educação é a mediação necessária à geração/apropriação da produção humana ao longo de sua história, já que “a produção de conhecimento depende da interação com outras mentes, viabilizada pela mediação de sistemas simbólicos, construídos ao longo da história da humanidade”. (ISAIA, 1998, p.28).

Quando os professores apontam para a questão: **como fazer?**, muitas vezes alegando a falta de preparo, deixam de reconhecer que um dos fatores a que se pode atribuir esta chamada falta de preparo é decorrente da insuficiente fundamentação teórica que lhes forneça suporte epistemológico para o desenvolvimento de seu trabalho, mesmo que esta teoria esteja expressa em documentos como o projeto político pedagógico da escola.

Um aparente paradoxo da teoria de Vigotski é a questão da individualidade, já que ele confere caráter social à formação da mente e, portanto, ao processo educativo. No entanto, para ele, a educação trabalha com indivíduos determinados e o meio social se realiza nesses, mas, cada indivíduo caracteriza-se por uma constituição do corpo e do comportamento que se destacam por sua singularidade e unicidade. O homem em geral

existe apenas no pensamento abstrato, pois na realidade factual o que existe é apenas esse ou aquele homem.

Vigotski aponta que a educação nunca começa no vazio, mas parte de formas de comportamento acabadas que precisam ser modificadas, assim procura-se a substituição e não o absolutamente novo, por isso

a primeira exigência da educação é o conhecimento absolutamente preciso das formas hereditárias de comportamento, em cuja base será erigido o campo pessoal da experiência. E é aqui que o conhecimento das diferenças individuais se manifesta com força especial. (VIGOTSKI, 2001, p. 428).

Dessa idéia depreende-se aquilo que neste trabalho se considera o primeiro ponto essencial no trabalho dos educadores junto às crianças com TDAH: **o conhecimento das características do transtorno e das formas de manifestação do mesmo em cada um desses alunos.**

Outra idéia fundamental que Vigotski nos apresenta é o equívoco das concepções educacionais que entendem a educação de crianças que não se enquadrem nos padrões de “normalidade” como uma educação à qual não se estendem as leis gerais. Para ele, “as leis gerais da pedagogia só podem ser leis científicas quando são igualmente aplicáveis a todo campo da educação”. (Vigotski, 2001, p. 430).

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que cabe ao educador o estudo das particularidades de cada educando, **é necessário que se faça um ajuste dos procedimentos educacionais assim como da interferência do meio em cada uma dessas particularidades.** Esse é o segundo ponto que os educadores devem levar em conta ao definir suas estratégias de trabalho seja com o aluno TDAH, ou com qualquer outro aluno.

Para explicitar de forma inequívoca suas idéias, Vigotski utiliza uma metáfora bastante interessante que se relata aqui:

As leis da pressão e da gravidade são absolutamente idênticas, lancemos nós trilhos em um terreno montanhoso ou em terreno pantanoso. A física de ambos os terrenos é idêntica, embora o trabalho prático, vinculado à colocação dos trilhos, sempre assumam novas formas para cada terreno. Entretanto, a exigência de formas originais de trabalho para cada local de modo algum pode significar a existência de leis particulares para cada um deles, limitando-se a indicar que as mesmas leis podem ter diferentes expressões e grau de importância quantitativa. (VIGOTSKI, 2001, p.430).

O terceiro ponto e talvez o mais importante, se é que se possa estabelecer uma hierarquia, é **a relação entre desenvolvimento e aprendizagem** postulada por Vigotski (2003b, p.127) afirmando que “... a curva do desenvolvimento não coincide com a curva do aprendizado escolar; em geral, o aprendizado precede o desenvolvimento” . Desse pressuposto decorre o conceito de **zona de desenvolvimento proximal**, ou seja, a distância entre o que a criança é capaz de realizar sozinha (indicando sua idade mental real) e o nível que ela atinge ao resolver problemas com auxílio de outra pessoa (VIGOTSKI, 2003b, p.129).

No estabelecimento de estratégias que utilizarão no processo de ensino-aprendizagem do aluno TDAH, o educador precisa ter muito claro estes conceitos desenvolvidos por Vigotski, já que

A zona de desenvolvimento proximal provê psicólogos e educadores de um instrumento através do qual se pode entender o curso interno do desenvolvimento. Usando esse método podemos dar conta não somente dos ciclos e processos de maturação que já foram completados, como também daqueles processos que estão em estado de formação, ou seja, que estão apenas começando a amadurecer e a se desenvolver. Assim, a zona de desenvolvimento proximal permite-nos delinear o futuro imediato da criança e seu estado dinâmico de desenvolvimento, propiciando o acesso não somente ao que já foi atingido através do desenvolvimento, como também àquilo que está em processo de maturação. (VIGOTSKI, 2003 a, p. 113).

Uma maior amplitude da zona de desenvolvimento proximal proporcionará um aproveitamento melhor na escola e o aprendizado sempre caminhará à frente do desenvolvimento, servindo-lhe de guia (VIGOTSKI, 2003b, p.130). Estas idéias farão com que o educador sempre oriente as suas ações para o futuro, valorizando e estimulando as potencialidades de seu aluno de forma que o desenvolvimento destas possa facilitar o aprendizado nas áreas em que o educando apresente limitações ou dificuldades.

Dessa forma, conforme sintetiza Góes

(..) estudar o comportamento em mudança não é privilegiar a seqüência de procedimentos que geram a mudança, num paradigma de sujeito passivo, nem estudar a seqüência de modos de ação do sujeito, num paradigma de sujeito apenas ativo. É focalizar, num momento dado, a relação entre o nível de capacidade do sujeito e as ações entre os sujeitos que podem afetar seus conhecimentos e estratégias; é buscar identificar se e como recursos de mediação emergem; é discernir os aspectos fenotípicos e genotípicos da ação, de modo que se trace o deslocamento para formas superiores de mediação e se evidencie a complexificação do funcionamento interno”. (GÓES, 2000, p.26).

Através do conceito de zona de desenvolvimento proximal, é possível ao professor identificar as proto-funções, isto é, “função ainda imersa em sua potencialidade ou processos intrapsíquicos que ainda permanecem inacessíveis- que, quando observada, facilita o planejamento de atividades que propiciem o desenvolvimento em sua forma plena” (SOUZA, 1998, p.54) e estabelecer as estratégias a serem utilizadas com os alunos.

Nas reuniões, evidenciou-se a busca dos professores por orientação em várias áreas, estas foram agrupadas em três blocos: **comportamento, organização, e aprendizagem** para facilitar a análise.

A fundamentação teórica que dá suporte aos profissionais que estudam e trabalham com o sujeito com TDAH é a terapia cognitivo-comportamental (BENCZIK, 2002; BENCZIK e BROMBERG, 2003; GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1994; KNAPP; LYKOWSKI.; JOHANNPETER et al, 2003; KNAPP; ROHDE; LYSZKOWSKI et al, 2002), pode-se atribuir isto à predominância de estudos relativos ao TDAH na área das ciências da saúde, especialmente medicina e psicologia, bem como ao grande desenvolvimento de pesquisas sobre o tema nos Estados Unidos da América.

Os elementos principais dessa terapia, no que se refere à questão educacional, incluem a educação sobre de pais e professores; a auto-instrução; o trabalho com cronogramas e planejamento; o sistema de pontos (intervenção comportamental que visa premiar as respostas e atitudes adequadas, introduzindo reforços para o comportamento esperado); custo da resposta (retiradas de pontos frente a determinados comportamentos inaceitáveis); punições para comportamentos muito perturbadores (agressão física) como, por exemplo, passar um tempo fora do grupo, fora da atividade, ou ser impedido de fazer algo que deseje muito; estabelecimento de contratos (com os pais, com os professores) (KNAPP; ROHDE; LYSZKOWSKI et al, 2002, p.24-30). As diretrizes e estratégias indicadas aos pais/familiares e professores no CENEP fundamentam-se nesta concepção teórica.

Frente ao quadro teórico que dá sustentação a este trabalho, buscou-se em Vigotski, fundamentação para as demandas dos professores bem como para as estratégias sugeridas nas reuniões.

Assim, em relação ao **comportamento**, seguem-se algumas falas:

P2- (...) porque esse garoto, ele tem mais um outro amigo na sala e **os dois são extremamente agressivos e agitados**, e as famílias começou a brigar agora (...)

P2- (...) nisso **ele já brigou com todos, desce o cacete nos outros, quebra vidro, faz de tudo na escola.**

P13- (...) **ele é um aluno que só faz enquanto ele quer**, ele é calmo, tranquilo, muito carinhoso(...) não tem nada de agressividade, **mas ele fica assim, eu quero ficar perto de você, quero sentar perto de você, agora eu to cansado, não quero fazer mais (...)**

P9- (...) **ele jogou iogurte em todo mundo, foi iogurte para a sala toda (...)**

A teoria de Vigotski não fornece receitas prontas, mas sim um arcabouço teórico em que várias pistas se evidenciam fornecendo elementos para a elaboração de estratégias pelos educadores. Vigotski enfatiza o comportamento como um processo de interação entre o organismo e o meio, e nesta interação, considera as emoções “como um sistema de reações prévias, que comunicam ao organismo o futuro imediato do seu comportamento e organizam as formas desse comportamento” (VIGOTSKI, 2001, p.143). Neste sentido, Vigotski aponta a emoção como forma de suscitar no aluno as formas de comportamento de que necessita, pois segundo ele

Nenhuma pregação moral educa tanto quanto uma dor viva, um sentimento vivo, e neste sentido o aparelho das emoções é uma espécie de instrumento especialmente adaptado e delicado através do qual é mais fácil influenciar o comportamento. (VIGOTSKI, 2001, p.143).

O autor sugere a brincadeira como a melhor forma de organização do comportamento emocional, já que “a brincadeira da criança é sempre emocional, desperta nela sentimentos fortes e nítidos, mas a ensina a seguir cegamente as emoções, a combiná-las com as regras do jogo e o seu objetivo final.” (VIGOTSKI, 2001, p.147).

Como visto, vários autores apontam o TDAH como um distúrbio que causa alterações que seriam responsáveis por um déficit nas funções executivas (planejamento, auto-regulação, memória de trabalho, internalização da fala) e no comportamento inibitório (falta de controle, impulsividade) (MATTOS; SABOYA; KAEFER et al, 2003, p.66; KNAPP; ROHDE; LYSZKOWSKI et al, 2002, p.23; ROHDE; HALPERN, 2004, p.64), o que repercute diretamente na capacidade de **organização** do sujeito com TDAH.

Algumas falas apontam esta desorganização:

P5-(...) às vezes ela tá fazendo um texto, ela é uma criança que faz textos, **ela começa a**

escrever, ela escreve, escreve, escreve aquilo sem parar, sem pontuação, sem troca de parágrafo, só pelo fato de estar escrevendo, mas às vezes o texto não tem sentido nenhum (...)

P7- Tem muita dificuldade em copiar os exercícios do quadro, necessitando de constante orientação.

P8- (...) ele não parava, para colocar o material, ele ficava meia hora para juntar o material, tinha quinientas coisas no chão, ele não sabia o que pegar primeiro.

Para Vigotski as conseqüências do distúrbio possuem um duplo caráter, se por um lado ocorre um desenvolvimento incompleto das funções vinculadas ao dano biológico, por outro, aparecem mecanismos compensatórios de adaptação. Assim, Vigotski refuta a idéia de que “as distintas funções são mais ou menos independentes umas das outras, demonstrando o caráter dialético de sua modificação, que produz mudanças qualitativas da consciência e da personalidade”. (BEIN; VLÁSOVA; LÉVINA, et al, 1983, p.373). Portanto,

Vigotski entendia o processo de compensação do desenvolvimento anormal (em oposição à concepção biologizante) não como a substituição mecânica ou automática da função afetada, e sim como uma conseqüência do exercício independente da função debilitada e um resultado da educação dos aspectos compensatórios do psiquismo e da personalidade da criança anormal. Vigotski também demonstrou que o resultado da compensação depende não só da gravidade do defeito, mas também, e em grande medida, da adequação e eficácia dos métodos utilizados para formar os processos compensatórios; de acordo com o êxito da compensação e da correção se modifica a estrutura do defeito. (BEIN; VLÁSOVA; LÉVINA et al, 1997, p.373).

O desenvolvimento das crianças também no que se refere à organização (espacial, temporal, pessoal, ou ainda do pensamento) vai depender das formas de mediação estabelecidas pelo educador, especialmente a mediação dos signos e do significado representada pela linguagem.

Ao refletir sobre a função da linguagem na formação da consciência, Palangana afirma que:

Quando, no convívio diário, as pessoas apontam, discriminam, oferecem explicações, ressaltam aspectos, comportam-se, estabelecem relações junto com a criança estão, mesmo sem se dar conta, participando ativamente na (com)formação do seu pensamento, de sua consciência. Nas experiências partilhadas, a criança não vai simplesmente aprendendo a cumprir ordens, a imitar posturas, a seguir regras e princípios. Mais que isso, interiorizando-os, dominando suas correspondentes operações e, não raro, (re)elaborando-os, com base nas condições socialmente dadas. (PALANGANA, 2000, p.31).

