



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

KARINA DE ANDRADE BATISTA

**CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH): OS SENTIDOS PRODUZIDOS SOBRE A INFÂNCIA
NA PERSPECTIVA DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO**

FORTALEZA-CE

2019

KARINA DE ANDRADE BATISTA

CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
(TDAH): OS SENTIDOS PRODUZIDOS SOBRE A INFÂNCIA NA PERSPECTIVA DE
FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dr. Maria do Socorro de Sousa
Coorientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

FORTALEZA-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- B337c Batista, Karina de Andrade.
Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) : os sentidos produzidos sobre a infância na perspectiva de familiares e profissionais da educação / Karina de Andrade Batista. – 2019.
163 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.
Coorientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes .
1. Saúde da Criança. 2. Educação Infantil. 3. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade. I.
Título.

CDD 615.1

KARINA DE ANDRADE BATISTA

CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
(TDAH): OS SENTIDOS PRODUZIDOS SOBRE A INFÂNCIA NA PERSPECTIVA DE
FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas de Saúde.
Orientadora: Profa. Dr. Maria do Socorro de Sousa
Coorientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Coorientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Giovana Maria Belém Falcão
Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo amor, pela acolhida aos meus momentos de insegurança, compreensão aos meus momentos de ausência e por todo entusiasmo a cada nova fase e novas conquistas.

Aos meus irmãos, pela paciência e companheirismo, presença afetiva constante, pelos compartilhamentos nos momentos alegres e nos difíceis e por sempre tornarem a caminhada da vida mais leve;

À professora Socorro por toda valiosa contribuição, por aceitar o desafio de assumir a orientação, por toda delicadeza e carinho em cada momento de construção e pelas palavras sempre encorajadoras e confiança;

Ao professor Ricardo, primeiro orientador, por primeiro acreditar no meu trabalho, na relevância dessa temática, na interlocução possível entre as redes e me incentivar a construir mesmo nos momentos de angústia;

À professora Vaudelice, por toda contribuição na qualificação e mais uma vez aceitar o convite para novo diálogo;

Às professoras Ana Paula e Giovana por aceitarem o convite para colaborar nessa etapa que se conclui;

Aos meus amigos, Mércia, Walaci e Dani, que mesmo com tantas ausências minhas se fizeram presentes;

Às amigas Andréia e Francinete, com quem dividi esses anos de mestrado, pelos aprendizados e as angústias compartilhadas;

Aos pais, professores e profissionais de educação que cederam seu tempo e suas histórias para a construção desse estudo;

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de estudo.

RESUMO

Compreender os sentidos atribuídos à infância a partir do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é reconhecer que estamos diante de uma infância plural e multifacetada. Trata-se, portanto, de infâncias, onde cada uma representa um constructo complexo, constituído pela interação de fatores sociais, culturais, biofisiológicos e emocionais, sob influência direta da conjuntura histórica e política. Nesse contexto, o olhar e a significação que os sujeitos sociais operam sobre a criança ocupam papel fundamental em seu processo constitutivo. Partindo dessa compreensão, o objetivo principal da pesquisa foi compreender os sentidos produzidos sobre a infância na perspectiva de familiares e educadores de crianças diagnosticadas com TDAH. Cientes de que em nossa cultura um dos principais papéis sociais exigidos à infância é o desenvolvimento da aprendizagem escolar, esse estudo foi realizado na rede de Educação do município de Fortaleza-CE, tendo por cenário duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF I e EMEF II). Em nossa sociedade, a escola surge como espaço socialmente instituído para a infância, contribuindo ativamente no processo pedagógico e formativo de sua subjetividade. A ocorrência de eventos que fogem a norma é constantemente vivenciada com angústia e tida como uma disfunção do organismo, devendo, portanto, ser tratado no campo da saúde. É nessa relação entre processos educacionais e saúde mental que se insere o diagnóstico de TDAH. Nessa perspectiva, para a realização dessa pesquisa, inicialmente, foi produzido um Diário de Campo para sistematizar as observações e vivências do cenário em estudo. As notas, descrições dos processos, bem como falas, comportamentos e impressões pessoais, compuseram esse primeiro momento. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com pais e educadores e operada uma análise das práticas discursivas. Esse estudo, parte da compreensão de que as significações e representações verbais contidas nos discursos são resultantes de diversos domínios do saber e influenciam modos de pensar e compreender a infância e o TDAH, além de fornecer indícios de um modo de ser e se constituir uma infância específica. Como resultado, essa análise apontou que é crescente o processo de individualização das causas da não aprendizagem, corroborando com uma ótica individualizante e patologizante, compreendida a partir de uma perspectiva biomédica. Tal conjuntura, ao mesmo tempo em que faz emergir questões relacionadas à estruturação e funcionamento das redes de saúde e educação, nos coloca diante de um processo ideológico científico em que o campo de saber biomédico ainda impera nos processos de cuidado. É necessário reconhecer o sujeito em sua integralidade, considerando os fatores biopsicossociais. Reduzir a análise do sujeito a uma

