

Concepções de profissionais da saúde sobre altas habilidades e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças

Health professionals' understandings of high ability children and attention deficit disorder with hyperactivity (ADDH) in childhood

Carina Alexandra Rondini

carina@assis.unesp.br - FCL

Camila Incau

camilaincau@hotmail.com - FCL

Raul Aragão Martins

raul@ibilce.unesp.br - Universidade Estadual Paulista

Resumo

As relações entre a educação e a medicina estão presentes desde o início da revolução industrial, que precisava, para o seu desenvolvimento, de grandes contingentes de pessoas com um mínimo de educação formal e em boas condições de saúde. Para uma compreensão atual desse fenômeno, este artigo discorre sobre a organização da medicina moderna, a qual teve, entre suas produções, a criação do movimento higienista, segundo o qual, para o desenvolvimento do país, era necessário que as famílias e suas crianças recebessem uma nova educação. Decorrente desse movimento, a partir da segunda metade do século XX, inicia-se o processo de identificação e tratamento de doenças que prejudicariam a aprendizagem dos alunos. Essa busca de patologias indica que estão sendo levadas para a área médica algumas questões educacionais, assim como ela pode estar encobrendo as crianças que têm altas habilidades. Nessa perspectiva, este artigo tem por objetivo avaliar as concepções de três profissionais de saúde que atendem a crianças encaminhadas por escolas, de maneira a discutir as implicações dos resultados para a educação. Constatou-se que crianças as quais apresentam condutas mais ativas, em determinadas situações, ou são quietas e mesmo passivas, em outras, não devem ser caracterizadas como patológicas e passíveis de medicalização, pois essas condições não são adequadamente avaliadas na escola e nos consultórios médicos e/ou psicológicos. Tais procedimentos podem ter erros e não permitir que crianças com capacidade elevada tenham oportunidades de se manifestarem.

Palavras-chave: Ambiente escolar. Capacidade elevada. ADDH. Profissionais de saúde.

Abstract

The connection between education and medicine has existed since the beginning of the Industrial Revolution, when a large number of low-educated and healthy people were used for its development. In order to bring a modern comprehension of that event, this paper explains how modern medicine is structured, such as the emergence of the hygienist movement, which considered the progress of a country dependent on a new education to its families and children. As a result, in the second half of the 20th century, the diseases identification and treatment process started, bringing harm to the students learning process. That search for new pathologies shows that some educational matters have been treated as medical problems. Considering that as a practice that could be overwhelming many high ability children, this paper also discusses the effects of that on education, besides evaluating three health professionals' understandings of that, who have received children referred by schools into their offices. Results show that children who behave more actively in certain situations and more passively in others should not be diagnosed as having any pathology or even in need of any medicalization, since their behaviors cannot be well assessed in schools or even in a doctor's office. Procedures like those may contain errors and not allow high ability children to express themselves.

Keywords: School Environment. High Ability. ADDH. Health Professionals.

Um novo sistema exige uma nova medicina

A medicina moderna concretiza-se na Europa, no final do século XVIII, com base nas demandas de uma sociedade que modificava o seu modo de produção, com a construção de grandes fábricas impulsionadas pelo desenvolvimento da máquina a vapor, período conhecido como a revolução industrial. Esse processo, ao mesmo tempo em que trouxe a prosperidade econômica dos países industrializados, provocou o crescimento populacional, formando grandes aglomerados de pessoas nas cidades em que as condições de saneamento básico, de moradia e de alimentação eram precárias, especialmente para a classe trabalhadora. Isso facilitou a proliferação de doenças como a varíola, tuberculose, febre tifoide, escorbuto, lepra etc. Assim, não tardou para que a estatística das doenças e mortes aparecesse, sendo estas mais presentes no âmbito infantil (BOARINI, 2003).

Essa passagem das práticas mágicas e/ou religiosas da antiguidade para a medicina empírico-racional, a qual ocorre a partir do século XVIII, apoia-se sobre a química, a biologia, a física e a anatomia, que permitiram à medicina dar conta das novas demandas sociais (BARROS, 2002). Moysés e Collares (2010) lembram que a origem positivista da medicina como ciência moderna possibilitou que ela pudesse legislar sobre o que é *saúde e doença*, biologizando, assim, a vida.

As práticas médicas correspondendo às demandas são retiradas do contexto terapêutico e inseridas no âmbito político-social da época (GUARIDO, 2010). Nesse contexto, a higiene é vista como um processo fundamental para a manutenção da saúde coletiva e individual, a qual, incorporada às práticas médicas, permitiu um desdobramento ideológico chamado Higienismo. Essa ideologia insinua-se, igualmente, na área dos costumes, comportamentos e mesmo do psiquismo das pessoas. Ela busca tratar todas as doenças, não somente as físicas, abordando os bons costumes e as doenças psíquicas (BOARINI, 2003). A ideologia higienista se aperfeiçoa com a consolidação da psiquiatria, sendo esta também requisitada para atender a questões de proteção à infância, de profilaxia, de delinquência, de pedagogia e de disciplina escolar (RIBEIRO, 2003).