Neste sentido, a capacidade de auto-regulação desenvolve-se na criança, na medida em que ela capta os sentidos e significados do meio social em que vive, através da interação com as pessoas, e os reconstrói no individual. Este processo faz com que construa, aos poucos, os seus limites e as suas referências.

Em relação à **aprendizagem**, mais uma vez é importante salientar, que a concepção sócio-histórica não é um método pedagógico, e que não se tem um método inspirado nesta concepção; assim concorda-se com Tunes (2000, p.47) quando afirma que este método “precisa ser construído no esforço sistemático da prática do ensinar. As formulações de Vygotsky, acerca do desenvolvimento dos conceitos, não são prescrições práticas”. Busca-se aqui destacar elementos que podem ser utilizados para o desenvolvimento de tal método, enfatizando-se as peculiaridades exigidas pelos alunos TDAH.

Os professores se mostram bastante ansiosos em relação à aprendizagem dessas crianças, evidenciando em suas falas as dificuldades que seus alunos apresentam:

P1- Dificuldade de reter, né? Ensina hoje, trabalha com material concreto, na hora de registrar, uma vez, duas, dá conta, mas quando você volta parece que já esqueceu.

P6- (...) ela estava defasada, (...) ela apresentou muitas dificuldades, ela não conhecia as letras, ela confundia as letras (...)

P3- Ela vinha com uma defasagem cognitiva muito grande, ela estava praticamente reprovada (...)

P2- ela tem muita dificuldade na matemática (...)

P1- (...) eu tenho que estar cuidando para ver se ela tá dando conta daquilo que tem que ser feito, porque se eu deixar ela muito a vontade ela não dá conta de tudo.

Quando se refere à pedagogia da atenção, Vigotski afirma que embora se costume relacionar atenção e distração como opostos, isto não está correto já, que a distração, com a qual o pedagogo opera é um elemento concomitante e útil da atenção, pois :

Ser atento a alguma coisa pressupõe necessariamente ser distraído em relação a tudo o demais. A dependência adquire caráter absolutamente matemático de proporcionalidade direta e podemos dizer francamente que quanto maior é a força da atenção tanto maior é a força da distração. (...) do ponto de vista científico será mais correto falar não da educação da atenção e da luta com a distração mas de uma educação correta e simultânea de ambas. (VIGOTSKI, 2001, p.157).

Por outro lado, Vigotski afirma “sem temer exagero, que a atitude é a primeira condição graças à qual cria-se a possibilidade para influenciar pedagogicamente uma criança” (VIGOTSKI, 2001, p.160). Na fase inicial da vida, a atitude tem caráter quase que exclusivamente de instinto-reflexo, e vai se transformando em atitude arbitrária a partir das orientações de acordo com as necessidades mais importantes do organismo. Dessa forma,

a atenção infantil é orientada e dirigida quase exclusivamente pelo interesse, e por isso a causa natural da distração da criança é sempre a falta de coincidência de duas linhas na questão pedagógica: do interesse propriamente dito e daquelas ocupações que são propostas como obrigatórias. (VIGOTSKI, 2001, p.162).

Assim, segundo Vigotski, toda aprendizagem só é possível quando se baseia no interesse da criança, o que poderia sugerir que se deveria deixar a criança seguir e desenvolver-se segundo os seus interesses, pressuposto que ele contesta, afirmando que:

Toda a questão consiste no quanto o interesse está orientado na linha do próprio objeto de estudo e não relacionado a influências externas a ele como prêmios, castigos, medo, desejo de agradar, etc. Mas reconhecer a prepotência do interesse infantil não condena de maneira nenhuma o pedagogo a segui-lo de modo impotente. Ao organizar o meio e a vida da criança nesse meio, o pedagogo interfere ativamente nos processos de desenvolvimento dos interesses infantis e age sobre eles da mesma forma que influencia todo o comportamento das crianças. (VIGOTSKI, 2001, p.163).

O mestre sempre deve levar em conta se os materiais que ele oferece correspondem às leis básicas da atividade da atenção, isto é, o material deve ser organizado e apresentado de forma que não se confronte com a duração das reações de atitude do aluno, ou seja, “ (...) uma aula não deve ser demasiado longa e o professor não deve falar como metralhadora (...)” (VIGOTSKI, 2001, p.168), além disso o material deve corresponder ao funcionamento rítmico da atitude dos alunos, por exemplo, as crianças cometem muitos erros nos ditados mais por distração do que por desconhecimento de ortografia, “dividindo-se o ditado em diferentes intervalos de tempo, cada frase irá caracterizar-se de forma coerente pelo aumento ou a diminuição do número de erros” (VIGOTSKI, 2001, p.168).

Vigotski (2001, p.169) aponta também a necessidade de preocupação por parte

do pedagogo em relação à distração, pois considera um grande engano o professor ver a distração como seu inimigo, já que muitas vezes o mais atento em aula pode ser o mais distraído.

Além disso, o autor estabelece uma relação da atenção com a diversidade de estímulos, afirmando que o ato de atenção parece exigir estímulos subdominantes dos quais se alimenta, o que significa que “só se pode estar atento quando as estimulações distrativas estão em posição subordinada em relação ao assunto principal da ocupação mas de maneira nenhuma estão inteiramente afastadas do campo da consciência e continuam a agir sobre nós”.

Desta afirmação, a conclusão pedagógica que o autor chega é que:

A preocupação do mestre exige dele a organização não só de uma ocupação básica a ser atribuída no momento ao aluno mas também de todas as circunstâncias secundárias: do ambiente, da situação, do vestuário do aluno, da vista que se descortina da sua janela, pois esses elementos, enquanto estímulos subdominantes, nem de longe são indiferentes no trabalho global da atenção. (VIGOTSKI, 2001, p.177).

A reunião em que uma das psicopedagogas do CENEP apresentou para as professoras várias estratégias para o ensino de matemática nas séries iniciais do ensino fundamental teve uma grande repercussão, pois as professoras obtiveram naquele momento respostas para as suas dúvidas: o que fazer na prática? Como ensinar as crianças com TDAH (e indiretamente todas as outras também)?

Nessas estratégias, embora a matriz teórica que subsidia a prática da psicopedagoga seja outra, evidenciou-se a prática de muitos dos conceitos desenvolvidos por Vigotski. Quando C6 demonstrou formas de ensinar a divisão, utilizou materiais que desencadeiam o interesse da criança (bonequinhos, palhacinhos), usou dinheiro (cédulas de brincadeira) para trabalhar a base decimal, desenho para representar o algoritmo da divisão, enfim, de certa forma ela retomou os estágios preparatórios da linguagem escrita segundo Vigotski (2003a, p.157), quais sejam brincar e desenhar, no ensino da aritmética.

e) Resultados

Os professores investigados foram questionados sobre a percepção dos resultados que a participação no trabalho do CENEP promoveu (mesmo que a escola não tivesse comparecido às reuniões). Seguem-se algumas de suas falas sobre os resultados e as prováveis causas:

P1- (...) **teve um progresso, teve um avanço, só que o avanço não é tão significativo, não aparece tanto(...)** hoje ela tá num ritmo de crescimento, um ritmo lento, mas ela tá conseguindo se desenvolver bem(...)

P1- (...) **a gente já criou um vínculo** e isso é importante eu acho que com qualquer criança primeiro você tem que criar o vínculo.

P2- **Eu penso que sim, porque quando a G sabe que nós deixamos nosso trabalho aqui e nos dispomos a ir num lugar onde ela está tendo atendimento** eu acho que quando ela sabe disso ela se sente importante na nossa vida e ela tenta fazer melhor as coisas que são dadas a ela.

P4- **Houve bastante avanço no desenvolvimento cognitivo(...)** a R tem dificuldades na escrita, ela precisa se informar mais, precisa ler muito (...)

P3- (...) **ela teve uma evolução, essa menina saiu do casulo, ela floresceu (...)**

P3- Acho que quando a criança tem uma necessidade educativa especial **é aquele tripé que dá suporte, os profissionais que atendem a criança, a família e a escola, esse tripé tem que tá dando apoio, tem que ter uma coesão, tem que ter pensamento uníssono** e a partir daí a criança se desenvolve (...)

P5- O que eu posso te falar é assim que **ela melhorou um pouco na parte de matemática, no raciocínio matemático, eu não sei o que eles trabalham lá, ela consegue ler, o déficit de atenção continua, bem forte, ela se distrai por qualquer coisa, quando você dá uma atividade ela olha para um lado, olha para o outro, ela não tem ainda uma boa concentração.**

P6- (...) **ela teve um progresso, mas uma coisa a gente percebe é que ela progride e daí passa algum tempo e às vezes ela regride em alguns progressos que ela teve, e isso acontece, esse ano vem acontecendo também, nós temos dificuldade em trabalhar com a N em alguns momentos por esse motivo (...)** . Houve avanços, acho que se ela não tivesse o acompanhamento do CENEP ela não estaria como ela está hoje.

P7- Observa-se **em algumas atividades realizadas que ele está procurando caprichar mais e organizar-se melhor. Demonstra interesse na realização das atividades realizadas na classe. Lê com fluência e atenção e demonstrando compreensão pelos textos lidos.**

P7- Sim. **Na medida em que eu participava das reuniões e ia aprendendo mais sobre TDAH, o relacionamento, a interação com o meu aluno foi se tornando mais fácil, e criou-se um vínculo positivo, saudável. Percebendo o meu envolvimento, ele perguntava sempre quando era o dia em que eu iria à reunião, quem eu encontrava lá, mencionando o nome das pessoas na qual tinha contato. Por duas vezes, quando fui à reunião, encontrei a criança que iria ser atendida e esta mostrou-se muito satisfeita por eu estar num ambiente diferente da escola, mas que ambas estavam ligadas.**

A partir destas falas, pôde-se constatar que as professoras admitem o avanço de seus alunos, seja no aspecto cognitivo ou na melhora da atenção; em várias falas, contudo, percebe-se uma certa ansiedade pelo fato de, na forma de ver destas professoras, as conquistas serem lentas e de haver eventual regressão no processo de desenvolvimento.

Para Vigotski, a boa aprendizagem é aquela que guia o desenvolvimento, pois “ao dar um passo no aprendizado, a criança dá dois no desenvolvimento, ou seja, o aprendizado e o desenvolvimento não coincidem”. (VIGOTSKI, 2003a, p.109).

Neste sentido, entre o nível de desenvolvimento real da criança, isto é, aquele em que o desenvolvimento de certas funções mentais se estabeleceu como resultado de ciclos de desenvolvimento já completados e aquele em que as funções estão em processo de maturação, situa-se a zona de desenvolvimento proximal, que “provê psicólogos e educadores de um instrumento através do qual se pode entender o curso interno do desenvolvimento”. (VIGOTSKI, 2003 a, p.113).

Esta idéia repercute diretamente na questão da avaliação pois,

O desenvolvimento da criança nunca segue a aprendizagem escolar como uma sombra atrás do objeto que a projeta. Por isso os testes de conquistas escolares nunca refletem a marcha real do desenvolvimento da criança. Em realidade, entre os processos de desenvolvimento e aprendizagem se estabelecem dependências dinâmicas as mais complexas, que não podem ser abrangidas por uma forma especulativa única e *a priori*. (VIGOTSKI, 2001, p.487).

Assim, evidencia-se a importância de se considerar o aproveitamento relativo das crianças, isto é o aproveitamento que ela teve em relação a ela mesma, especialmente nos casos de crianças com necessidades especiais. (VIGOTSKI, 2001, p.497).

Dessa forma, entende-se que as professoras precisam refletir sobre a cultura avaliativa que se desenvolveu no sistema educacional brasileiro onde cabe a escola estabelecer critérios e normas buscando um nível de excelência, classificando os indivíduos de forma que estejam preparados para enfrentar a competição que existe na sociedade hierarquizada e meritocrática em que se vive.

A escola recebe a tarefa de certificar os melhores, os que estarão aptos a ocupar os melhores empregos e ter os melhores salários, enfim torna-se peça fundamental na definição do lugar em que o indivíduo ocupará na hierarquia social (ANDRÉ, 1996, p.17).

Com isto, a escola pratica uma avaliação que internaliza no indivíduo a forma classificatória e meritória, legitimando-a como natural e única alternativa possível. Daí a angústia e a frustração de algumas professoras em relação à aprendizagem de seus alunos.

Embora vários fatores tivessem sido apontados como propulsores dos avanços (a participação dos pais, a coesão entre o família, escola e profissionais da saúde) o que apareceu com mais freqüência foi a questão do vínculo afetivo que se estabeleceu entre professor e aluno. O que nos leva a concordar com Oliveira quando afirma:

(...) que, na transformação inerente ao processo interacional, as dimensões cognitivas-afetivas não se comportam como categorias separadas que se influenciam, mas como unidades indissociáveis. A cognição não é um processo apenas mental, mas parte da ação e dos significados que ela aponta, ou seja, dos desejos, objetivos, concepções, sendo, portanto, plena de afetividade. (OLIVEIRA, 2000b, p.74).