única categoria seria reduzir suas possibilidades de existência. Do mesmo modo, as Redes de Educação e Saúde precisam ser pensadas de forma ampliada, para além de barreiras existentes entre os campos de saberes. Discutir a possibilidade de uma abordagem interprofissional na construção de um trabalho interredes é uma perspectiva desafiadora, mas potencializadora de um cuidado ampliado e que tende a romper com o paradigma biologizante ainda hoje vigente.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Educação Infantil; Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade.

ABSTRACT

Understanding the meanings attributed to childhood from the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is to recognize that we are facing a plural and multifaceted childhood. These are, therefore, childhoods, where each represents a complex construct, constituted by the interaction of social, cultural, biophysiological and emotional factors, under the direct influence of the historical and political conjuncture. In this context, the look and meaning that social subjects operate on children play a fundamental role in their constitutive process. Based on this understanding, the main objective of the research was to understand the meanings produced about childhood from the perspective of family members and educators of children diagnosed with ADHD. Aware that in our culture one of the main social roles required for childhood is the development of school learning, this study was carried out in the Education network of the city of Fortaleza-CE, with the setting of two Municipal Elementary Schools (EMEF I and EMEF II). In our society, the school appears as a socially established space for childhood, actively contributing to the pedagogical and formative process of its subjectivity. The occurrence of events that are outside the norm is constantly experienced with anguish and considered as a dysfunction of the organism, therefore, it should be treated in the field of health. It is in this relationship between educational processes and mental health that the diagnosis of ADHD is inserted. In this perspective, to conduct this research, initially, a Field Diary was produced to systematize the observations and experiences of the scenario under study. The notes, descriptions of the processes, as well as speeches, behaviors and personal impressions, made up this first moment. Subsequently, semi-structured interviews were conducted with parents and educators and an analysis of discursive practices was performed. This study, part of the understanding that the verbal meanings and representations contained in the speeches are the result of several domains of knowledge and influence ways of thinking and understanding childhood and ADHD, in addition to providing evidence of a way of being and constituting a childhood specific. As a result, this analysis pointed out that the process of individualizing the causes of non-learning is growing, corroborating with an individualizing and pathological perspective, understood from a biomedical perspective. This situation, while raising issues related to the structuring and functioning of health and education networks, places us in front of a scientific ideological process in which the field of biomedical knowledge still prevails in care processes. It is necessary to recognize the subject in its entirety, considering the biopsychosocial factors. To reduce the analysis of the subject to a single category would be to reduce his possibilities of existence. Likewise, the Education

and Health Networks need to be thought out in a broader way, in addition to existing barriers between the fields of knowledge. Discussing the possibility of an interprofessional approach in the construction of interred work is a challenging perspective, but enhancing an expanded care that tends to break with the biologizing paradigm still in force today.