No Brasil, essas transformações sociais e econômicas ocorrem entre o final do século XIX e início do XX, com a libertação dos escravos, a proclamação da República, a chegada de milhares de imigrantes, o aumento das exportações e o começo da industrialização. Esse processo propiciou o aumento populacional nas cidades, agravando

os problemas de aglomeração da população e de saneamento básico. Ao mesmo tempo, as primeiras faculdades de medicina no Brasil, criadas no século XIX, trouxeram as ideias da medicina moderna e a ideologia do movimento higienista (ZUCOLOTO; PATTO, 2007). Mansanera e Silva (2000, p.117) salientam que “[o] discurso médico-higiênico acompanhou o início do processo de transformação política e econômica da sociedade brasileira em uma economia urbano-comercial e expressou o pensamento de uma parte da elite dominante que queria modernizar o país”. A elite brasileira, adotando esses preceitos, acreditava que, através do processo de higienização da sociedade, o país chegaria a ser uma grande nação, como os modernos países da Europa, por isso o projeto higienista se deu de forma coletiva (BOARINI; BORGES, 2009; ZUCOLOTO; PATTO, 2007). Tal posição era também compartilhada pela área psiquiátrica da medicina, a qual, baseada em um biologismo pseudocientífico, justificava por meio da miscigenação racial sua visão do povo brasileiro como ocioso, preguiçoso e cheio de vícios, de maneira que as expressões políticas e as aspirações socioculturais se misturavam com a sua prática médica (RIBEIRO, 2003).

A ligação entre a medicina e a educação se faz pelos médicos associados à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que lecionavam nas Escolas Normais. Esses profissionais repassaram as ideias eugênicas às futuras professoras de educação infantil, devido à ação preventiva da Liga que se relacionava diretamente com a escola (RIBEIRO, 2003). A infância, para esses profissionais da área médica, passa a ser vista como período fundamental para a higiene mental, único modo de formar crianças amáveis e conscientes do seu dever, ajudando o equilíbrio da sociedade (MANSANERA; SILVA, 2000).

As intervenções do movimento higienista sobre as crianças, no âmbito escolar, apareceram com a classificação e separação daqueles que eram considerados capacitados dos não capacitados, sob o pretexto de construir adultos saudáveis fisicamente, intelectualmente e moralmente (BOARINI; BORGES, 2009). Relacionam-se, portanto, dentro do espaço escolar, ensino e higiene, devendo-se evitar as patologias, a pobreza e o vício (MANSANERA; SILVA, 2000).

Os cuidados pedagógicos no século XIX, no Brasil, refletiram as influências da medicina, psicologia e outras áreas. Esse olhar pedagógico buscava a homogeneização educacional, através de uma higienização dos corpos (sic) das crianças, a qual deveria eliminar os possíveis transtornos de aprendizagem, de modo que elas a pudessem aferir de forma verdadeiramente efetiva (GERALDI, 2013).

Lidando com as extremidades

A escola da atualidade ainda reforça a prática de homogeneização a partir do momento em que trabalha com a média (GUENTHER, 2012), como também aponta Munhoz (2003, p.2), para quem “[a] instituição escolar, portanto, é um espaço em que as diferenças são alvo de lutas pela conservação de regras, normas e manutenção de um padrão de normalidade”. Exemplos dessa prática pedagógica que visa à média são as abordagens para tentar enquadrar as crianças identificadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e as com capacidade acima da média, na lógica da escola baseada na centralidade, onde as extremidades aparecem excluídas.

O TDAH é caracterizado como um distúrbio comportamental (REIS; SANTANA, 2011). Espanha (2010, p.36) relata que esse transtorno “[...] atinge de 3 a 5% das crianças em idade escolar”. Os comportamentos envolvidos para a construção desse transtorno são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade (FACION, 2004), que influenciam na qualidade da aprendizagem da criança, explicando o baixo desempenho pela falta de atenção e de uma alteração das funções executivas (ESPANHA, 2010; REIS; SANTANA, 2011). Alguns fatores são considerados disparadores do transtorno: defeitos orgânicos cerebrais, fatores neuroquímicos, fatores genéticos e fatores alergênicos, mas não há um consenso sobre a principal causa que explicaria os sintomas do TDAH (FACION, 2004).

As crianças mais capazes apresentam média superior, comparada a outros alunos, representando de 3 a 5% da população mundial (GUENTHER, 2012). Para a identificação de crianças dotadas e talentosas, é necessário fazer “[...] observações de comportamentos, levantamento de interesses, observação das áreas de talentos já manifestas [...]” enfatiza Delou (2010, p.98). A dotação refere-se a uma capacidade natural, ou seja, a um conjunto de predisposições presentes no plano genético, para um desempenho superior em um dos domínios de capacidade humana, que são: o intelectual, o socioafetivo, o criativo, o perceptual e o físico. Já o talento é um desempenho superior em algo que foi aprendido, por isso, ele depende de estímulos externos, de ensino e de treino. Para que ocorra o desenvolvimento de um talento, é necessário que haja uma dotação em alguma área da capacidade humana, porém, o inverso não é necessário (GUENTHER, 2012).

As crianças com capacidade intelectual elevada, geralmente, esperam muito pelo processo de aprendizagem dos outros alunos, já que eles assimilam e guardam informações de forma mais rápida (DELOU, 2010). Compartilhando dessa concepção, Freeman e Guenther (2000) afirmam que essas crianças, por causa de situações de espera tediosa, revelam impaciência, mal-estar e aborrecimento, de modo que elas acabam desenvolvendo mecanismos próprios os quais não são percebidos ou são *interpretados de forma errada pelo professor* para lidar com essa espera.