Já Padilha, quando se refere à inserção cultural do deficiente mental aponta uma explicação bastante interessante para a involução do aluno TDAH mencionada por algumas professoras:

Com o maior desenvolvimento cognitivo, com o avanço significativo no domínio da linguagem e cada vez mais inserida na cultura e na vida de sua comunidade, outras dificuldades surgem, com certeza, e surgem justamente devido a esses avanços- as limitações mudam, deslocam-se. São aparentes involuções devido às transformações. A progressão é, justamente, que os limites se expandem. Criam-se novas dificuldades porque as anteriores foram vencidas. (PADILHA, 2001, p.176).

A prática pedagógica permite o estabelecimento de interações que possibilitam a apropriação do conhecimento e isto promove transformações na forma do professor interagir com o aluno não apenas na questão pedagógica, mas na afetividade, no estabelecimento de um vínculo; a partir deste vínculo a interação professor-aluno (sujeito-sujeito) se modifica e com isso cada um desses sujeitos se transforma pela ação do outro .

6.3.2.3 Grupo C- Profissionais do CENEP

a) Trajetória do trabalho

O ambulatório do TDAH no CENEP tem uma história de vida curta e portanto vive uma fase de crescimento, o que é reconhecido por praticamente todos os profissionais que lá atuam. As entrevistas revelaram vários olhares frente a esta trajetória, conforme se pode constatar nas seguintes falas:

C1- eu acho que foi alguma coisa que cresceu em todos os níveis, de relacionamento de grupo, grupo que trabalha junto, que se encontra toda semana, que se atrita, que tem suas dificuldades, mas que tem muito respeito uns pelos outros, respeito pelo trabalho dos outros, e a afetividade também cresce(...). O grupo também cresceu teoricamente (...) todo mundo tem uma preocupação de se especializar, fazer cursos, tem várias pessoas no grupo fazendo mestrado, tem dois fazendo doutorado, tá todo mundo estudando, mandando trabalho para congresso. (...) é bom, cada um mostrando sua cara, fazendo, sendo criticado às vezes, olhado com outros olhos, mas isso faz a gente crescer.

C2- eu acho que é um trabalho super útil, porque mesmo que você não tenha um retorno excelente de pais e professores, o trabalho existe.

C3- eu tive mais facilidade que dificuldade, junta não só trabalho, mas o que você vai aprendendo na vida, em contato com o paciente você aprende muita coisa que é boa para a tua vida, acho que desde o começo eu queria conseguir as coisas mais rápido, daí você muda (...) daí você aproveita a experiência das pessoas (...); em relação ao grupo, acho que a gente precisa se organizar, ele não tá organizado, eu acho que ele tá meio perdido (...) aqui a gente fala de tudo, bate papo, fala de outros projetos, e é uma confusão (...)

C7- acho que a gente ainda tá muito no começo, acho que tem que amadurecer bastante, mas acho muito interessante, acredito muito no trabalho em grupo, nessa abordagem interdisciplinar, acho que não tem como trabalhar com TDAH isoladamente, é praticamente impossível e acho que a gente tem muito pela frente ainda, acho que temos muito que amadurecer muito enquanto grupo para fazer este trabalho mais interdisciplinar e também acho que uma das dificuldades é a intervenção com a família e com a escola, em função da gente tá trabalhando num hospital, então é bem complicado a gente ter acesso para ir à escola, né?

C4- Tem crescido muito, a demanda está cada vez maior, às vezes preocupa, será que estamos dando conta? Falta atendimento psicológico, nós temos equipe que fazem avaliações, mas a prosseguimento e acompanhamento mesmo acaba ficando defasado.(...) o CENEP, tem uma história bastante interessante de crescimento tá se tornando bastante conhecido fora, um centro de referência mesmo, e eu acredito que a equipe está procurando fazer sempre o melhor.

C9- avalio que o trabalho multidisciplinar realizado pelo CENEP é vital e acho que é a maneira excelente de trabalhar é essa, portanto acredito fundamentalmente que deva ser mantido este caráter multidisciplinar.

C8- o trabalho eu acho que está tendo uma progressão, vai desenvolver mais no momento que nós incluirmos o residente ou estudante de medicina, porque por enquanto como médico só eu estou atendendo as crianças, vai ter um grupo de psicólogas que nós vamos direcionar as crianças que têm mais quadros emocionais especialmente depressivos e também um psiquiatra que vai ser incluído na equipe para pelo menos participar das reuniões, este é o projeto pra frente.

C10- Eu estou muito satisfeita, estou muito realizada acho que tem sido bastante importante, acho que o trabalho com os pais cresceu bastante, me sinto um pouco frustrada com o trabalho com os professores (...) eu não vejo o ambulatório de TDAH sem esse atendimento para os pais e professores.

C11- Eu acho assim que **o trabalho aqui está sendo estruturado, ele já tem um caminho percorrido mas tem muito a ser construído.**

Estas falas evidenciam o pressuposto mais fundamental da metodologia dialética, já referido neste trabalho, de que toda formação social é suficientemente contraditória para ser historicamente superável, sendo que a contradição não é necessariamente exógena (no caso do CENEP, a demanda cada vez maior de pacientes, a falta de profissionais, a desmotivação dos professores para comparecimento às reuniões), mas também endógena como atritos/afetividade, críticas/respeito, falta de amadurecimento/experiência; desorganização/planejamento.

Enfim, a afirmação de Demo (1983, p.87) que “ a dialética acredita que a contradição mora dentro da realidade. Não é defeito. É marca registrada. É isto que a faz um constante vir-a-ser, um processo interminável, criativo e irrequieto. Ou seja, que a faz histórica”, reflete bem o ambulatório do TDAH do CENEP. Muitas contradições endógenas e exógenas se fazem presentes, contudo, o trabalho produz resultados muito bons e está se tornando um centro de referência, o que confirma o quanto o processo dialético presente na realidade é marca de uma historicidade, em geral, muito bonita.

b) Relação com os pais/familiares e com a escola

Em geral, a relação dos profissionais do CENEP seja com a família, seja com a escola é muito pequena, restringindo-se à momentos de consulta, intervalos entre atendimentos e devolutivas, com algumas exceções. Seguem-se alguns trechos dos relatos dos próprios investigados:

C1- **Antigamente era feito informalmente**, porque os pais trazem os filhos para o atendimento **então você conversa com os pais antes ou depois do atendimento**, e se tá grave, não quero conversar um minutinho, **a gente resolve as coisas ali no dia a dia**; mas quando a C10 chegou aqui no hospital há 1 ano e meio se não me engano, que ela trouxe essa proposta de reunião, nós achamos assim que ia ser maravilhoso porque ia trabalhar diretamente com aquelas dificuldades mas não assim não é o psicopedagogo do teu filho que está falando para você, é um outro profissional que está mostrando generalizado a situação, não vai pegar no seu pé, não vai tocar em ponto importante.

C1- (...) a gente sente muito a resistência dos pais....É, a gente tem que pensar que esses pais que estão vindo são os que foram conquistados, a gente tem que observar que o nível social dessas pessoas como é que é, são pessoas de um nível social não é tão bom, eles vem aqui com dificuldade, muito têm que trabalhar, não podem faltar (...)

Pesquisadora- mas mesmo sendo assim uma vez por mês, vocês que atendem na individualidade reforçam isso para a família? Que é uma reunião por mês e que não é uma coisa constante?

C1- você sabe que **eu particularmente estou pecando em relação a isso, não tenho conversado muito com os pais, né?** Esse ano assim foi um atropelo, tanto trabalho que eu tenho tido que não tenho dado essa atenção, mas é uma coisa de se pensar, assim de fazer, eu acho que nós devemos fazer isso mais intensivamente no final do ano e no início do ano que é época de transição, mas eu acho que a adesão deles foi muito boa.

C1- (...) às vezes a escola nem sabe que a criança está sendo atendida aqui. (...) essa comunicação não está fluida. Você tem que incorporar mais isso no teu planejamento do ano, eu já pequei muito por isso, esse ano eu falei não, no início do ano vou fazer uma planilha, todas as escolas que to atendendo eu faço contato com todas e conto como que tão, tem pais mais preocupados que tão mais assim presentes, olha eu fui na reunião da escola , a escola pediu isso(...) quando os pais são mais presentes é bem bom.

C5- Vou falar mais do ano passado que foi a experiência mais longa, foi legal, porque como eu acabei fazendo uma monografia sobre o assunto, tinha que buscar mais vínculo com as mães e isso ajudou também no trabalho aqui. Porque assim **elas vinham uma vez por semana para a continuação do tratamento e elas sempre passavam aqui para conversar, desabafar, contar outros problemas, então a gente acabou criando um vínculo mais que só o trabalho, então elas tinham uma dificuldade, queriam conversar sobre problemas na escola, elas sempre estavam aqui. Este vínculo com certeza foi um facilitador do trabalho.**

C12- No possível **a gente tenta orientar os pais e a escola, mas acaba ficando uma orientação fragmentada** porque o nosso trabalho **quando sai uma criança tem outra para entrar**, quando tem as reuniões aqui com a C10 eu estou atendendo, então eu espero quando estou lá que os pais e as escolas estejam recebendo orientação com ela(...). **Essa interação poderia ser melhor se a gente pudesse ter um contato mais vezes, mas a escola não pode vir aqui e nós também não temos tempo de ir á escola**, são poucas escolas que eu consigo fazer um atendimento, ir até lá, o que eu peço é que ele venham.

C3- Sim, você faz a entrevista e tem alguns que eu atendo. Com a escola eu não me relaciono aqui, só na clínica particular. Eu só fui na escola quando foi para fazer as primeiras palestras para dizer que existia esse trabalho, falar sobre TDAH.

C6- Acabo conversando pouco com os pais porque os pacientes que eu atendo a maioria deles são maiores e eles vêm sozinhos, então a gente acaba conversando uma ou duas vezes por ano.

C7- (...) acho que uma das dificuldades é a intervenção com a família e com a escola, em função da gente tá trabalhando num hospital, então é bem complicado a gente ter acesso para ir à escola,né? a maioria das crianças é de outros municípios, então a gente não tem como estar se deslocando para fazer um trabalho bem integrado com a escola, então geralmente o contato é por relatório, por telefonema. Raras são as escolas que se dispõem a vir e a gente não tem como , como no caso do consultório particular da gente tá indo à escola, teria que cancelar muitos outros pacientes para poder tá indo, isso é impossível aqui, **também nem todos os pais estão assim tão disponíveis para fazer com que funcionasse esse trabalho, e muitas vezes os sintomas dos pais é sintoma dos filhos, é muito difícil a aderência ao tratamento.**

C4- , Sim a partir do primeiro contato nessa avaliação **passamos a conhecer os pais, fazemos contato por telefone quando necessário**, agendando, **nas reuniões assim eu até gostaria de estar participando, no início até me comprometi, mas é difícil, porque é dia de atendimento lá fora de outros ambulatórios.**

C8- **Só no atendimento, na escola em si houve as palestras, e quando somos chamados vamos lá e damos as palestras para os pais e tal, mas também nós mandamos 350 questionários para os pais irem a palestra, houve uma participação de cerca de 60 pais, aproximadamente 20% então essa é uma dificuldade você chama os pais na escola mas é 20%(...).**

C9- A partir do momento que **a gente iniciou o estudo com o TDAH, estudo clínico já se definiu que o relacionamento com os pais seria essencial e se definiu uma estratégia de abordagem com todos os pais e com todas as crianças que iriam para o estudo, os pais passam por uma psicoeducação e portanto faz parte do projeto a psicoeducação dos pais, então o relacionamento não fica só restrito ao consultório,** Quanto às escolas, da mesma forma, **no projeto foi contemplado de que a orientação na escola dessas crianças é essencial e a realização do projeto seria uma possibilidade de levantar a discussão sobre o DA dentro do ambiente escolar desde o início com a parceria da SME, se organizou a capacitação dos professores da rede municipal de educação, no sentido da realização de 5 reuniões com os professores da rede e nessas reuniões foi organizado pela equipe do CENEP a capacitação dos professores.**

C10- Eu me sinto extremamente gratificada, na realidade acho que a gente aqui no CENEP está fazendo um trabalho muito importante pois a **gente tem um retorno dos pais, eles têm expressado como o quão importante foi para a vida deles esse encontro, essa educação, essa possibilidade de discutir os problemas que eles tem, aprenderem novas formas e também de encontrarem pessoas que sejam solidárias com aquilo que eles estão passando. Em relação aos professores é muito bom, mas a gente anda meio frustrado esse ano, né, porque esse ano as escolas não estão correspondendo**, o primeiro ano 2003 elas vieram bastante, 2004 até a metade do ano também, então **eu não sei assim se as pessoas que vinham se cansaram ou não acharam importante, a gente percebe que muitas das escolas não tem essa noção da importância de se trabalhar dessa forma, nunca vieram, nunca participaram, e estamos trabalhando para ver como motivá-las para isso**, de um modo geral na população profissional há um descompasso entre o que exigem da família e o que eles estão dispostos a dar em retribuição, **os professores querem que a família resolva o problema do seu aluno, mas quando você oferece a capacitação gratuita e se espera um pouquinho de esforço, segundo a nossa experiência, estão demorando a dar, mas eu acho que é necessário, acho que é uma situação que tem que ser reforçada.**

C11- **Eu me relaciono com os pais aqui**, na realidade é assim o sistema hospitalar é um sistema diferenciado de consultório, **aqui é um centro de referência, onde o número de crianças é muito grande e nós não temos condições de estar indo na escola**, existe toda uma outra equipe, que é equipe de assessoria a pais e professores que é coordenada pela C10, e ela que faz esse contato com os pais e professores, através deles virem até o nosso sistema não o nosso sistema ir até a escola este é o sistema ideal (...).