Keywords: Child Health; Child education; Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

LISTA DE MAPAS ASSOCIATIVOS

Mapa 01 – Infâncias: Antes x Hoje.....	72
Mapa 02 – Infâncias: Questões Contemporâneas.....	73
Mapa 03 – Infâncias: Caracterizações entre pares sociais	76
Mapa 04 – Fator Cognitivo: Inteligência.....	77
Mapa 05 – Fator Cognitivo: Memória.....	78
Mapa 06 – Fator Cognitivo: Raciocínio.....	79
Mapa 07 – Fator Cognitivo: Atenção.....	80
Mapa 08 – Fator Comportamental: Agitação.....	82
Mapa 09 – Fator Comportamental: Questões morais.....	83
Mapa 10 – Fator Comportamental: Ansiedade	84
Mapa 11 – Fator Comportamental: Indisciplina	84
Mapa 12 – Fatores Sociais e Afetivos: Desempenho Escolar	86
Mapa 13 – Fatores Sociais e Afetivos: Normal e Patológico	88
Mapa 14– TDAH: Conceitos e Características	91
Mapa 15 – Quem foi o primeiro a perceber?.....	95
Mapa 16 – A quem cabe o Diagnóstico	98
Mapa 17 – Como o Diagnóstico é percebido	102
Mapa 18 – Fluxo Interno	106
Mapa 19– Fluxo Assistencial	111
Mapa 20 – Práticas de Cuidado	116
Mapa 21 – Práticas Pedagógicas.....	124
Mapa 22 – Alfabetização e Avaliações Externas.....	131
Mapa 23 – Comportamentos Familiares	136
Mapa 24 – Como a Escola percebe a família.....	137
Mapa 25 – Como a família percebe a escola	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Critérios Diagnósticos do TDAH	43
Tabela 02 – Relação de Crianças atendidas pelo AEE	56
Tabela 03 – Perfil das crianças com diagnóstico de TDAH	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Principais categorias presentes nos discursos	63
Figura 02 – Fluxo Interno.....	110
Figura 03 – Fluxo Assistencial.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
AEE	Atendimento Educacional Especializado
ANA	Avaliação Nacional da Alfabetização
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association)
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CE	Ceará
CID	Código Internacional de Doenças
DSM-II	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 2. ^a edição
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4. ^a edição
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. ^a edição
EEG	Eletroencefalografia
EF	Ensino Fundamental
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EM	Ensino Médio
EMEIF	Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
ESP - CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Instituição de Ensino
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IPD	Instrumento de Produção de Dados
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
NAIA	Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência
NAPE	Núcleos de Atendimento Pedagógico Especializado
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEE	Necessidades Educacionais Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PNEEI	Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEDUC	Secretaria da Educação
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAP-IV	Swanson, Nolan, and Pelham-IV (Questionário de rastreio para TDAH)
SPAECE	Sistema Permanente de Avaliação da Educação Básica do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
T.O.	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFC Universidade Federal do Ceará

UNIFOR Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVOS.....	26
2.1. Objetivos Específicos.....	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1. A Constituição de Saberes sobre a Infância.....	31
3.2. Processo de normatização da infância: Normal X Patológico.....	34
3.3. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	39
3.4. Redes de Atenção.....	45
<i>3.4.1. Rede de Educação.....</i>	<i>45</i>
<i>3.4.2. Rede de Saúde.....</i>	<i>49</i>
4. METODOLOGIA.....	52
4.1. Proposta teórico-metodológica.....	52
4.2. Cenário da pesquisa.....	54
4.3. Sujeitos da Pesquisa.....	55
4.4. Produção de dados.....	59
4.5. Método De Análise.....	61
5. SIGNIFICAÇÕES SOBRE A INFÂNCIA, PROCESSOS DIAGNÓSTICOS DE TDAH E PRÁTICAS EDUCATIVAS E DE CUIDADO.....	65
5.1. Significações sobre a Infância: percepção dos familiares e educadores.....	71
<i>5.1.1. Infância enquanto categoria social.....</i>	<i>72</i>
<i>5.1.2. Uma infância específica.....</i>	<i>75</i>
<i>5.1.2.1. Fatores Cognitivos.....</i>	<i>76</i>
<i>5.1.2.1.1. Inteligência.....</i>	<i>77</i>
<i>5.1.2.1.2. Atenção.....</i>	<i>79</i>
<i>5.1.2.2. Fatores Comportamentais.....</i>	<i>81</i>
<i>5.1.2.3. Fatores Sociais e Afetivos.....</i>	<i>85</i>
<i>5.1.2.3.1. Desempenho Escolar.....</i>	<i>85</i>