A difusão e a utilização dos saberes de outras áreas, somadas a uma prática pedagógica que visa à média, possibilitaram aos professores tornarem-se uma extensão de um olhar clínico especialista. É preciso que o professor observe a criança de acordo com o contexto social e cultural em que ela se apresenta, além de levar em conta características individuais da própria criança (DELOU, 2010). Crianças com TDAH e as com capacidade elevada podem apresentar comportamentos semelhantes, dentro da sala de aula, porém, os motivos de cada um serão diferentes. Nesse sentido, “[...] é necessária cautela na hora da observação do educador para não rotular aquela criança [...]” (GARRIDO; MOYSÉS, 2010, p.158).

Ambos podem mostrar relutância ou recusa em fazer tarefas, na sala de aula. A dificuldade em manter o foco para as crianças com TDAH faz com que elas evitem atividades que exijam concentração por muito tempo, normalmente recusando-se a fazer esse tipo de tarefa escolar (MATTOS, 2012). Já no caso de crianças dotadas e talentosas a recusa ocorre porque o trabalho acaba sendo, para elas, repetitivo e rotineiro (DELOU, 2010).

Crianças com TDAH e crianças dotadas e talentosas também podem expressar situações de desatenção no espaço escolar. No TDAH, a falta de atenção funciona como um sintoma do transtorno, mas a desatenção em dotados e talentosos pode ser um mecanismo para esperar que os outros alunos aprendam aquilo que ele já sabe. Assim, “[...] algumas crianças vão se voltar para si mesmas, alienar-se voluntariamente do que está acontecendo na sala ao seu redor, divagar, distrair-se, deixar passar o tempo [...]” (FREEMAN; GUENTHER, 2000, p.15).

As características expostas acima evidenciam algumas semelhanças entre crianças com TDAH e crianças com capacidade acima da média. Concordando com essas semelhanças, Hosda, Camargo e Negrini (2009) descrevem uma equivocada caracterização e identificação, por parte dos professores, acerca desses dois tipos de crianças, a qual está interligada com os posteriores erros de encaminhamentos pedagógicos para a área médica. Ademais, para Oufino e Fleith (2005) os erros

diagnósticos existentes são ocasionados principalmente pelas semelhanças nas características, posto que as crianças com capacidade acima da média são erroneamente interpretadas e diagnosticadas com TDAH.

Portanto, é fundamental que os profissionais da área da saúde saibam fazer essa distinção, a fim de não haver a continuidade do erro diagnóstico. Nessa perspectiva, este artigo tem por objetivo avaliar como profissionais da área de saúde diagnosticam os alunos enviados pelo sistema escolar.

MÉTODO

Os dados foram obtidos através do estudo de caso realizado com três profissionais do sexo feminino, da área da saúde, sendo duas médicas – que distinguiremos como profissional (A) e profissional (B) – e uma psicóloga, descrita como profissional (C). Elas estão com 40, 37 e 52 anos de idade, respectivamente. Junto com outros profissionais, elas formam uma equipe multidisciplinar em um Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) em uma cidade do interior do estado de São Paulo com pouco mais de 400 mil habitantes.

A essas profissionais foi solicitado que respondessem um questionário, anônimo e autoaplicado, composto por questões sobre o TDAH e características de capacidade elevada, buscando compreender até que ponto essas profissionais conseguem ou não diferenciar as crianças com TDAH das com capacidade elevada. Para completar as informações, foi feita entrevista com cada uma das participantes, com vistas a esclarecer possíveis dúvidas sobre o preenchimento do instrumento de pesquisa e levantar questões sobre o funcionamento do ambulatório, desde o momento em que a criança chega até “sua alta”.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas – UNESP/SJRP, em 12 de setembro de 2011 sob o parecer de nº 076/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são expostos e discutidos frente às evidências disponíveis e estão organizados em três seções. A primeira traz o conhecimento das profissionais sobre o TDAH e a capacidade elevada; na segunda, focaliza-se como os diagnósticos são construídos, enquanto, na terceira, como é realizada a intervenção médica e/ou

psicológica com as crianças encaminhadas ao ARE. Os exemplos das falas das profissionais são apresentados em itálico.

TDAH e Dotação e Talento: o que as profissionais sabem a respeito?

No que diz respeito ao TDAH, as profissionais afirmaram saber claramente o que significa e, também, relataram que estudam o tema do TDAH por meio de eventos específicos. Elas ainda caracterizaram o TDAH de forma semelhante, como ilustra o relato da profissional B; segundo ela, *a agitação psicomotora, a inquietação, a dificuldade de atenção e concentração* são características do TDAH. Entre as marcas específicas, as profissionais atribuíram à característica de ser mais falante apenas ao TDAH, entretanto, de acordo com Guenther (2012), crianças com dotação e talento as quais possuem capacidade verbal podem revelar tal comportamento.

As causas para o TDAH, de acordo com as profissionais B e C, são a soma de fatores *ambientais e genéticos*. Por outro lado, para a profissional A as causas são os *baixos níveis de dopamina, noradrenalina e serotonina nas sinapses (alterações químicas)*. Dessa maneira, a profissional A opta por uma abordagem biológica, à qual Caliman, Rodrigues, Peterle e Domitrovic (2013) se contrapõem, pois, para esses autores, a responsabilização de determinados comportamentos a partir de uma concepção biologicista exclui os fatores ambientais presentes no TDAH.