Estas falas evidenciam o quanto a equipe do ambulatório do TDAH é

multidisciplinar, faltando um caminho a ser percorrido até a transdisciplinaridade, visto que, concordando com Pino e Góes (2000, p.9), esta não inclui apenas a integração de saberes, mas também a superação de toda forma de reducionismo e de a-historicismo.

Em suas respostas, cada um dos membros da equipe fala com base na sua fração do trabalho; na verdade, as formas de relação e interação estabelecidas entre os profissionais ainda prescinde de um significado comum. Quando falam de suas relações com as famílias e a escola, poucos têm a percepção de como o trabalho do ambulatório do CENEP está se desenvolvendo nos últimos dois anos. Por se tratar de um grupo de profissionais que desenvolvem vários projetos, trabalham em diferentes lugares, percebe-se que estas várias situações sociais acabam se interpenetrando e não se tem clara a divisão de onde começa um projeto e termina o outro, assim a representação que cada um tem do trabalho apresenta-se fragmentada.

Na participação durante o ano nas reuniões do grupo, pode-se perceber que estas falas relatam claramente o que ocorre na prática. Uma dificuldade que a pesquisadora encontrou foi na transcrição das gravações dessas reuniões, já que as mesmas apresentavam muita conversa paralela, muito ruído, dispersão, falta de objetividade, fazendo com que muitas vezes a pesquisadora relacionasse as características do grupo com os sintomas do sujeito TDAH. Nesse sentido, pode-se dizer que nem sempre a linguagem atuou como instrumento organizador de mediação da relação entre os sujeitos.

c) Resultados dessa abordagem

Todos os profissionais apontaram resultados positivos a partir da abordagem que o ambulatório do TDAH tem desenvolvido. Seguem-se algumas falas:

C1- Eu acho que trouxe avanços sim, (...) a melhora é visível, essas crianças que eu citei que os pais são mais presentes e a escola também, (...) vários fatores assim de ansiedade que é uma coisa que prejudica muito a criança, expectativa em relação ao rendimento dela, cobrança, isso deixa a criança muito encurralada, e às vezes ela não dá conta da situação, e ela desenvolve outros problemas, desenvolve tique, desenvolve somatização, desenvolve outras coisas que não teriam a ver com a dificuldade dela, **quando quem trabalha com a criança: família, a escola, a equipe terapêutica falam a mesma língua, têm a compreensão, essa criança se sente mais acolhida e dá uma resposta mais positiva. (...) Na aprendizagem também**, porque elimina a ansiedade, porque **uma grande dificuldade que a gente tem na aprendizagem é a ansiedade**

da criança, provocada por cobrança, relacionamento inadequado, por uma não compreensão.

C5 - As mães que ficaram em contato comigo falam da melhora da criança de uma maneira geral: menos queixas da escola, menos queixa dos familiares, a criança também já está entendendo um pouquinho(...)

C12- Acho que há sim um avanço no desenvolvimento dessas crianças, penso assim, se essas crianças não tivessem este tipo de atendimento como estariam?

C3- Eu acho que sim, eu acho que é individual, não dá para falar por todos, de semana em semana tem pais que até trazem anotações, eu fiz isso, isso funcionou, isso não funcionou...**depende muito da participação de cada família**, eu sempre digo que os pacientes assim ó, o psicólogo é como se fosse o engenheiro da obra ele te dá algumas diretrizes...como vc pode fazer melhor, mas é você que vai fazer, você que vai por os tijolos, (...) **cabe a gente motivar.**

C6- As crianças têm mostrado avanço, principalmente o vínculo com a escola, a vontade de progredir, isto que a gente estimula em nossos pacientes.

C7- Sim, as que aderiram ao tratamento as que continuam sim, (...) na psicopedagogia a criança com TDAH a primeira coisa que a gente tem que tá fazendo é rever o vínculo dela com a escola que em geral tá bem fragilizado, né? E baixa tolerância a frustração, a insegurança, a irritabilidade, a agressividade que se manifestam na escola, a criança fica bastante rotulada, então **ela vem pra gente com uma auto-estima muito rebaixada, então a gente parte disso de tá revendo esse vínculo com a escola, mostrar a função da escola para essa criança para depois iniciar o trabalho propriamente dito quando existe uma dificuldade de aprendizagem, alguma coisa por trás como comorbidade.**

C4- Eu percebo que sim, principalmente aquelas que têm o acompanhamento psicopedagógico, psicológico, tem resolvido algumas dificuldades, algumas até os pais têm vindo , **tem um grupo que vem assiduamente que procura não perder porque está fazendo bem para eles aquele contato**, a gente tem percebido melhoras sim, **tanto é que algumas mães se apegaram aos profissionais aqui do ambulatório porque sentiram um apoio que é o que eles precisavam**, até nos procuram às vezes para contar alguma coisa, agradecer, porque eles estão sentido apoio, um porto seguro.

C9- Tenho convicção que o avanço é global, do ponto de vista da criança em relação a evolução cognitiva com repercussão evidentemente no aprendizado de forma geral, nos relacionamentos com os irmãos , pais , professores, familiares. No ponto de vista dos pais a abordagem multidisciplinar trás a consciência e a partir da consciência uma abordagem com sentido muito mais produtiva, menos estressante e propiciando um ambiente familiar melhor, e na escola a equipe pedagógica entendem melhor o transtorno e toda situação e não só isso passam a ser elementos críticos dentro desse processo no sentido de um contínuo aprendizado, elas se renovam, se animam também com os alunos e se animam com sua própria profissão e isso traz um processo gradativamente produtivo em todos os aspectos.

C10- Ah.. certamente, certamente, acho que foi um diferencial bastante grande em relação ao que eu tenho visto em outros lugares, né? Quando você envolve todos os profissionais em grupo e trabalhando e discutindo sobre uma criança e o andamento que ela deve ter faz uma diferença e o fato dos pais se sentirem valorizados faz uma diferença muito grande na relação que eles tem com a própria criança, a tranquilidade que eles adquirem em lidar com essa criança reflete depois na qualidade de vida que eles tem e que a própria criança tem. O fato também das escolas participarem e entenderem melhor foi um grande avanço e a gente viu

isso em várias situações, então eu acho que foi importante, que esse trabalho é importante e deve ser aprimorado.

C11- A reabilitação psicofarmacológica acontece no ato, **em termos de neuropsicologia e psicopedagogia o trabalho é muito longo**, eu acho assim que ele pode ser estendido, ter uma maior amplitude um número maior de pessoas mas ele é um bom trabalho (...). Quanto à **orientação dos pais e professores temos resultados sim e resultados positivos**, agora isso depende muito do empenho da equipe e do empenho de pais e professores, porque acontece assim nós temos visto **que muitas vezes nós oferecemos o serviço e nem sempre os pais estão preparados para receber o diagnóstico entender o que é aquilo e muitas vezes abandonam o tratamento, ou muitas vezes a escola diz que não sabe o que fazer com esse paciente que não sabe como orientar, e o que eu acontece? Quando você chama para que eles venham até aqui e para saber qual é a situação do aluno eles não comparecem, né, então assim o índice de falta acaba sendo bastante grande na equipe de orientação de pais e professores.**

Os profissionais apontam resultados positivos para o trabalho que vêm desenvolvendo, contudo reconhecem as limitações e na maioria das vezes atribuem-nas a causas exógenas.

A fala do profissional C9 se aproxima mais da concepção dialética e do pensamento de Vigotski, na medida em que relaciona os avanços sob vários pontos de vista, a partir da interação que se estabelece entre os vários atores sociais; em sua análise, contudo, faltou incluir as transformações que este trabalho esta promovendo no grupo de profissionais do ambulatório do TDAH, já que o movimento de produzir significado supõe a ação do outro. Nesse sentido, embora apareça implícito nos discursos o significado da ação da família e da escola (satisfação pelas conquistas, motivação, descrença, desafio, conformismo) percebe-se que os profissionais do CENEP não chegam a refletir sobre isso, nem sobre o sentido que essas ações conferem à práxis do próprio grupo.

d) Dificuldades/Possíveis facilitadores

C1- **Dificuldade:** **é a falta de conhecimento** de quem lida com essa criança na situação dela, (...) acho terrível quando a família não entende o filho, quando a escola não entende também é ruim, mas se desde casa a criança já é considerado um diferente, um desastrado, porque ela vem com uma série de adjetivos que qualificam o seu agir e o seu ser e elas acham que ela é isso, (...), como é que vou trabalhar comigo se não acredito em mim (...)

C1- **Facilitador:** **Conhecimento e diálogo**, né, **a gente tem que conhecer com o que a gente lida** para saber o que a gente pode esperar ou não e **até para fazer os planejamentos baseados naquele sujeito**, eu tenho um conteúdo a desenvolver, mas eu tenho um sujeito assim, quais estratégias vou usar com ele? porque se a gente planeja antecipadamente tem mais chance de acertar.

C5- **Dificuldade:** Nas reuniões a gente fica meio perdido porque a gente quer se incluir mais e não consegue um jeito de estar se incluindo melhor no trabalho, a gente vem discutindo isso freqüentemente após reunião... é gratificante quando você vê os resultados, **mas tem dificuldades de você estar se inserindo no trabalho, tem gente querendo fazer o nosso trabalho, complica.. daí a mãe cansa, ela repete sempre a mesma história, acaba ficando saturado para a mãe,** e a gente percebe o cansaço dos pais de tanta repetição.

C5- **Facilitador:** precisa de um trabalho multidisciplinar, **não só na avaliação, mas no tratamento, porque a avaliação acaba mostrando coisas que muita gente já viu e não adianta acabar ali na avaliação, o tratamento em si** esse que é feito aqui principalmente, ele é bom porque acaba englobando o que a criança necessita, **mas é por pouco tempo, é só aqui, não dá para atender todo mundo que chega...**

C12- **Dificuldade:** Nós temos **falta de espaço para atender**, temos que levar nosso material para outra sala, essa outra sala já tem outro profissional para entrar. **Falta de tempo** também, porque eu estou fazendo mestrado, atendendo no CENEP, a gente fica com muitas coisas para fazer e **às vezes a gente não consegue fazer as coisas como gostaria.**

C12- **Facilitador:** se a equipe fosse maior, se pudessemos dar orientação mais vezes em cada escola.

C2- **Dificuldade:** Eu acho que uma grande dificuldade que a gente tem aqui é **só um atendimento semanal, acho que para ficar razoável a gente tinha que ter pelo menos dois contatos com a família e com a criança (...)**

C6- **Dificuldade:** Aqui as vezes a gente tem **criança que não vem para o trabalho porque não tem dinheiro para o vale transporte**, às vezes a gente encontra ainda este tipo de dificuldade, em relação ao restante da estrutura como eu sou voluntária, eu limito o meu tempo de trabalho voluntário, se eu tivesse mais tempo ia ter demanda, (...) outra dificuldade é muita resistência em utilizar o medicamento e a gente observa na sessão sem medicamento e com medicamento a diferença no rendimento que dá. **Outra dificuldade quando eles têm um QI muito baixo, (...)** a questão da inteligência eu me pergunto sempre o que a gente faria para aumentar essa inteligência essa capacidade de aprendizagem.

C6- **Facilitador:** comunicação com o que ele tem de bom lá dentro, e funciona porque eles começam a se sentir valorizados e eles mesmos passam a ter ciência que eles têm algo de bom para eles mesmo.

C7- **Dificuldade:** Com relação a aderência ao tratamento, que muitas das crianças precisam de bastante tempo, aqui no CENEP a gente trabalha uma vez por semana durante meia hora, então é pouquíssimo em função da demanda que a gente tem uma lista de espera muito grande, então as crianças acabam ficando muito tempo em atendimento e muito pelos próprios sintomas do TDAH acabam desistindo, desanimando, não aderem ao tratamento, muitas vezes os pais tem o mesmo perfil, não dão conta de segurar essa criança no atendimento então essa é nossa maior dificuldade.