5.1.2.3.2. Normal x Anormal	87
5.2. Processos Diagnósticos de TDAH.....	90
<i>5.2.1. O que é o TDAH.....</i>	<i>90</i>
<i>5.2.2. Primeiros Sinais e Início da Investigação Diagnóstica.....</i>	<i>94</i>
<i>5.2.3. Caminhos para o diagnóstico.....</i>	<i>97</i>
5.3. Práticas Educativas e de Cuidado.....	106
<i>5.3.1. Fluxos Assistenciais.....</i>	<i>106</i>
<i>5.3.1.1. Fluxo Interno.....</i>	<i>106</i>
<i>5.3.1.2. Fluxo Externo.....</i>	<i>110</i>
<i>5.3.2. As Práticas De Cuidado.....</i>	<i>115</i>
<i>5.3.3. Práticas Educativas.....</i>	<i>122</i>
<i>5.3.3.1. Alfabetização e Avaliações externas.....</i>	<i>130</i>
<i>5.3.3.2. Família.....</i>	<i>134</i>
<i>5.3.3.2.1. Relação Escola-Família.....</i>	<i>136</i>
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
7. REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	155
APÊNDICE B - Instrumentos de Produção de Dados (IPD):	
Roteiro Para Observação Sistemática.....	157
APÊNDICE C - Instrumentos de Produção de Dados (IPD).....	158
APÊNDICE D - Lista de Códigos de Significantes.....	161

CONTEXTUALIZANDO...

Minha trajetória profissional com ênfase no campo da saúde teve início na Atenção Primária a Saúde, essa que se constituiu para mim lugar privilegiado de atuação em saúde a partir de uma ótica preventiva e promotora, na perspectiva de cuidado ampliado. Nos diferentes espaços em que atuei, o psicólogo era requerido nas mais diversas situações do cotidiano dos sujeitos: questões emocionais, relacionais, biomédicas e educacionais. Nesse contexto, me chamava atenção a grande demanda infantil, em sua maioria, oriundas das escolas.

Em minha atuação em um Núcleo de Apoio¹ à Saúde da Família – NASF no interior do Estado do Ceará, eram recorrentes os encaminhamentos em busca por uma justificativa para uma dificuldade ou “falha” no processo de aprendizagem. Dentre estes, a demanda era ainda maior na faixa etária condizente ao período de alfabetização. A angústia dos familiares e educadores por entender, justificar ou tratar comportamentos e/ou processos cognitivos que interferiam no processo de aprendizagem dessas crianças/alunos os levavam ao campo da saúde, na ânsia por alcançar respostas e/ou soluções. No entanto, tal caminho não era claro. Até que ponto as questões de aprendizagem são questões também de saúde? Estamos diante de um processo de adoecimento, de um processo pedagógico, ou mesmo de questões familiares e sociais transversais, que acabam por interferir no processo de aprendizagem? O processo de ensino da educação infantil, especificamente a alfabetização, atualmente tem permitido a singularidade do sujeito infantil?

Mais tarde, no ano de 2013, atuei na Estratégia de Saúde da Família - ESF enquanto profissional residente na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE). Nesse período, a equipe de residentes e a equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde construíram uma Sala de Situação em Saúde, em que analisamos os indicadores epidemiológicos e operacionais, buscando avaliar as intervenções realizadas no corrente ano. Nela constatamos o alto índice de encaminhamentos infantis dirigidos aos atendimentos psicológicos, dos quais 41% eram relativos às alterações de comportamento infantil (descritas por “TDAH”, “hiperatividade” e “agressividade”) e a queixas relacionadas ao processo de aprendizagem. Além disso, frequentemente, esses encaminhamentos eram acompanhados por solicitações de laudos – estes direcionados aos

¹ De acordo com a portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

profissionais médicos – que justificassem tais queixas, vistas como causadoras de um baixo rendimento escolar.