Com relação aos conhecimentos acerca da capacidade acima da média, as profissionais responderam que sabiam claramente o que isso significava. Para a profissional A uma criança acima da média apresenta *QI superior, é uma criança bem estimulada tanto em casa como na escola, sendo suas características, portanto, o QI superior à média para idade, criativas, organizadas, com autocontrole e atenção concentrada na média*. Sobre as peculiaridades da capacidade acima da média, Delou (2010) ressalta que essas crianças podem ser definidas em dois tipos: as do tipo escolar e as do tipo criativa-produtiva. A primeira apresenta boas notas na escola, aprende com rapidez, possui boa memória, entre outras características. Já a do tipo criativa-produtiva *não apresenta necessariamente QI elevado, encontra ordem no caos e, por não gostarem de rotina, podem demonstrar tédio, desinteresse e distração, no ambiente escolar*. A autora também afirma que crianças acima da média podem desafiar a autoridade, porém, as profissionais relacionaram essa característica apenas ao TDAH, não a associando à capacidade acima da média.

A descrição da profissional C a respeito das características das crianças acima da média foi: *conhecimentos diversos, criativas, raciocínio rápido e grande capacidade de atenção e concentração*. Nesse caso, a profissional reúne as características do tipo escolar (conhecimentos diversos) e do tipo criativa-produtiva (criatividade). Apesar de a profissional mesclar os dois tipos de crianças com capacidades acima da média, ela demonstra, no decorrer do questionário, uma boa compreensão sobre o assunto, quando comparada às profissionais A e B. Por exemplo, Delou (2010) enfatiza que crianças dotadas e talentosas podem apresentar dificuldades nos relacionamentos sociais; sobre isso, a profissional C respondeu que crianças com capacidade acima da média possuem dificuldades de relacionamento com colegas da mesma idade, diferentemente do que as profissionais A e B responderam. A primeira profissional entende esse aspecto como estando presente apenas no TDAH, ao passo que a segunda profissional o considera como uma característica de ambas (TDAH e dotação e talento).

De acordo com a profissional B, a causa da dotação e talento se vincula apenas ao fator *genético*, no entanto, Guenther (2012) aponta que o talento é uma capacidade aprendida e, por isso, está ligada ao que está presente no ambiente. Ela explica, ainda, que há fatores genéticos envolvidos na dotação, de modo que se somam fatores ambientais e genéticos na dotação e talento. A profissional B respondeu, igualmente, como características de crianças acima da média, a *rapidez na memorização e interpretação*. Acerca dessas capacidades, Delou (2010) aponta que crianças do tipo criativa-produtiva as não possuem, ficando restritas apenas às do tipo escolar.

Já a respeito das características do TDAH, a profissional B descreve o isolamento, a distração, o tédio, o desinteresse e a falta ou baixa motivação. Por outro lado, de acordo com Delou (2010), as crianças acima da média podem ter dificuldade em se relacionar com outras pessoas e, por isso, isolam-se. Já a distração, o tédio, o desinteresse e a falta ou baixa motivação podem constituir um mecanismo para fugir do ambiente pouco motivador de sala de aula, conforme Freeman e Guenther (2000).

No tocante aos relatórios advindos das escolas, há entre os casos o relato de uma criança acima da média encaminhada como TDAH pela escola. A profissional A disse que percebeu que não era TDAH, porque a criança *fez determinados testes com a psicóloga, nos quais apresentou QI superior à média, e a criança também tinha outras habilidades*. A profissional A acredita que o equívoco de a escola ter encaminhado aquela criança acima da média como TDAH possivelmente foi *porque era uma criança mais quieta e observadora, e a professora acreditava que ela tinha déficit de atenção, depois na avaliação ela foi bem nas provas. Mas eu também tive dificuldade*. A profissional A ainda

relata que, para ela, é mais difícil identificar/diagnosticar crianças *com capacidade acima da média (dotado e talentoso)* do que crianças com TDAH. Dessa maneira, Ourofino e Fleith (2005) reiteram que a confusão diagnóstica se dá, porque crianças com capacidade acima da média exibem comportamentos considerados inadequados, os quais são vistos também como patológicos. Esses comportamentos, por consequência, não deveriam ser tomados como patológicos, uma vez que são comportamentos típicos que caracterizam esse tipo de criança.

Generalização das diferenças: construindo um “diagnóstico”

O processo de construção do TDAH no ARE é iniciado, em sua maioria, de acordo com as profissionais, através de queixas provenientes da escola. Brzozowski e Caponi (2009) observam a importância dos profissionais da área da saúde, da área escolar e as instituições, na construção do diagnóstico. Por conseguinte, as profissionais dizem que uma das causas dos encaminhamentos das escolas para o ARE é porque os professores generalizam algumas características do TDAH. Conforme a profissional C, no primeiro ano escolar, *as crianças manifestam muitos comportamentos imaturos e os professores presumem ser TDAH*. Dessa maneira, associando as queixas escolares com o processo de encaminhamento, Garrido e Moysés (2010) afirmam que a construção do TDAH começa, frequentemente, pela manifestação de uma defasagem na aprendizagem, passando o insucesso da criança a ser explicado por suas características econômicas, culturais e principalmente biológicas, desconsiderando-se, na maioria dos casos, que o professor faz parte, igualmente, desse insucesso da criança na escola. O procedimento para a construção do diagnóstico do TDAH no ARE foi descrito semelhantemente pelas profissionais, o que nos possibilitou separá-lo em três principais etapas: relatório escolar, anamnese com os pais e comparação entre os sinais e sintomas. A respeito do procedimento de diagnóstico, a profissional A ressalta que ele é feito através da *avaliação multidisciplinar e demora no mínimo seis meses*. Por seu turno, Pinho (2006, p.69), reconhece que “[...] a delegação de responsabilidades às equipes tem sido a alternativa para alcançar resultados rápidos, criativos e acima de tudo mais eficazes”.