C7- **Facilitador:** Acho que se a gente conseguisse dentro da heterogeneidade ser mais homogêneo numa reunião numa equipe, o que acontece bastante dentro de uma equipe que se reúne para estudar o TDAH é que muitos dos profissionais têm os próprios sintomas, né? Então a gente vê assim... éeeeeeeeeeeee (sic), os sintomas dentro da equipe, né? E isso às vezes é difícil a gente contornar o meu e o do outro e seria o ideal se a gente conseguisse mobilizar as escolas, os pais e trabalhar de uma forma bastante integrada, a família, a clínica e a escola, a gente teria um prognóstico excelente.

C4- **Dificuldade:** É isso que eu já falei poucos profissionais para muita demanda, muitas crianças, têm vezes que não se consegue dar conta, fazer um trabalho mais integrado de maior acompanhamento, muitas vezes ficando um atendimento assim de emergência, né?

C4- **Facilitador:** Ideal seria isso que se está buscando fazer, **acompanhamento e orientação dos pais para que eles saibam lidar em casa, fora daqui com a criança TDAH e perante a sociedade,**

C9- **Dificuldade:** Na esfera pública eu acredito que seja **uma maior integração entre educação e saúde (...)** na esfera privada, da mesma maneira os planos de saúde tem que se adequar a situação de que **a medicina não deve ser vista sob o ponto de vista exclusivamente médica, de uma forma pluralista na verdade, todos os profissionais tem o seu espaço e portanto no processo de tratamento deve existir a correta orientação, remuneração de todos os profissionais envolvidos, caso contrário não se chega a um ideal de tratamento(...)**

C9- **Facilitador:** Basicamente o **que se tenta fazer aqui no CENEP (...)** tentar de forma exaustiva **fazer com que todos os elos que vão acabar promovendo essa criança, isto é, na parte biológica, psicológica, social sejam contemplados por profissionais adequados para que a evolução ocorra.**

C8- **Dificuldade:** Temos **poucas pessoas,** queríamos atender muito mais crianças, então estamos tentando atender os casos mais graves (...) tentar **ensinar o médico, o estudante de medicina,** que o médico realmente ele não gosta muito de atender TDAH, porque é algo crônico, difícil, difícil lidar com a família, então o médico pediatra precisava, **precisamos ter como fazer com que os pediatras saiam daqui também com interesse de atender TDAH,** neurologista são poucos, pediatras são muitos, **se cada pediatra no posto decidisse ter interesse, não precisava centralizar tudo no CENEP.**

C8- **Facilitador:** O CENEP não é uma solução para tudo não, **o CENEP, na verdade ele visa muito mais a pesquisa , o ensino, formar pessoas aqui para saber lidar lá fora, a solução é os Centros regionais de educação formarem núcleos de avaliação e a recuperação é na escola,** então, por exemplo, **a criança faz uma avaliação nesses centros e depois é orientada para laboratórios de lingüística, laboratórios de problemas comportamentais, laboratório de matemática dentro da escola, essa é a solução,** que são muitas crianças, é difícil atender num centro, nós temos mais de 200 crianças na fila. A escola é uma faceta, a família vem junto, por exemplo, grupos de famílias; no atendimento médico, como vem muita criança nós não damos muita atenção para a família, por isso que **é importante fazer esse grupo de pais, né?**

C10- **Dificuldade:** Estão mais relacionadas com a visão que as pessoas têm(...) **alguns profissionais consideram um aspecto mais importante que o outro, há uma tendência ainda dos profissionais considerarem os pais menos capazes de lidar com o quadro que eles tratam profissionalmente, (...)** então acho que isso ainda é um pouco difícil, **acho que ainda tem que ter uma maturidade maior para fazer esse tratamento multidisciplinar, interdisciplinar que seja produtivo, que ele não fique só no âmbito do, ah eu vou examinar hoje uma criança com TDAH mas eu já não quero mais pq eu já conheço,** que é o ambiente característico de hospital escola, isso também acho **outra dificuldade acho que essa questão das famílias estarem sempre lidando com médicos diferentes as tornam ansiosas as tornam constrangidas,** isto também eu não acho legal, **mas isso é inevitável nesse ambiente, isso não dá para mudar, acho que no ambulatório sim que as pessoas poderiam ser mais abertas.**

C10- **Facilitador:** Eu acho que para você ser bem sucedida num tratamento da criança com TDAH você **tem que começar pela família, envolver esses membros,** fazer com que eles tenham acesso ao tratamento medicamentoso se for necessário, mas ao **tratamento médico de uma maneira adequada** fazer essa interação mais tranqüila **que ela tenha apoio em todas as áreas que ela precisa** as vezes até um apoio psicológico, mas **no apoio afetivo daquelas pessoas com quem ela lida e que são importantes pra vida dela e da criança** então o tratamento que aqui atenda todas essas necessidades é que é importante **eu sou absolutamente contrária a essa tendência de só resolver os problemas da criança quando eles vêm da escola quando eles refletem no comportamento ou desempenho acadêmico para mim essa é uma das facetas do TDAH não é a faceta mais importante.**

C11- **Dificuldade:** Eu acho assim que a dificuldade que nós encontramos enquanto profissionais **é questão realmente do diagnóstico, não de nós fazermos o diagnóstico,** mas de você passar

para a família o que seja esse quadro, porque muitas vezes as pessoas atribuem isso só ao emocional, atribuem só ao orgânico, atribuem só a um fator, **de você realmente convencer os familiares de que o que é, como é, de que forma precisa ser tratado, de que forma precisa ser encaminhado, pq se a família não tiver esse movimento de consciência do que seja o quadro ela não vai tratar.**

C11- **Facilitador:** de forma geral o **que necessita para um quadro de TDAH é o que o Hospital oferece**, porque tem uma equipe multidisciplinar (...)talvez **a questão da estrutura física, mais profissionais, mais estrutura física mesmo, mais profissionais trabalhando para atender essa demanda grande além do que talvez a gente pudesse ta atendendo nesse momento.**

Estas falas, destacam em primeiro lugar, o que Minayo referiu como “as representações dominantes em toda a sociedade são mediadas de forma muito peculiar pela corporação médica” (MINAYO, 2004, p.180) sendo o médico ao mesmo tempo o agente da prática e do conhecimento na construção da hegemonia que se expressa em torno do setor de saúde.

Quando se estabelece uma hierarquia profissional numa equipe transdisciplinar, onde se dá mais voz e vez àqueles que têm profissões ligadas à área da saúde, evidencia-se a incorporação do modelo médico pela psicologia e pela educação, inclusive com a transposição de valores e explicações, fazendo-se uso de termos médicos para explicar, afirmar, valorar (PADILHA, 2001, p.30).

A legitimação deste modelo médico dificulta uma maior interação entre saúde e educação, bem como a equidade entre profissionais envolvidos no tratamento do TDAH conforme sugerido por C9.

Nas discussões da equipe, embora os fatores sociais e a história de vida dos sujeitos TDAH sempre aparecessem, pouco contribuíam nas propostas de intervenção, prevalecendo sempre o modelo médico. Ou seja, a vida social do sujeito e as políticas educacionais apareciam, mas sem significado para a prática social, apenas como satélites ao redor da patologia, dos déficits encontrados no sujeito a partir dos diagnósticos elaborados por cada um dos profissionais.

A questão do diagnóstico é o segundo ponto que requer uma discussão. Werner Júnior, num brilhante trabalho onde discute o significado do diagnóstico dos transtornos hiperativos aponta a cisão entre os procedimentos de diagnóstico e tratamento, já que pelo modelo hegemônico presente na medicina,

(...) o médico não precisa estabelecer nenhum tipo de relação terapêutica com o paciente, até

porque, na ausência de recursos semiológicos adequados para conhecer os processos constitutivos dos sintomas, ele tem pouco a contribuir além de estabelecer um diagnóstico, instituir um tratamento farmacológico e encaminhar o paciente para outras orientações. (WERNER JUNIOR, 1997, p.197).

Esta forma de relacionamento está presente no CENEP, e isto se evidenciou na fala dos profissionais e mais ainda no discurso dos familiares que relataram a impessoalidade presente na relação médico/paciente.

Neste sentido, observou-se que o ambulatório do TDAH do CENEP tem como objetivo principal o diagnóstico das crianças, o que é apontado como uma das dificuldades do trabalho por alguns profissionais, mas reconhecido como objetivo específico por C8, que reconhece e transfere, como facilitador, a responsabilidade da intervenção para centros especializados em cada uma das dificuldades que as crianças possam ter.

A fala de C5 lembra a um caso relatado por Vigotski (1997, p.276): uma mãe leva uma criança que apresentava problemas para ser consultada; a mãe relatou as dificuldades que tinha em educar o filho, que foram analisadas pela equipe que trabalhava junto com Vigotski; quando a mãe retornou, foi-lhe passado o diagnóstico, e após escutá-lo atentamente, a mãe perguntou qual o significado dele, recebendo do psiquiatra como explicação que aquele distúrbio ocasionava uma série de comportamentos que ele passou a enumerar, para em seguida ouvir da mãe: tudo isso é o que acabo de lhe contar. Esta história serviu para que Vigotski refletisse o quão pouco os pais obtêm quando levam seus filhos para ser consultados pelos especialistas, já que “o mais freqüente é que a questão se limite a devolver os próprios relatos e observações (...) lhes é devolvido o mesmo que foi recebido deles, mas acrescido de um brilhante rótulo, e na maioria das vezes em uma linguagem incompreensível.” (Vigotski, 1997, p.277).

Dessa forma, Werner Júnior postula que

(...) independente do procedimento avaliativo utilizado para se chegar aos sinais de TH²², estes critérios dissolvem as peculiaridades, colocando sob um mesmo rótulo uma variedade de condições de interação e de desenvolvimento dos sujeitos. O conhecimento de tais condições seria, entretanto, de fundamental importância tanto para o prognóstico como para o tratamento. (WERNER JUNIOR, 1997, p.198).

²² TH- Transtornos Hiper-cinéticos

Vigotski criticou os procedimentos diagnósticos tradicionais, tendo em vista que para ele

(...) o desenvolvimento da criança é um processo dialético complexo caracterizado pela periodicidade, desigualdade no desenvolvimento de diferentes funções, metamorfose ou transformação qualitativa de uma forma em outra, embricamento de fatores internos e externos, e processos adaptativos que superam os impedimentos que a criança encontra. (VIGOTSKI, 2003a, p.97)

Um diagnóstico cristalizado foca essencialmente a falta, o déficit e não as potencialidades, o que acaba por limitar o desenvolvimento do sujeito. Neste sentido, Werner Júnior propõe a análise microgenética - recurso metodológico em que os sujeitos são avaliados em duplas ou tríades, com atividades livres e com atividades semi-estruturadas em um intervalo de tempo curto, procedendo-se o registro em vídeo para posterior análise - como um instrumento capaz de unir diagnóstico, prognóstico e tratamento a partir dos mesmos indicadores clínicos. O autor ressalta ainda, que este recurso metodológico

ao deslocar a avaliação do meramente individual para processos intersubjetivos em ocorrência, aproxima-se mais das condições interativas e dialógicas reais da vida, permitindo maior articulação dos dados obtidos com a história individual e o contexto sociocultural da criança. (WERNER JUNIOR, 1997, p.198).

Uma terceira questão a ser analisada baseia-se nas falas de C1 e C6. Estes se referem à importância do conhecimento, do diálogo, e do reconhecimento do potencial biológico como facilitadores da aprendizagem.

Segundo Vigotski “os rudimentos de sistematização primeiro entram na mente da criança, por meio do seu contato com os conceitos científicos, e são depois transferidos para os conceitos cotidianos, mudando sua estrutura psicológica de cima para baixo” (VIGOTSKI, 2003b, p.116) dessa forma, é através dos conceitos científicos que a estrutura dos conceitos espontâneos são transformadas e organizadas na criança; este processo promove o avanço da criança para níveis mais elevados do desenvolvimento.

Desta concepção decorre o pressuposto vigotskiano de que a única aprendizagem possível é aquela que precede o desenvolvimento, servindo-lhe de guia.

Por isso, não se deve utilizar um método direto na aprendizagem de crianças com pouca capacidade para o pensamento abstrato, pois além deste não ajudar a criança a

superar sua deficiência natural, ainda a aprofunda; em outras palavras, a verdadeira significação de um método direto é ser um degrau para o desenvolvimento do pensamento abstrato, isto é, um meio e não um fim em si mesmo.