Questões comportamentais e de aprendizagem acabavam, assim, por aproximarem-se de um campo de saber específico – o campo da Saúde Mental – necessitando de práticas de cuidado específicas. Mas afinal, estamos diante de processos patológicos ou de modos de existir? Qual a compreensão que os profissionais de saúde da Atenção Básica, que recebem tais demandas, têm desses processos? Quais as práticas de cuidado desenvolvem junto a essas crianças?

Tais inquietações me levaram a pesquisar as práticas de cuidado desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde junto às crianças que apresentavam queixas relacionadas à saúde mental. Tendo como sujeitos da pesquisa os profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família, busquei conhecer suas concepções sobre Infância e sobre Saúde Mental, as demandas em Saúde Mental Infantil por eles percebidas, no contexto da Atenção Primária, as práticas desenvolvidas para esse cuidado específico em saúde, bem como suas percepções sobre os facilitadores e os obstáculos para a realização de práticas de cuidado em Saúde Mental Infantil.

A pesquisa demonstrou uma infância caracterizada como uma etapa do ciclo vital em que ocorre o processo de construção do sujeito. Nesse período de desenvolvimento e de constantes mudanças físicas e psíquicas, os familiares e cuidadores devem atuar como facilitadores, com o intuito de garantir a efetivação de um desenvolvimento satisfatório. Já a Saúde Mental foi descrita como resultante direta do meio em que a criança vive, sendo influenciada pelas relações sociais estabelecidas e determinada por aspectos subjetivos individuais, que atuam como balizadores do processo de saúde/doença.

Tal estudo apontou ainda que a concepção de infância estabelecida possuía influência direta de saberes científicos, sendo descritas a partir de um padrão de comportamento e de desenvolvimento tidos como universais. Já as demandas em Saúde Mental Infantil eram relacionadas às concepções de adoecimento, associadas a saberes científicos especializados – principalmente no campo da psicologia e psiquiatria – e as práticas de cuidado utilizadas eram prioritariamente relacionadas à procedimentos clínicos como consultas e tratamentos medicamentosos, nos levando a crer na manutenção do modelo biomédico.

Dentre as demandas percebidas, as questões comportamentais (como agressividade, agitação) e as alterações das funções psíquicas (mudanças de humor, alteração na personalidade) apareceram em evidência. Explicadas a partir de classificações nosológicas,

tais questões apareceram nos discursos explicadas a partir de sintomatologias que as compõem. Dentre os diagnósticos referidos, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi apontado como a principal necessidade em Saúde Mental Infantil. Atualmente, esse transtorno é considerado um dos principais diagnósticos infantis, no contexto da educação, sendo frequentemente relacionado ao fracasso escolar.

A constatação da presença marcante de nomenclaturas diagnósticas nas falas dos profissionais de saúde – tendo como principal ocorrência o TDAH, a preponderância de ações de cuidado em saúde no campo da biomedicina, recorrendo tratamentos clínicos – seja a clínica médica ou a clínica psicológica – e medicamentosos e o predomínio nos discursos de termos relacionados a um saber científico no campo da biomedicina, evidenciou-nos que essa pesquisa era apenas um passo inicial. Surgiram, então, novas questões: os termos científicos também perpassam outros discursos fora do campo da saúde? Familiares e educadores também se apropriam desses termos? Por que a preponderância do TDAH? O que é dito dessa infância?

Caracterizado como um transtorno comportamental de base neuropsíquica, o TDAH é atualmente reconhecido como uma questão de saúde pública. Suas primeiras manifestações geralmente são percebidas ainda na infância, no entanto, suas consequências podem perdurar ao longo de toda a vida, quando não diagnosticado precocemente. Dentre os problemas percebidos, estão os relacionados a questões escolares, transtornos psiquiátricos, comportamentos sociais, dentre outros.

No entanto, tal transtorno, para além de uma base neurofisiológica, está inscrito no campo das relações sociais, das vivências humanas, políticas e econômicas. Seu caráter é multifacetado e sua determinação multicausal, constituindo-se um diagnóstico amplo e impreciso. Devido a tal complexidade e multifatorialidade, assistimos a uma tendência diagnóstica em que o TDAH surge como alternativa para justificar outras problemáticas infantis.