A primeira etapa seria o relatório encaminhado pela escola para o ambulatório. Ao termos contato com alguns relatórios advindos das escolas, observamos que normalmente ele é feito por um professor que acompanha a criança na sala de aula, confirmando o que argumenta Guarido (2010), para quem a descrição geralmente é feita

pelo educador da série em que a criança está matriculada, isto é, a construção do diagnóstico de TDAH e sua demanda no campo escolar corresponde ao frequente uso do discurso médico-psicológico pelos professores.

A propósito do relatório escolar, a profissional A informa que *o relatório da escola não é padronizado e contém relatos comportamentais e cognitivos da criança*. Ainda sobre essa etapa, a profissional C diz: “*o que nós utilizamos muito, e têm funcionado, eles enviam relatórios com avaliação escolar sobre a aprendizagem e o comportamento. Nós solicitamos o geral no aprendizado e comportamento, a escola relata e nós selecionamos alguns dados*”. Nesse sentido, notamos que os relatórios escolares trazem apenas as defasagens do aluno, não enfocando em nenhum momento as defasagens da própria instituição escolar, transferindo a responsabilidade apenas à criança. Dessa forma, em uma postura crítica, Brzozowski e Caponi (2009) acreditam que a escola se desresponsabiliza de questões inerentes a ela, a partir do momento em que a prática pedagógica assume e valida os discursos médico-psicológicos que adentram a instituição.

A segunda etapa seria a anamnese com os pais, em que há o relato dos pais a respeito dos comportamentos demonstrados pela criança, no ambiente familiar. Há, no ambulatório, segundo a profissional C, orientação para que o pai e a mãe compareçam para a construção da anamnese, contudo, a profissional diz que *geralmente é a mãe que comparece para a orientação*. Nesse momento do relato dos pais, segundo Janin (2013, p.235, tradução nossa), percebe-se que “[...] os pais e professores são tomados como informantes ‘objetivos’ da criança sendo que essas mesmas perguntas ou itens levam a patologizar a conduta da criança”.

A terceira etapa é composta pela comparação dos sintomas descritos pelos pais e professores como próprios da criança com os sintomas de TDAH presentes no *Manual de diagnóstico e estatístico de doenças mentais (DSM-IV)* (APA, 1994). Observou-se que as três profissionais utilizam o DSM-IV, de maneira que ele é aplicado por elas como um instrumento na conclusão do procedimento de diagnósticos.

O DSM é considerado uma referência mundial para diagnósticos psiquiátricos; entretanto, apesar de ser produzido para a área médica, seus textos sobre os sinais sintomáticos estão presentes na mídia leiga, atualmente (GUARIDO, 2010). A divulgação de textos sobre os sintomas do TDAH na mídia leiga se faz em notícias de sites da internet, como “O que é TDAH? Causas, sintomas e tratamento”. No tocante ao uso do DSM no ARE, a profissional C o descreve como sendo composto de *critérios divididos em tópicos*, que ela aplica em uma entrevista com pelo menos um familiar da criança. Desse modo, a profissional C explicita como ocorre a aplicação afirmando: “*Caso eu perceba*

que a mãe responde rapidamente certo tópico, eu retorno e explico cada pergunta, como é e se a criança apresenta aquele sintoma. Tudo isso ocorre juntamente a compreensão do contexto no qual a resposta foi expressada”.

Depois de concluídas as três etapas, é necessário, para a confirmação do diagnóstico, segundo a profissional A *o resultado positivo para o TDAH no relatório escolar, no relatório familiar e a criança precisa apresentar mais de seis sinais* descritos no DSM-IV para esse transtorno. De acordo com Legnani e Almeida (2008), o fechamento da categoria diagnóstica se dá pela conclusão, por meio da observação do comportamento da criança, da avaliação dos dados coletados através dos relatos feitos pelas pessoas que convivem com a criança (pais e professores). Também é preciso que se excluam outras doenças orgânicas as quais possam influenciar o comportamento da criança, além de outras patologias orgânicas ou problemas psicológicos causados por contextos socioambientais inadequados ao desenvolvimento da criança.

As práticas terapêuticas

Tendo em vista as práticas terapêuticas para as crianças com TDAH, as profissionais A e B sugerem o medicamento, como forma de tratamento. A primeira profissional inicialmente descreve a *psicoterapia e a atividade física* como alternativas terapêuticas para crianças com TDAH, mas, no decorrer do questionário, revela uma prática na qual a prescrição de medicamentos (*metilfenidato, risperidona ou imipromina*) é a principal forma de tratamento, funcionando como justificativa para essa prescrição uma razão biológica. Para ela, o medicamento é indicado para o tratamento do TDAH porque *aumenta os níveis de dopamina e serotonina nos receptores dos neurônios, o que falta nas crianças hiperativas*. Moysés e Collares (2010), a esse propósito, salientam que a biologização do sujeito se dá através da medicalização, que é questionada, pois iguala questões sociais a biológicas. Concordando com essa visão, Ferrazza e Rocha (2011) expõem que, a partir do momento que o sofrimento psíquico é rotulável como uma patologia, uma doença biológica, o tratamento acontece apenas pela prescrição de psicofármacos.