Neste sentido Vigotski propõe alguns requisitos para um educador : “ (...) o mestre que constrói o seu trabalho educativo não com base na educação, mas no conhecimento científico. A ciência é o caminho mais seguro para a assimilação da vida.” (VIGOTSKI, 2001, p.454); “ o professor que quiser ser um pedagogo cientificamente instruído deve ter um embasamento cultural muito vasto” (VIGOTSKI, 2001, p.455); “ a educação é tão inadmissível fora da vida quanto a combustão sem oxigênio ou a respiração no vácuo. Por isso o trabalho educativo do pedagogo deve ser necessariamente vinculado ao seu trabalho criador, social e vital.” (VIGOTSKI, 2001, p.456); duas questões são essenciais ao pedagogo: “o estudo individual de todas as particularidades específicas de cada educando em particular, em segundo, do ajuste individual de todos os procedimentos de educação e interferência do meio social em cada uma delas”. (VIGOTSKI, 2001, p.431).

*Assim, a vida só se tornará criação quando
libertar-se definitivamente das formas
sociais que a mutilam e deformam.
Os problemas da educação serão resolvidos
quando forem resolvidas as questões da vida.*
(VIGOTSKI, 2001, p.462)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou aprofundar o conhecimento sobre o papel da interação e mediação estabelecidas entre familiares, educadores e profissionais da saúde com vistas a garantir a aprendizagem e o desenvolvimento de alunos que apresentam o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).

A escolha do tema e do objeto de investigação decorreu de um interesse mais amplo de estabelecer uma maior interação entre educação e saúde, de forma a superar o reducionismo genético e defender o entendimento de educação como um processo de maximização do potencial biológico do indivíduo.

Para tanto, o estudo teve como matriz –teórica –filosófica a concepção marxista conhecida como teoria da formação social da mente proposta e desenvolvida por Lev Semiónovitch Vigotski.

Neste sentido, buscou-se aprofundar o estudo da teoria a partir das idéias de Vigotski sobre o desenvolvimento filo e ontogenético humano, além de discutir as implicações educacionais dessa teoria frente a concepções pedagógicas, especialmente a histórico crítica.

Para ampliar o conhecimento em relação aos aspectos biológicos do desenvolvimento da inteligência, partiu-se dos aspectos neuropsicológicos da formação social da mente estudados especialmente por Aleksandr R. Luria, até se chegar à discussão de questões da neurociência cognitiva do século XXI, especialmente os relacionados às bases neurais da percepção e da atenção que oferecem subsídios para a compreensão do TDAH.

Para se aprofundar no conhecimento do TDAH, transtorno que tem como sinais cardinais a hiperatividade, o déficit de atenção e a impulsividade, analisou-se sua etiologia, diagnóstico e possibilidades de tratamento segundo as concepções que sustentam os modelos predominantes na medicina e que fundamentam as pesquisas realizadas na área.

A pesquisa empírica teve uma metodologia dialética que orientou a opção pela abordagem qualitativa de caráter descritivo-participativo, adotando-se como modalidade de pesquisa o estudo de caso, este realizado no Centro de Neurologia Pediátrica (CENEP) do Hospital de Clínicas da UFPR, mas delimitado ao ambulatório do TDAH.

O percurso metodológico envolveu a realização de um estudo piloto para que a pesquisadora estabelecesse contato prévio e desenvolvesse, a partir desse, uma relação de confiança com os grupos investigados de forma a facilitar sua participação no grupo na época da pesquisa. As técnicas utilizadas na pesquisa empírica incluíram a observação participante, entrevista semi-estruturada, análise documental e a partir de categorias marxistas.

A amostra selecionada para realização das entrevistas consistiu em três grupos: pais/ familiares (Grupo A); professores/educadores (Grupo B) e profissionais do CENEP (Grupo C). Foram entrevistados 8 participantes do grupo A, 7 do grupo B e 12 do grupo C.

O procedimento de construção e análise do material envolveu a transcrição das informações coletadas, a seleção e agrupamento dos trechos das entrevistas e dos relatos das reuniões que melhor possibilitavam a discussão das informações obtidas a partir das categorias de análise.

Foram eleitas como categorias de análise marxistas a contradição, a prática social e a consciência, e para facilitar a discussão classificou-se e agrupou-se as informações coletadas através das entrevistas e dos relatos das observações nas reuniões por categoria de respondentes e por pergunta.

Dessa forma, a metodologia utilizada neste estudo não condiz com a elaboração de uma lista de respostas para os problemas propostos, fazer isto seria incoerência em relação ao quadro teórico que fundamenta este trabalho.

Buscou-se destacar na análise como se dá a interação social entre os grupos selecionados, apontando, a partir de suas percepções e representações, a possibilidade de, a partir da prática social, se promover o desenvolvimento do aluno TDAH.

Os trechos relatados, sejam das entrevistas ou ainda da participação nas reuniões, foram recorrentes em mostrar que “na interação dialógica estão envolvidos elementos intersubjetivos, não só de significação dos enunciados comunicativos, mas principalmente de atribuição de significado ao outro”. (WERNER JUNIOR, 1997, p.179).

Neste sentido, ficou evidente que o diagnóstico e o prognóstico favorável no desenvolvimento do aluno TDAH está vinculado a essa atribuição de significado que os sujeitos destes grupos fazem uns aos outros, e ainda no processo de transformação que estas atribuições sofreram a partir da prática social.

Partindo da idéia de Vigotski que o indivíduo é um ser em si, de natureza biológica, que tem uma significação para os outros, e que através deles adquire significação para si mesmo (SIRGADO, 2000, p.76), pode-se compreender o motivo pelo qual as crianças que apresentam um possível distúrbio biológico chegam ao serviço médico com sua auto-imagem destrozada, já que a construção que fazem de si baseia-se no significado atribuído pelo outro (família, escola) ao comportamento socialmente inadequado que manifestam, fato que, muitas vezes, contribui para um diagnóstico incorreto.

Dessa forma, foi possível perceber que esses significados começaram a se transformar dentro das famílias. Os familiares, ao realizarem leituras mais amplas da realidade a partir da interação com seus pares e da mediação da profissional do CENEP, foram reconstruindo sua consciência, estabelecendo um outro nível de pensamento e atribuindo novos significados ao comportamento e desenvolvimento de suas crianças; isto os levou a refletir sobre as possibilidades de transformação da realidade vivenciada por eles, motivando-os a um novo agir.

A participação no grupo foi a possibilidade que eles encontraram para, ao se reconhecerem no outro, adquirirem a percepção de si mesmos, ou seja, o que Vigotski considera o momento da constituição cultural do indivíduo “em que através do outro, ele internaliza a significação do mundo”. (SIRGADO, 2000, p.13).

O estudo permitiu à pesquisadora verificar o surgimento de uma consciência crítica entre as mães, onde estas foram se reconhecendo como protagonistas da sua história de vida e percebendo a sua importância na produção de significado para o outro.

Na medida em que, através da prática social, foram interagindo com seus filhos e outros membros da família, passaram a lhes atribuir novos significados e com isso

conseguiram resultados em termos de desenvolvimento da criança e na qualidade de vida da família.

Ficou claro que os pais/ familiares que participaram com regularidade nas reuniões do CENEP, a partir da prática social, passaram a compreender que o comportamento, o desempenho escolar, a afetividade de suas crianças decorriam de uma disfunção biológica, e uma melhor qualidade de vida da família, assim como o prognóstico favorável no desenvolvimento acadêmico de seus filhos requeriam que repensassem as formas de interagir com eles. Neste sentido, modificaram suas falas, incorporaram um novo discurso e novas ações, e com isso estabeleceram novas formas de interação com as crianças, com os outros membros da família, com seus pares na reunião, com C10, e inclusive com a pesquisadora.

Este novo nível de consciência adquirido possibilitou que as mães passassem a interagir de forma diferente também com a escola, que representa o “maior dos problemas” na vida dos alunos TDAH. As mães começaram a perceber que a escola cobra a participação da família, no entanto, quando é chamada a participar não o faz. Com a consciência adquirida no grupo, as mães passaram a cobrar mais das escolas e quando conseguiam estabelecer uma relação de confiança, fazendo com que as mesmas participassem, constatavam que os resultados obtidos por seus filhos eram muito melhores. Neste sentido, a discussão buscando uma forma de motivar à escola a participar do trabalho no CENEP foi recorrente nos encontros, demonstrando que as mães, ao perceber a contradição presente no comportamento das escolas, vislumbravam a possibilidade de interagir com os educadores e modificar a situação que vivenciam.

Neste sentido, a transformação das famílias repercutiu nas escolas, motivando alguns educadores a comparecer ao CENEP, desencadeando neles um novo olhar frente ao aluno TDAH, provocando reflexões em relação à sua prática pedagógica, a partir das novas percepções que iam adquirindo juntamente com seus pares e com a mediação da pedagoga do CENEP.

Em relação ao CENEP, as mães reconheceram sua importância no sentido de possibilitar que através da interação com o outro, se percebam como parte de um grupo muito maior, já que até então se sentiam sozinhas e sem expectativas frente aos problemas que detectavam em seus filhos. Revelaram respeitar seus profissionais, mas se permitiram emitir opiniões críticas, seja em relação a questões materiais (atrasos, falta

de profissionais) seja em relação às contradições presentes na saúde (onde se lida com o humano, mas esta dimensão é preterida em favor do conhecimento científico). No entanto, os avanços no nível de pensamento das famílias ensejaram transformações menos evidentes no grupo dos profissionais CENEP, já que, neste grupo, se apresentaram as maiores contradições internas, uma vez que o predomínio do modelo médico positivista, hegemônico é muito forte, e como aponta Padilha

A sabedoria médica, a racionalidade científica, comprovadamente estabelecem e deliberam, de acordo com sua visão do que venha a ser biológico, sobre as questões do desenvolvimento humano, desconsiderando todos os determinantes históricos, tanto da medicina quanto da humanidade. (PADILHA, 2001, p. 38).

Neste sentido, embora se proponha a uma abordagem transdisciplinar, o grupo ainda está num processo de construção, em que as contradições representam exatamente a possibilidade de transformação e avanço. Os resultados já apontam para isso, na medida em que a pesquisa revelou que as crianças participantes do ambulatório evoluíram em seu desenvolvimento.

A escola, de uma forma geral participou muito pouco, apresentando inúmeras justificativas de cunho material para esta ausência. No entanto, algumas professoras mantiveram uma regularidade de participação. A pesquisa revelou que as professoras tinham como objetivo aprender sobre o TDAH (a maioria não conhecia nada sobre o transtorno) com vistas a utilização de estratégias de ensino que facilitassem a aprendizagem do aluno TDAH. Neste sentido, a pesquisadora buscou, na análise desenvolvida neste estudo, relacionar os sintomas característicos do TDAH com as implicações pedagógicas da teoria da formação social da mente, de forma que isto possibilite às professoras perceber que a construção de estratégias é feita na prática pedagógica, não existindo receitas prontas, mas que não é possível se prescindir de um referencial teórico que dê sustentação a essa prática, ou seja, não é possível se falar em educação sem *práxis*, isto é, sem que se tenha uma prática articulada à teoria, buscando-se a compreensão mais consistente da atividade prática, a partir de leituras mais amplas da realidade e da reflexão, de forma que se construa uma prática escolar transformada e transformadora, emancipada e emancipadora.

Os conceitos de zona de desenvolvimento proximal, a linguagem como organizadora do pensamento, o conhecimento que o professor deve ter em relação às

peculiaridades de seu aluno, o mestre como organizador do real para o aluno, são idéias presentes na teoria de Vigotski que foram utilizadas no desenvolvimento da análise.

Todas as professoras afirmaram que ocorreram avanços no desenvolvimento de seus alunos, e nesse sentido pode-se afirmar que os melhores resultados foram aqueles em que a família conseguiu motivar a escola.

Em relação ao grupo do CENEP, a pesquisa mostrou que o grupo ainda está longe de trabalhar o TDAH de forma transdisciplinar. Os membros do grupo têm consciência de que estão em fase de crescimento, necessitando de um amadurecimento, embora esta consciência ainda não apareça no grupo (só de forma isolada).

É importante ressaltar que a maioria dos profissionais apontam para as limitações, as contradições, os possíveis caminhos, os desafios e as dificuldades. Um primeiro passo, no entender da pesquisadora, é buscar uma identidade teórica coerente com a proposta de trabalho transdisciplinar que o grupo pretende desenvolver; como segundo passo, ter uma prática que dialogue com esta teoria, que leve em conta a historicidade de todos os envolvidos, que transforme o paciente em sujeito de sua história.

Acredita-se que a idéia de Werner Júnior (1997, p.199) propondo um novo paradigma para a medicina, distanciado do modelo atual que estabelece uma dicotomia crescente entre diagnóstico, prognóstico e tratamento, seria um primeiro passo, assim como a análise microgenética fundamentada na concepção vigotskiana seria uma possibilidade.

Apesar das limitações apontadas, os resultados do trabalho já aparecem, pois todos os participantes de todos os grupos reconheceram os resultados no desenvolvimento das crianças atendidas no ambulatório do CENEP.