A pesquisa inicial constatou o uso de nomenclaturas diagnósticas para definir um modo de ser criança. As falas dos profissionais de saúde trouxeram, para mim, o desejo de me aproximar do campo de onde partiam essas demandas: a escola. Quais os discursos que lá se apresentam? Esses discursos reverberam nos discursos dos familiares? Diante de tantas novas indagações, nasce essa pesquisa.

Apoiados no entendimento de infância enquanto categoria social, constituída histórico-culturalmente, a compreendemos, portanto, como plural, havendo múltiplas formas de vivenciar e constituir as diferentes infâncias, em distintos contextos sociais, culturais,

econômicos... Estamos diante, portanto, de uma infância específica, no campo de uma ciência, dita a partir de uma classificação diagnóstica.

Estudar a infância enquanto categoria social a partir de uma questão de saúde de uma coletividade é perpassar pelo campo das ciências sociais assim como das ciências humanas e a compreensão da constituição subjetiva dos sujeitos. Como se constitui essa infância? Como ela é dita, como é vivenciada, qual o lugar social reservado pra ela?

A partir dessas questões nasce então o projeto de mestrado que dá vida a presente dissertação. Acreditamos que compreender a infância no campo da saúde mental a partir do diagnóstico de TDAH ainda nos dará indícios das políticas públicas destinadas a infância e da rede de cuidado estabelecida.

1. INTRODUÇÃO

Assistimos, atualmente, um aumento significativo nos diagnósticos e tratamentos dirigidos à infância no campo da saúde mental. Dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2018) apontam que 10% a 20% das crianças e adolescentes do mundo sofrem com algum transtorno mental e/ou comportamental. No Brasil, essa taxa de prevalência varia entre 10,8% a 12,7%, sendo os transtornos comportamentais os mais incidentes. (BRASIL, 2013).

Pautadas em uma lógica preventivista, as ciências da saúde passam a buscar diagnósticos precoces, na tentativa de garantir uma melhor qualidade de vida futura. De modo que a cada dia surgem novas tecnologias que visam identificar e classificar sintomas e comportamentos considerados desviantes.

Dentre os transtornos comportamentais infantis, merece destaque o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH. Estudos de 2014 apontam sua incidência em 3 a 6% da população mundial (BRASIL, 2014). Representados por padrões de comportamentos “repetidos, graves e não apropriados à idade, como hiperatividade e desatenção (como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), ou comportamentos destrutivos ou desafiadores” (OPAS, 2018), esses transtornos podem afetar o processo de educação de crianças e adolescentes, além de representar a 6ª maior causa de carga de doença entre adolescentes.

Caracterizado por níveis de desenvolvimento não apropriados de atenção, comportamento hiperativo e impulsividade, o TDAH compõe um quadro multifacetado, vinculando aspectos biológicos e relacionais do indivíduo com o meio. (CALIMAN, 2010) Tal diagnóstico vem se popularizando, sendo crescente o quantitativo de crianças, adolescentes e adultos identificados com esse transtorno. Concomitante a popularização desse diagnóstico cresceu significativamente o consumo de cloridrato de metilfenidato (Ritalina®, Concerta®), a principal droga utilizada no tratamento desse transtorno. Enquanto em 1990, a produção mundial desse fármaco representava cerca de 2,8 toneladas, em 2006 ela passou para aproximadamente 38 toneladas, atingindo a marca de 43 toneladas no ano de 2011. (BRASIL, 2012) No Brasil, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a comercialização do cloridrato de metilfenidato teve início no ano de 1998. Em 2000, a produção brasileira foi de 23 kg, tendo um crescimento exorbitante para 226 kg no ano de 2006. (ITABORAHY; ORTEGA, 2013) Em 2011 as vendas do metilfenidato chegaram a

mais de 413 kg. Nesse mesmo ano, estima-se que as famílias brasileiras gastaram com esse produto aproximadamente R\$ 28,5 milhões. (BRASIL, 2012)

O número de indivíduos diagnosticados com TDAH também tem aumentado nos últimos anos. No Brasil, as estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes também variam amplamente, com valores entre 0,9% e 26,8%. Nos Estados Unidos, estima-se que esse transtorno afete pelo menos 5 milhões de crianças com idades entre 4 e 17 anos. (BRATS, 2014)