Acerca da prática terapêutica, a profissional B informa que o medicamento é a *única forma na maioria dos casos*; ela ainda justifica a prescrição do medicamento pelos *prejuízos acadêmicos, sociais e emocionais* vividos pela criança. Para Crochik e Crochik (2010), os profissionais da saúde tentam solucionar os problemas escolares fora da

instituição, deixando de observar a influência do ambiente escolar na criança. Os problemas experienciados passam a ser entendidos como físicos ou psicológicos e, por isso, merecem ser tratados com remédios e psicoterapia.

São alternativas terapêuticas, de acordo com a profissional C, os *projetos sociais, as atividades esportivas e culturais, o atendimento pedagógico na escola, a orientação para os pais e o acompanhamento psicológico para a criança ou adolescente*. Isso é corroborado pelas observações de Desiderio e Miyazaki (2007, p.165), para os quais é necessário, “[...] além do tratamento medicamentoso, uma abordagem múltipla, que inclui intervenções psicossociais e farmacológica”. Segundo a profissional, *a escola normalmente indica onde há projetos de meio período como os escoteiros, dança ou música, para que os pais levem seus filhos diagnosticados com TDAH*. Ela afirma que *essas atividades desenvolvem a atenção da criança*. Termina o relato destacando que *o medicamento não trata, apenas controla o comportamento*. Dentre as profissionais, portanto, C foi a única que demonstrou uma abordagem que efetivamente não inclui a medicação como primeira opção para os casos de TDAH, contrapondo-se a uma posição de aceitação e disseminação de diagnósticos com prescrição de medicamentos, a qual, para Moysés e Collares (2010), é resultado da busca da sociedade em tentar corrigir os comportamentos considerados “desviantes”, ao longo da história.

Quando perguntado às profissionais se tinham pacientes com capacidade acima da média medicados, a profissional A responde que possui *um paciente medicado com Risperidona*. Na perspectiva de Guenther (2012, p.38), os medicamentos para dotados e talentosos “[...] não ajudam a desenvolver o potencial da criança e podem ser prejudiciais em longo prazo”. Temporão (2013) reforça que, em uma dimensão política e social, a medicalização pode ser vista como um processo de alienação dos prescritores e dos pacientes.

Compreende-se o termo *medicalização*, conforme Garrido e Moysés (2010), como uma expressão carregada de crítica à história biologizante diante das desigualdades presentes na sociedade, sendo esse termo elaborado no século XX, mais precisamente nos anos 60. Autores como Caliman (2013), Collares (2010), Faraone e Bianchi (2013), Fiori (2005), Guarido (2010), Garrido e Moysés (2010), Leher (2013), Moysés e Collares (1992; 2007; 2010) Santos (2011), Souza (2010), Temporão (2013), entre outros, questionam o processo envolvendo a medicalização.

A profissional C comenta que a escola encaminha para a neuropediatra do ambulatório com a expectativa de que o *remédio resolva* os problemas exibidos pela criança no âmbito escolar. Guarido (2010, p.34) acredita que essa crença contemporânea

na medicalização envolve uma biologização das experiências humanas em termos sintomáticos, a qual busca, com a intensificação do uso de medicamentos, a regulação e o controle das transformações próprias da vida humana.

Os conceitos de medicalização e cuidado aparecem de forma confusa e, ao mesmo tempo em que evidenciam uma preocupação com a saúde dos alunos, surgem, muitas vezes, envoltos em uma série de preconceitos. O professor, frequentemente antecipa o que deveria ser um “diagnóstico” de um especialista da área da saúde sem nenhum embasamento científico, provocando constrangimento em alunos e familiares; gesto de consequências imprevisíveis em relação ao processo de ensino/aprendizagem, visto que muitos alunos passam a acreditar que realmente estão doentes. (SANTOS, 2011, p.252).

Em uma compreensão acerca dos encaminhamentos escolares a partir de queixas advindas dessa instituição, Machado (1997) acredita que elas são formuladas com base na ideia de falta e carência nos postos de saúde. O autor ainda afirma que frequentemente se esquece, nesses encaminhamentos, que as práticas das escolas produzem essas crianças que acabam sendo mitificadas com o fracasso escolar. É possível associar a posição de Machado (1997) com um dos encaminhamentos para o ARE, visto que o relato foi escrito pela professora a respeito das dificuldades de uma aluna de 10 anos, matriculada na quinta série no ano de 2010, em que atribui à menina dificuldades na atenção e na concentração, durante a realização das atividades. Em certo trecho, a professora escreveu: “É distraída por estímulos externos e às vezes não consegue realizar alguma tarefa no tempo estabelecido. Evita e não gosta de envolver-se em tarefas que exijam esforço mental, então apresenta dores de cabeça e na barriga”. Durante todo o relato, a professora não demonstra que a escola fez tudo para aquela criança, mas que aquela criança não se ajusta aos padrões da escola. Desse modo, para Mattos (2012), o professor deve ser capaz de proporcionar ao aluno com TDAH um estilo de aprendizagem diferenciado, adequando-se às necessidades daquela criança.