Finalmente, as discussões realizadas ao longo deste trabalho, mais que tudo visaram instigar estes grupos, especialmente os educadores a ter um novo olhar frente a deficiência aqui representada pela criança com TDAH. E para tanto, encerra-se o estudo com o pensamento de Padilha (2001, p.177) compartilhado por esta pesquisadora: o trabalho com o sujeito que apresenta algum distúrbio ou deficiência não significa “tratá-lo” e devolvê-lo são ao seu grupo social, “pelo contrário: trata-se de conhecer as possibilidades e limitações da pessoa com deficiência para, com ela, captar os indícios, os sinais que nos dá sobre seu processo evolutivo e pelo qual se aproxima da resolução de suas dificuldades.”

REFERÊNCIAS

- ABRAMOWICZ, Anete. Quem são as crianças multirrepetentes? In: ABRAMOWICZ, Anete.; MOLL, Jaqueline (orgs). **Para além do fracasso escolar**. 6.ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003.
- ADLER, Lenard A.; Cohen, Julie. Triagem de adultos para transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Internet NeuroPsicoNews**. v.76, s/n, 2005. Disponível em: < http://www.neuropsiconews.org/jornal/volume_76/> Acesso em: 06 ago 2005.
- ALBUQUERQUE, Guilherme S.C. **Educação e prática médica capitalista: limites e possibilidades**. 2002. 128 fls. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2002.
- ALFANO, Ângela. Avaliação Neuropsicológica do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): contribuições para uma intervenção eficaz. In: VALLE, Luíza E.Ribeiro do (ed.) **Neuropsicologia & Aprendizagem: para viver melhor**. Ribeirão Preto, SP.: Tecmedd, 2005.
- ALVES, Alda Judith. O planejamento de pesquisas qualitativas em Educação. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, v. 77, p.53-61, maio 1991.
- AMARAL, Ana H.; GUERREIRO, Marilisa M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.59, n.4, p.884-888, dez. 2001.
- ANDRADE, Ênio R.; SCHEUER, Cláudia I.; RIBEIRO, Karla M. N. ; MORIHISA, Rogério S. Estudo sóciodemográfico de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade atendidos em um hospital universitário. **Infanto- Revista Neuropsiquiatria da Infância e adolescência**. v.9, n.3, p.97-99, s/m, 2001.
- ANDRADE, Ênio R.; SCHEUER, Claudia. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Connors em Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.62, n.1, p.81-85, mar. 2004.
- ANDRÉ, Marli E. D. Afonso de. Avaliação Escolar: além da meritocracia e do fracasso. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, n.99, p.16-20, nov.1996.
- ANTUNHA, Elsa, L.G. “Jogos Sazonais” coadjuvantes do amadurecimento das funções cerebrais. In: OLIVEIRA, Vera B. de (org.) **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- ARROYO, Miguel G. Fracasso-sucesso: o peso da cultura escolar e do ordenamento da educação básica. In: ABRAMOWICZ , A.; MOLL, J. (orgs.). **Para além do fracasso escolar**. Campinas: Papyrus, 1997.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, DSM-IV. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

BALLARD, Shirley. The neurological basis of attention déficit hyperactivity disorder. *Adolescence*.USA n.1 .win. 1997. Disponível em< <http://www.findarticles.com/p/articles/>>. Acesso em: 19 ago 2004.

BARBOSA, Genário A. Transtornos hipercinéticos: validação do questionário de Conners em escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.43, n.8. p.445-453, ago. 1994.

BECKER, Fernando. Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p.89-96, jan/jun, 1994.

BECKER, Fernando. **A epistemologia do professor**: o cotidiano da escola. 10.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BEIN, E.S.; VLÁSOVA, R.E.; LÉVINA, N.G.; MORÓZOVA, N.G.; SHIF, Zh.I. Posfácio. In: VYGOTSKI, L.S. **Obras Escogidas V. Fundamentos de defectología**. Madri: Visor Dis., 1997.

BENCZIK, Edyleine B.P. **Manual da escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Versão para professores. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: atualização diagnóstica e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENCZIK, Edyleine B. P.; BROMBERG, M. Cristina. Intervenções na escola. In: ROHDE, Luís A; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BIEDERMAN, Joseph; QUINN, Margaret W.; MARKABI, Sabri; WEIDENMAN, Meredith; EDSON, Kathryn; KARLSSON, Goeril; POHLMANN, Harald; WIGAL, Sharon. Eficácia e Segurança da Ritalina[®] LA[™], uma nova formulação de liberação prolongada para uso em dose única diária dometilfenidato em crianças com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Pedriatic Drugs**, São Paulo, v.5, n.12, p.833-841, dec. 2003.

BORDA, O. FALS. Aspectos teóricos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C. **Pesquisa participante**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BORGES-OSÓRIO, Maria Regina; ROBINSON, Wanyce Miriam. **Genética Humana**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2001.

BRANDÃO, Carlos R. (org). **Pesquisa participante**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CARNEIRO, Maria Sylvia C. A integração de alunos considerados especiais nas redes públicas de ensino- um olhar vygotskiano. In: ABRAMOWICZ, Anete; MOLL, Jaqueline (orgs.). **Para além do fracasso escolar**. Campinas: Papyrus, 1997.

CHIZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CIASCA, Sylvia M. Avaliação neuropsicológica e neuroimagem nos distúrbios de aprendizagem: leitura e escrita. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA. **Dislexia: cérebro, cognição e aprendizagem**. São Paulo: Frôntis, 2000.

COOPER, Denise. Aconselhamento psicológico. In: PHELAN, T.W. **TDA/TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: sintomas, diagnósticos e tratamento- crianças e adultos**. São Paulo: M. Books, 2005.

CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais da saúde**. 2.ed. São Paulo: Lemos, 2003.

DAMASCENO, B.P; GUERREIRO, M.M. Desenvolvimento neuropsíquico: suas raízes biológicas e sociais. **Cadernos CEDES 24**. Campinas, v. XX, n.24, p.13-20. jul. 2000.

DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes**. Emoção razão e cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DAMÁSIO, Antônio; DAMÁSIO, Hanna. O cérebro e a linguagem. **Viver mente & cérebro**. São Paulo, ano XIII, n.143, p.42-49. dez.2004.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1983.

FACCHINI, Luciana. *Brainpower: a compreensão neuropsicológica do potencial da mente de um bebê*. **Educação**. Porto Alegre, v. XXIV, n.45, p.93-106, nov. 2001.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORMIGA, Cibelle K.M.R.; TUDELLA, Eloísa; MEDEIROS, Jovany L.A. Plasticidade cerebral- Bases para habilitação neurossensório-motora de bebês de risco. **Infanto-Revista Neuropsiquiatria da Infância e adolescência**. v.10, n.3, p.114-126, s/m, 2002.

FREIRE, A.C.Cruz; PONDÉ, Milena Pereira. Estudo Piloto da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.63, n.2B, p.474-478, jun. 2005.

FREITAS, M.Teresa A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, s/v, n.116, jul .2002.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, Roger. **Neuropsicologia**. São Paulo: Santos, 2002.

GÓES, Maria Cecília R. de. A natureza social do desenvolvimento psicológico. **Cadernos CEDES**. Campinas, v.XX, n.24, p.21-29, jul. 2000.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 7. ed. Campinas: Papyrus, 1994.

GOLDSTEIN, Sam. **The facts about ADHD: an Overview of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder**. Disponível em :<<http://www.samgoldstein.com/template>> Acesso em: 21 ago 2004.

GOLFETO, J.H.; BARBOSA, G.A. Epidemiologia. In: ROHDE, Luís A.; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GUARDIOLA, Ana; FUCHS, Flavio D.; ROTTA, Newra T. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v.58, n.2B, june 2000.

GUSMÃO, Sebastião; SILVEIRA, Roberto L.; CABRAL FILHO, Guilherme. Broca e o nascimento da moderna neurocirurgia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v.58, n.4, dez .2000.

ISAIA, Silvia M. de A. Contribuições da teoria vygotskiana para uma fundamentação psico-epistemológica da educação. In.: ASSUNÇÃO, Maria Teresa. **Vygotsky um século depois**. Juiz de Fora: EUFJF, 1998.

KEMPERMANN, G.; GAGE, Fred H. Novos Neurônios no cérebro adulto. **Scientific American Brasil**. São Paulo: Edição Especial , n.4, p.92-98, set 2004.

KNAPP, P.; LYKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J.; CARIM, D.B.; ROHDE, L.A. Terapia cognitivo-Comportamental no transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade. In: ROHDE, Luís A, MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KNAPP, P.; ROHDE, L.A.; LYSZKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J. **Terapia cognitivo comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KOLB, B.; WHISHAN, I.Q. **Neurociência do comportamento**. São Paulo: Manole, 2002.

LENT, Roberto. **Cem bilhões de neurônios**: conceitos fundamentais de neurociências. São Paulo: Atheneu/FAPERJ, 2001.

LEONTIEV, Aléxis N. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: VIGOTSKII, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 1988.

LURIA, A.R. **Fundamentos da Neuropsicologia**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1981.

_____. **Desenvolvimento Cognitivo**: seus fundamentos culturais e sociais. São Paulo: Ícone, 1990.

_____. **A construção da mente**. São Paulo: Ícone, 1992.

_____. The functional organization of the brain. **Scientific American**. v.222, n.3, p.66-78, mar.70. Disponível na internet: <<http://www.comnet.ca/~pballan/Functsystems.htm>> Acesso em 03.01.2006.

MACHADO, Ângelo. **Neuroanatomia Funcional**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARINO JR. Raul. O problema cérebro-mente revisitado: uma incursão no monismo emergentista de Bunge. **Revista Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.14, p.36-41, jan.fev. 1987

MARTINS, S.; TRAMONTINA, S.; ROHDE, L.A. Integrando o processo diagnóstico. In: ROHDE, Luís A; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MATTOS, Paulo. Diagnóstico do déficit de atenção: forma residual. In: CAPOVILLA, Fernando C; GONÇALVES, Maria de Jesus; MACEDO, Elizeu C de (orgs). **Tecnologia em re(habilitação) cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar**. São Paulo: EDUNISC, 1998.

_____. Avaliação neuropsicológica do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. In: MACEDO, Elizeu Coutinho; GONÇALVES, Maria de Jesus; CAPOVILLA, Fernando C.; SENNYEY, Alexa Livia (orgs). **Tecnologia em (re) habilitação cognitiva 2002: um novo olhar para avaliação e intervenção**, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2002.

_____. **No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 4 ed. São Paulo: Lemos, 2005.

_____. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.XLI, n.2, mar.-abr. 2005.

MATTOS, Paulo; ABREU, Paulo B.; GREVET, Eugênio. O TDAH no adulto: Dificuldades Diagnósticas e de Tratamento. In: ROHDE, Luís A, MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MATTOS, Paulo; SABOYA, Eloísa; KAEFER, Heloísa; KNIJNIK, Márcia P.; SONCINI, Natália. Neuropsicologia do TDAH. In: ROHDE, Luís A, MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MINAYO, M. Cecília de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**.14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, Mônica C.; MUSKAT, Mauro. Neuropsicologia do desenvolvimento. In: ANDRADE, V.M.; SANTOS, F.H; BUENO, Orlando F.A. **Neuropsicologia Hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

MIZUKAMI, Maria da Graça N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

MOLON, Susana I. **Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Serge. Who is the most marxist of the two? **Swiss Journal of Psychology**, Berna, v.55, n. 2/3, p.70-73, jun.-set. 1996.

NAHAS, Tatiana R.; XAVIER, Gilberto, F. Atenção. In: ANDRADE, V.M.; SANTOS, F.H; BUENO, Orlando F.A. **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

OLIVEIRA, Marta Kohl. O pensamento de Vygotsky como fonte de reflexão sobre a educação. **Cadernos CEDES**, Campinas, vol.XX, n.35,p. 11-18, jul. 2000a.

OLIVEIRA, Zilma de Moraes R. Interações sociais e desenvolvimento: a perspectiva sociohistórica. . **Cadernos CEDES**, Campinas, vol.XX, n.35,p. 62- 77, jul. 2000b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PADILHA, Anna M. L. **Práticas pedagógicas na educação especial: a capacidade de significar o mundo e a inserção cultural do deficiente mental**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

_____. **Possibilidades de histórias ao contrário, ou como desencaminhar o aluno da classe especial**. São Paulo: Plexus, 2004.

PÁDUA, Elisabete M.M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 6.ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

PALANGANA, Isilda C. A função da linguagem na formação da consciência: reflexões. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.XX, n.35, p.19-35, jul. 2000.

PINHEIRO, Marta. Comportamento humano-interação entre genes e ambiente. **Educar em Revista**, Curitiba,v.1, n.10, p.53-57, jan./dez.1995.

_____. A inteligência: uma contribuição da biologia ao processo educativo. **Educar em Revista**, Curitiba, v.1, n.12, p.39-49, jan./dez.1996.

_____. Aspectos históricos da neuropsicologia: subsídios para a formação e educadores. **Educar em Revista**, Curitiba,v.1, n. 25, p.175-196, jan.-jun. 2005.