Embora o aumento significativo da produção e consumo do metilfenidato esteja diretamente relacionado à prescrição dessa substância, e acompanhamos um aumento significativo também dos diagnósticos, há uma relação controversa entre a progressão de uso dos fármacos e a progressão do transtorno na população mundial. Itaborahy e Ortega (2013) chamam nossa atenção para o fato de que “embora o uso do metilfenidato esteja associado diretamente ao diagnóstico de TDAH, ela não é recomendada em todos os casos onde o transtorno é diagnosticado.” De modo que diversos estudos brasileiros sugerem um excesso de prescrições, sendo medicadas crianças que não possuem o transtorno, ou aquelas que mesmo com o diagnóstico, não necessitariam utilizar tal substância. O aumento exponencial da prescrição e/ou consumo desse fármaco, para além do diagnóstico, nos sugere um modo específico de conceber os processos de saúde e adoecimento mental a partir de uma prática de cuidado com ênfase na terapêutica medicamentosa.

Pautado em tal panorama, o presente estudo teve por objetivo compreender os sentidos produzidos sobre a infância a partir do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

A escolha por estudar a Saúde Mental Infantil a partir de um transtorno específico como o TDAH se deu por compreendermos a saúde mental como um campo vasto, repleto sentidos e significações, onde operam diferentes poderes e saberes. De modo que cada nomenclatura diagnóstica lança o sujeito em um campo significativo próprio. Buscamos assim as especificidades de um mesmo quadro nosológico.

Ao analisarmos prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, estudos como a revisão sistemática realizada por Daianna Thiengo, Maria Cavalcante e Giovanni Lovisi (2014) demonstram que em diferentes pesquisas internacionais e nacionais, o TDAH tem sido caracterizado como um dos transtornos mais difundidos nessa população, ficando atrás apenas do transtorno de ansiedade. Outro fator relevante é esse transtorno apresenta um quadro sintomatológico bastante inespecífico, contribuindo para a difusão de seu diagnóstico.

A complexidade de tal diagnóstico se acentua devido seu caráter multifacetado, englobando questões emocionais, comportamentais e refletindo diretamente no processo de socialização e de aprendizagem infantil. De tal modo que estudar o TDAH no campo da saúde pública é compreender a interlocução necessária entre o campo da saúde e o campo da educação. Se a concepção desse transtorno a partir das ciências da saúde nos permite conhecer a epidemiologia diagnóstica, pensar a terapêutica a ser utilizada e o processo de cuidado a ser adotado na tentativa de diminuir as consequências futuras, é no campo das ciências da educação em que esse transtorno irá se manifestar, perpassando o processo de aprendizagem infantil e o ensino pedagógico.

Estamos, portanto, diante de um quadro que opera na interface entre saúde e educação, e sua existência reverbera nos diferentes serviços públicos, perpassando as redes assistenciais de saúde e educação constituídas.

Ao procurarmos entender os sentidos atribuídos à Infância a partir de um constructo comum: o diagnóstico de Transtorno de Atenção e Hiperatividade, acreditamos que as falas de familiares e educadores nos revelam significantes atribuídos à criança, ao diagnóstico e ao processo de cuidado. A partir dos discursos operamos, portanto, uma análise das práticas discursivas, tendo como campo teórico metodológico a Psicologia Social. Desse modo, afiliamo-nos ao construcionismo, compreendendo a realidade enquanto fenômeno histórico, cultural e dinâmico. (SPINK, 2004)

As práticas discursivas, enquanto práticas sociais, são elementos constitutivos do sujeito e do seu processo de subjetivação, sendo, portanto, entendidas como “um conjunto de regras anônimas e históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 2009, p.133) De tal modo que as práticas e os discursos produzem transformações: ao mesmo tempo em que corroboram para a produção de modos de existência, nos revelam as especificidades do ser criança dentro do campo da saúde mental.