No caso ressaltado acima, a profissional A salientou que *foi aplicado o SNAP, a atenção da criança estava na média, apesar de marcados critérios como de desatenção, de ansiedade e de insegurança*. A profissional ainda afirma que *não é em toda a criança que elas aplicam o SNAP, mas o teste de QI é em todas*. De acordo com Graeff e Vaz (2008), o SNAP é um questionário entregue aos professores, o qual possibilita listagem de uma série de comportamentos avaliados conforme a intensidade e frequência. Os benefícios do SNAP, para Mattos (2012), voltam-se para a diminuição de opiniões pessoais, o que evita julgamentos a respeito dos comportamentos da criança. Por outro lado, Moysés e Collares (2010) atestam que os 18 critérios presentes no SNAP são

construídos por meio de uma concepção de normalidade, enquadrando, através de características não generalizáveis, uma grande quantidade de pessoas, de sorte que o SNAP acaba desconsiderando características particulares de cada sujeito. Associando-se a utilização do SNAP na prática clínica do ARE com a descrição de características particulares, a profissional A relata solicitar com mais frequência o *relatório comportamental e cognitivo – relatório descritivo – feito pelo professor* e que só sugere a aplicação do SNAP, quando *o professor não deseja fazer o relatório escrito*. Assim, a profissional, através da utilização do relatório descritivo, permite um melhor contato com comportamentos particulares sobre a criança encaminhada.

O processo da medicalização, segundo Guarido (2010), nasce como uma expressão da difusão do saber médico com o discurso comum. Serve ainda como confirmação da suspeita de médicos e professores, na construção do diagnóstico sobre a criança vista como incapaz de aprender, submetendo-a ao consumo de drogas psicotrópicas (GARRIDO; MOYSÉS, 2010). Pode-se associar a difusão do discurso médico e a prescrição de medicamentos com o relato comportamental da professora descrito anteriormente: a profissional A garante que a menina passou por todos os procedimentos para a construção do diagnóstico – relatório da escola, anamnese e comparação dos sintomas – de modo que foi diagnosticada com TDAH, sendo que essa profissional também lhe prescreveu o medicamento Ritalina, como forma de tratamento. Dessa maneira, Vocaro (2011) critica a atenção médica a partir do momento em que encontra no diagnóstico um meio de definir, sob um olhar organicista, um mal-estar apresentado pela criança. De fato, no diagnóstico, os sintomas do mal-estar da criança se tornam sistematizados, tanto pelos médicos quanto pelos educadores e familiares.

Considerações Finais

Tendo em vista as semelhantes características de crianças com capacidade acima da média e crianças com TDAH, o presente artigo procurou articular a compreensão de profissionais da saúde acerca de altas capacidades e TDAH. Os resultados mostram que, embora as profissionais afirmem que conhecem a Dotação, o Talento e o TDAH, elas relacionam algumas características, como a inquietação e a falta de atenção, como pertencendo somente ao TDAH. Em relação às origens dessas condições, elas apontam como causa do TDAH os fatores biológicos e ambientais, apesar de uma das médicas considerar somente as condições orgânicas, como a falta ou desequilíbrio dos

neurorreceptores. Quanto à Dotação e Talento, as médicas praticamente não conhecem as suas características.

A construção do diagnóstico de TDAH é iniciada por essas profissionais pelo encaminhamento da criança ao ARE e é desenvolvido em três etapas. O começo é o recebimento do relatório escolar, seguido de anamnese com os pais e, finalizando o processo, a comparação de sinais e sintomas. Esse procedimento é realizado pela equipe e dura seis meses ou mais. Na análise do relatório escolar, elas se queixam de que não existe um protocolo padronizado para as escolas descreverem o motivo do encaminhamento, de sorte que recebem apenas informações muito gerais sobre as crianças. Na anamnese com os pais, situação na qual em geral somente a mãe está presente, as profissionais não relatam a maneira como a mãe descreve a conduta do seu filho ou filha. O processo é concluído, comparando-se o relatório da escola e dos pais com o padrão de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994). Surpreendente é que esse diagnóstico é feito por relatórios imprecisos e gerais e que os pais, analogamente, não fornecem informações para o processo. Em todas as etapas descritas, a preocupação é a confirmação do TDAH, não havendo espaço para a constatação de que a criança pode não ter nenhuma patologia ou que tenha Dotação ou Talento.

Em relação à terapêutica, uma das médicas ainda aponta a psicoterapia e atividades físicas como forma de tratamento, mas ambas concluem pelo tratamento medicamentoso. A psicóloga igualmente alude a outras alternativas, incluindo o atendimento pedagógico na própria escola, mas não há indicações de que outras possibilidades sejam realmente implementadas. Encontramos um predomínio da medicalização.

Finalizando, crianças que apresentam condutas mais ativas, em determinadas situações, ou são quietas e mesmo passivas, em outras, não devem ser caracterizadas como patológicas e passíveis de medicalização, pois essas condições não são adequadamente avaliadas na escola e nos consultórios médicos e/ou psicológicos. Esses procedimentos podem ter erros e não permitir que crianças com capacidade elevada tenham oportunidades de se manifestar.

O que se vê é que a escola, ao construir um perfil de aluno ideal, acaba encontrando na saúde uma solução para suas frustrações/ineficácia, frente ao aluno “problema”, que reflete uma prática ultrapassada e uma concepção idealizada de aluno que aprende. Em contrapartida, a saúde, apartada do contexto escolar, tenta solucionar problemas os quais são de ordem pedagógica e metodológica, à luz de uma

patologização. Míopes, ambas, não conseguem, na maioria dos casos, perceber a criança reagindo contra um sistema “perverso” de educação normatizante.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. Washington: APA; 1994.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e sociedade*, São Paulo, v.11, n.1, 2002.

BOARINI, M.L. Higienismo, eugenia e a naturalização do social. In: _____. *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá, Paraná: EDUEM- Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003, p.19-44.