PINO, Angel. O biológico e o cultural nos processos cognitivos. In: MORTIMER, Eduardo F.; SMOLKA, Ana L. B. (orgs). **Linguagem, cultura e cognição: reflexões para o ensino e a sala de aula**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

PINO, Angel. A psicologia concreta de Vigotski: implicações para a educação. In: PLACCO, Vera M. N. de Souza (org.). **Psicologia & Educação: revendo contribuições**. São Paulo: Educ, 2002.

PINO, Angel; GÓES, Maria Cecília. Apresentação. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.XX, n.24, p.7-12, jul. 2000.

PIRES, M.F.C. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface-comunicação, saúde e educação**, v.1, n.1, 1997. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista1/ensaio5.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2005.

POETA, Lisiane S.; ROSA NETO, F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.3, p.150-155, set. 2004.

POSSA, Marianne de A.; SPANEMBERG, Lucas; GUARDIOLA, Ana. Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e escolares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.63, n.2B, p.479-483, jun. 2005.

POZO, Juan Ignacio. **Teorias cognitivas da aprendizagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

QUINTANA, Mário. Das utopias. In: FEITOSA, Soares. **Jornal de Poesia**. Disponível em: <<http://www.jornaldepoesia.jor.br/poesia.html>>. Acesso em 27.01.2005.

RATNER, Carl. **A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

REALE, G.; ANTISERI, D. **História da filosofia: do Romantismo até os nossos dias**. São Paulo: Paulus, 1991.

RIESGO, Rudimar; ROHDE, Luis A. Transtorno de déficit de atenção/Hiperatividade. In: KAPCZINSKI, F; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I.(orgs). **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROMAN, T.; SCHMITZ, M.; POLANCZYK, G.V.; et.al. Etiologia. In: ROHDE, Luís A.; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROMAN, T.; ROHDE, L.A.; HUTZ, M.H. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24, n.4, p.196-201, out. 2002.

ROHDE, Luis A. ADHD in Brazil: The DSM-IV criteria in a culturally different population. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, Chicago, v.41, n.9, p.1131-1133, set. 2002.

ROHDE, Luis A.; BENCZIK, Edyleine B.P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: O que é? Como ajudar?** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

ROHDE, Luís A, MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROHDE, L.A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n.2, p.61-70, abr. 2004.

ROHDE, Luis. A.; BIEDERMAN, J.; BUSNELLO, Ellis A.; et al. ADHD in a school sample of brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid, and impairments. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, Chicago, v.38, n.6, p.716-722, jun. 1999.

ROTTA, Newra T.; FREIRE, Cristiano F. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In: ROTTA, N. T.; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, R.S. **Rotinas em Neuropediatria**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SANTOS, Flávia H.dos. Reabilitação cognitiva pediátrica. In: ANDRADE, V.M.; SANTOS, F.H; BUENO, Orlando F.A. **Neuropsicologia Hoje**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

SANVITO, W.L. **O cérebro e suas vertentes**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1991.

SAVIANI, Dermeval. A pedagogia histórico crítica no quadro das tendências críticas da Educação Brasileira. In: **Revista da Associação Nacional de Educação**, São Paulo, ano 5, n.11, 1986.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. Campinas, SP: Autores Associados, 1999.

SCHAEFER, Sérgio; JANTSCH, Ari Paulo. **O conhecimento popular**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

SILVA, Sônia A.I. **Valores em educação**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, s/d.

SIRGADO, Angel Pino. O social e o cultural na obra de Vigotski. **Educação e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.71, p.45-78, jul.2000

SMITH, Leslie; DOCKRELL, Julie; TOMLINSON, Peter. **Piaget, Vygotsky and beyond: future issues for developmental psychology and education**. Londres: Routledge, 1997.

SMOLKA, Ana Luiza Bustamante. O (im)próprio e o (im)pertinente na apropriação das práticas sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.20, n.50, p.26-40, abr.2000.

SOUZA, Solange Jobim. Psicologia do desenvolvimento e as contribuições de Lev Vygotsky. In.: In.: ASSUNÇÃO, Maria Teresa. **Vygotsky um século depois**. Juiz de Fora: EUFJF, 1998.

SOUZA, Isabella; SERRA, M. Antônia; MATTOS, P. FRANCO, Vanessa A. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.59, n.28, p.401-406, jun 2001.

SOUZA, Thaisa F. Q.; PEREIRA, Karina; ROCHA, Nelci A. C. F.; TUDELLA, Eloísa. Efeito da intervenção psicomotora no déficit de atenção – estudo de caso. **Infanto-Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v.10, n.3, p.133-137, s/m, 2002.

SZYMANSKI, Heloisa. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In: SZYMANSKI, H. (org.); ALMEIDA, Laurinda R. PRANDINI, Regina C. A. R. **A entrevista na pesquisa em educação: prática reflexiva**. Brasília: Plano Editora, 2002.

SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, Laurinda R. PRANDINI, Regina C. A. R. Perspectivas para a análise de entrevistas. In: SZYMANSKI, H. (org.); ALMEIDA, Laurinda R. PRANDINI, Regina C. A. R. **A entrevista na pesquisa em educação: prática reflexiva**. Brasília: Plano Editora, 2002.

SZOBOT, C.M.; STONE, I.R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Base Neurobiológica. In: ROHDE, Luís A.; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TOMASI, Neusi G. S; YAMAMOTO, Rita M. **Metodologia da pesquisa em saúde:fundamentos essenciais**. Curitiba: As autoras, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TODD, R. D. Genetics of Attention Déficit/Hyperactivity disorder: are we ready for molecular genetic studies? **American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric genetics)**, Nova York, v.96, n.3, p.241-243, jun. 2000.

TUNES, Elisabeth. Os conceitos científicos e o desenvolvimento do pensamento verbal. **Cadernos CEDES**. Campinas, v.XX, n.35, p.36-49, jul. 2000

VALLE, Luiza E. L. R.do. **Neuropsicologia e Aprendizagem, para viver melhor**. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, Marcio M.; WERNER, Jairo J.; MALHEIROS, Ana F.A. et al. Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade numa escola pública primária. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n.1, p.67-73, mar.2003.

VILELA, Ana L. M. **Sistema nervoso 2.pps**. São Paulo, 05 jul 2005. Arquivo (1,14 kbytes) PowerPoint. Disponível na Internet: www.afh.bio.br Acesso em 08.2005.

VYGOTSKI, L.S. **Obras Escogidas V. Fundamentos de defectología**. Madri: Visor Dis., 1997.

VIGOTSKI, L.S. **Psicologia Pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **A formação social da mente**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003a.

_____. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003b.

VYGOTSKY,L.S.; LURIA, A.R. **Estudos sobre a História do comportamento : o macaco, o primitivo e a criança**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

WERNECK, Cláudia. **Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

WERNER JUNIOR, J. **Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico**. 1997. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1997.

ANEXO A

ANEXO A. Escala de Conners – versão para pais

Fonte: Barbosa (1994, p.447).

ANEXO A. Escala de Conners (continuação)- versão para professores

ANEXO B

ANEXO B – Escala SNAP para pais e professores.

Fonte: Knapp.; Rohde.; Lyszkowski et al (2002, p.143).

ANEXO B – Escala SNAP para pais e professores (continuação).

ANEXO C

ANEXO C- TDAH- Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade
Versão para Professores

ANEXO C- TDAH- Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade
Versão para Professores (Continuação).

ANEXO C- TDAH- Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade
Versão para Professores (Continuação)

ANEXO D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM EDUCAÇÃO
DISSERTAÇÃO: O PAPEL DA INTERAÇÃO SOCIAL NA APRENDIZAGEM DO
ALUNO COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: O CASO DO CENEP- HC/UFPR**

**ANEXO D- MODELO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO A (pais)**

Nome:.....

Idade:

Religião:.....

Grau de instrução:.....

Reside com a criança:

Grau de Parentesco/ criança:

- 1- Fale um pouco sobre o jeito de ser da criança (personalidade/temperamento, em casa).**

- 2- Fale um pouco sobre a sua relação com a criança.**

- 3- Fale um pouco sobre a vida escolar da criança (criança/professora; criança/colegas).**

- 4- Fale um pouco sobre a vida social da criança (ambientes que frequenta, amigos fora da escola)**

- 5- Fale um pouco sobre as reuniões mensais para pais no CENEP.**

- 6- A participação no grupo do ambulatório do TDAH trouxe alguma modificação na vida da sua criança/família? Fale sobre isso.**

- 7- Você tem alguma sugestão a fazer em relação ao trabalho do CENEP?**

ANEXO E

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM EDUCAÇÃO
DISSERTAÇÃO: O PAPEL DA INTERAÇÃO SOCIAL NA APRENDIZAGEM DO
ALUNO COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: O CASO DO CENEP- HC/UFPR

ANEXO E- MODELO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO B (professores)

Nome: **Idade:**.....
Grau de instrução:.....
Curso:.....
Escola:.....
Tempo de trabalho/ Tempo de magistério:
Criança :

- 1- Você poderia se apresentar, falando um pouco de sua formação, trajetória profissional, disciplina e/ou classe em que leciona?
- 2- Você participa nas reuniões no CENEP? Qual a postura da escola em relação à sua participação? O que você pensa sobre esse trabalho que o CENEP está desenvolvendo?
- 3- Você já sabia alguma coisa sobre TDAH antes de participar do grupo do CENEP? O que você aprendeu sobre o TDAH participando das reuniões?
- 4- Fale um pouco sobre a criança enquanto seu/sua aluna- personalidade/temperamento, relacionamento com os colegas, sua relação com a criança.
- 5- Fale um pouco sobre a relação da escola e sua (como professora) com os pais/responsáveis pela criança.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM EDUCAÇÃO
DISSERTAÇÃO: O PAPEL DA INTERAÇÃO SOCIAL NA APRENDIZAGEM DO
ALUNO COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: O CASO DO CENEP- HC/UFPR

ANEXO E- MODELO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO B (professores)

Continuação

- 6- A sua participação nas reuniões do CENEP promoveu alguma modificação na sua atuação profissional? Em que sentido? Que tipo? E quanto a relação CENEP/escola?**

- 7- Em relação ao seu aluno houve alguma modificação comportamental após sua participação nas reuniões do CENEP? De que tipo?**

- 8- Você tem alguma sugestão a fazer em relação ao trabalho do CENEP?**

ANEXO F

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM EDUCAÇÃO
DISSERTAÇÃO: O PAPEL DA INTERAÇÃO SOCIAL NA APRENDIZAGEM DO
ALUNO COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: O CASO DO CENEP- HC/UFPR**

**ANEXO F- MODELO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO C (Profissionais do CENEP)**

Nome:.....

Idade:

Formação:

Vínculo com o CENEP:.....

Outros locais de trabalho (além do CENEP).....

- 1) Você poderia se apresentar falando um pouco sobre sua trajetória profissional e o seu trabalho aqui no CENEP? Qual a matriz teórica que orienta seus trabalhos?

- 2) Em relação ao trabalho transdisciplinar com sujeitos com TDAH desenvolvido no CENEP, você poderia falar alguma coisa? De que forma você participa? Há quanto tempo?

- 3) Como você avalia a trajetória deste tipo de trabalho?

- 4) Como é sua relação com os pais/ responsáveis e com a escola das crianças?

- 5) Esta abordagem apresentou avanços no desenvolvimento das crianças com TDAH? Que tipo?

- 6) A partir da sua experiência aqui no CENEP, você poderia dizer que condições poderiam promover melhores resultados no trabalho com as crianças com TDAH?

- 7) Quais as dificuldades que você enfrenta no seu trabalho?

ANEXO G

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM EDUCAÇÃO
DISSERTAÇÃO: O PAPEL DA INTERAÇÃO SOCIAL NA APRENDIZAGEM DO
ALUNO COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: O CASO DO CENEP- HC/UFPR**

**ANEXO G- MODELO DO INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DR. SÉRGIO ANTONIUK**

Nome:.....

Idade:

Formação:

Vínculo com o CENEP:.....

Locais de trabalho além do CENEP

1) O senhor poderia falar um pouco sobre sua trajetória profissional e o seu trabalho aqui no CENEP?

2) O senhor poderia falar sobre o ambulatório do TDAH ? Quando o trabalho teve início? Quem participa? Como se desenvolve o trabalho? Qual o tempo dispensado para esse ambulatório? Quais os critérios para as crianças serem incluídas?

3) Como é sua relação com os pais e/ou responsáveis e com a escola das crianças do ambulatório do TDAH?

4) Como é a sua relação com os membros da equipe?

5) Como o senhor avalia a trajetória deste tipo de trabalho? Quais critérios utilizados nessa avaliação? (crianças, equipe)

6) A partir da sua experiência, o que o senhor considera necessário para a obtenção de melhores resultados no desenvolvimento das crianças com TDAH?

7) Quais as dificuldades que o senhor enfrenta no seu trabalho?