_____; BORGES, R.F. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: uma questão controversa. In: _____. *Hiperatividade, higiene mental e psicotrópicos: enigmas da caixa de Pandora*. Maringá, Paraná: EDUEM- Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2009, cap1.

BRZOZOWSKI, F.S.; CAPONI, S. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1165-1187, 2009.

CALIMAN, L.V.; RODRIGUES, H. P.; PETERLE, P. H. S.; DOMITROVIC, N. O TDAH e o metilfenidato: tecnologias subjetivas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA: RECONHECER E ACOLHER AS DIFERENÇAS, III, São Paulo, 2013. *Anais*, São Paulo, 2013, p. 1-11.

CROCHIK, J.; CROCHIK, N. A desatenção atenta e a hiperatividade sem ação. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CRUZ, L.; GUARESCHI, N. Sobre a psicologia no contexto da infância: da psicopatologização à inserção política. *Aletheia*, Porto Alegre, n.20, p.77-90, 2004.

DAMETTO, J.; SOLIGO, V. Sujeito e disciplinamento: contribuições de Michel Foucault para pensar a educação formal. *Revista Travessias: Revista da Universidade Estadual do Oeste do Paraná Campus Cascavel, Paraná*, n.1, p.1-12, 2009.

DELOU, C.M.C. Altas habilidades/superdotação. *Desafio de educar: lidando com os problemas na aprendizagem e no comportamento*. Rio de Janeiro, v.4, n.5, p.92-103, http://www.sinpro-rio.org.br/download/revista/revista_desafio.pdf2010.

DESIDERIO, R.C.S.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRapee)*, Campinas, São Paulo, v.11, n.1, p.165-178, 2007.

ESPANHA, C. TDAH- Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade- O que é? Como lidar? *Desafio de educar: lidando com os problemas na aprendizagem e no comportamento*. Rio de Janeiro, v.4, n.5, p.34-42, 2010. http://www.sinpro-rio.org.br/download/revista/revista_desafio.pdf

FACION, J.R. Transtornos de Déficit de Atenção/ hiperatividade (T.D.A.H): Atualização clínica. *Revista de Psicologia da Universidade do Contestado*, Santa Catarina, v.1. n.2. p.54-58, 2004.

FERRAZZA, D.A.; ROCHA, L.C. da. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, Santa Catarina, v. 8, n.2, p.237-251, 2011.

GARRIDO, J.; MOYSÉS, M.A.A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

GERALDI, J.W. Educação sem enxada e sem ritalina: alfabeto, alfabetização e higienização. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A; RIBEIRO, M.C.F. (Org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p.311-322.

GRAEFF, R.L.; VAZ, C.E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicol. USP*, São Paulo, v. 19, n. 3, 2008.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p.27-39.

GUENTHER, Z.C. *Crianças dotadas e talentosas... Não as deixem esperar mais*. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

HOSDA, C.B.K; CAMARGO, C.G.; NEGRINI, T. *Altas habilidades/superdotação e hiperatividade: possíveis relações podem gerar alguns equívocos*. Curitiba, Paraná: 2009. p.4393-4406.

LEGNANI, V.; ALMEIDA, S.F.C de. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v.60, n.1, 2008.

MACHADO, A.M. Avaliação e fracasso: a produção coletiva da queixa escolar. In: AQUINO, J.G. (Org.). *Erro e fracasso na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1997. p.73-90.

_____. Uma nova criança exige uma nova escola: a criação do novo na luta micropolítica. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p.191-202.

MANSANEIRA, A.R.; SILVA, L.C. da. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 5, n. 1, 2000.

MATTOS, P. *No mundo da lua - perguntas e respostas sobre transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. 12. ed. Brasil: ABDA, 2012.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sócias a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p.71-109.

MUNHOZ, A.V. A diferença na instituição escolar: formas hierarquizadas na normalização/normatização. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO INTERCULTURAL, GÊNERO E MOVIMENTOS SOCIAIS, 2003, Santa Catarina, p.1-10, 2003.

OUROFINO, V. T. A.; FLEITH, D. S. Um estudo comparativo sobre a dupla personalidade superdotação/hiperatividade. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, nov. 2005.

PINHO, M.C.G. de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência e Cognição*, Rio de Janeiro, v.8, p.68-87, 2006.

REIS, G.V.; SANTANA, M.S.R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): o que é isso? *SCIENCULT*, 2011. Mato Grosso do Sul. *Anais...* v.1, n.3, p.1-10, 2011.

RIBEIRO, P.R.M. A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação. In: BOARINI, M.L. (Org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá, Paraná: EDUEM- Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003, p.71-96.

SANTOS, M.S. Medicalização e cuidado: duas coisas bem diferentes. *Revista UNIABEV*, Belford Roxo, Rio de Janeiro, v.4, n.6, p.241-254, 2011.

STELLIN, R.M.R.; MARTINS, L.T.; TRIANDOPOLIS, G.P.; COSTA, E.P. Infância e normatização: lugar de criança e o discurso social da inclusão e exclusão. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, v.14, n.26, p.192-215, 2009.

TEMPORÃO, J.G. Indústria farmacêutica e medicalização. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Org.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2013.p. 65-78.

VOCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p.219-229.

ZUCOLOTO, C.S.V.; PATTO, M.H.S. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v.17, n.1, p.136-145, 2007.

Submetido em 11/06/2014, aprovado em 14/03/2015