As práticas sociais e discursivas se articulam às instituições, contribuindo para a produção de certos tipos de infâncias, influenciando e produzindo modos de existir. A infância, portanto, não é um dado natural, mas perpassada por um processo de construção histórica, reflexo de variações sociais e culturais, em espaços temporais e geográficos específicos.

A infância aqui elucidada é atravessada por distintos campos científicos – como a Pediatria, a Pedagogia, a Psiquiatria e Psicologia Infantil – que constantemente a atualizam.

Esses saberes estabelecem condições de existência tidas como ideais, materializam tipos de cuidados e balizam as práticas discursivas, permeando diversos dispositivos sociais.

Os modos de conceber, de falar e de significar a criança no campo da saúde mental, são processos construídos no interior de relações de poder, de modo que, o quadro de saberes instaurados sobre uma infância específica, a partir de um diagnóstico de TDAH, mais que descrever os sujeitos, desencadeiam modos de existir específicos, a partir dos campos de saberes e das relações de saber que a perpassam. Desse modo, os discursos nos revelam as características desse grupo social em um processo de construção de identidades e subjetividades infantis, dentro de um campo específico da saúde mental.

Pensar a saúde mental a partir de um campo investigativo na rede de educação nos possibilita ainda refletir sobre os modos de produção de cuidado e as articulações – teóricas e empíricas – dessa rede com a rede de saúde e as relações de poder-saber que as perpassam.

Essa pesquisa tem como foco de investigação uma infância a partir de uma vivência específica de um diagnóstico. As implicações desse diagnóstico estão diretamente relacionadas às construções históricas, sociais e culturais de um ‘ser criança’, em determinada época e determinado contexto social. Ao adotarmos como sujeitos da pesquisa familiares e profissionais de educação, compreendemos que estes estão diretamente envolvidos no processo de cuidado e aprendizagem dessas crianças. Nesse processo, eles significam a criança e fazem operar sobre elas os saberes e signos sociais, influenciando diretamente o processo de constituição dessas subjetividades infantis.

O termo família aqui apresentado, para além de laços sanguíneos, refere-se às relações afetivas e sociais estabelecidas. Fundamentamo-nos na ideia de família ampliada (para além da família nuclear), de indivíduos que se co-relacionam e que compartilham processos de cuidado, “estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e cultura.” (BASTOS, 1998, p.107)

Dentre os profissionais de educação, optamos por trabalhar com professores e pedagogos, agentes diretos no processo formativo dos alunos. Entendemos que estes possuem papel central no estímulo ao desenvolvimento do aluno, tanto no aspecto cognitivo, como afetivo, moral, e de personalidade.

A família e os educadores possuem papel central no auxílio ao desenvolvimento infantil, embasando as trajetórias individuais. Exercem papéis imprescindíveis na construção dos sujeitos, transmitindo conhecimentos e padrões de comportamentos culturalmente constituídos. Porém, ao difundir os padrões sociais e culturais, produzem um ideal de ser e

estar em sociedade, de tal forma que familiares e educadores podem operar não apenas como propulsores, mas também como inibidores do desenvolvimento.

Os modos de produzir a infância são resultantes diretas dos padrões socioculturais de uma determinada sociedade, em um determinado tempo e estão em constante modificação. No campo da saúde mental, mudam-se os métodos avaliativos, os padrões de “normalidade” e, conseqüentemente, os discursos que se inscrevem nos campos diagnósticos. No entanto, por vezes, restritos às racionalidades científicas – medicina, psicologia, pedagogia –, esses discursos acabam por rotular os comportamentos infantis, estigmatizando os sujeitos e contribuindo para a produção de uma infância governada, que deve seguir a uma determinada norma social. Essa infância, ao mesmo tempo em que é produzida por esses diferentes saberes, também é produtora de modo de ser sociais, de políticas públicas, de instituições reguladoras... Que a acolhem ao mesmo tempo em que mantém tal padrão normativo.

Acreditamos que as práticas discursivas dos familiares e educadores contribuem ativamente para a produção de um sujeito infantil. Nos discursos se evidenciam os padrões de comportamento e desenvolvimento tido como ideais para essa categoria social, os saberes científicos que influenciam e constroem esses discursos.

Partindo do campo da Saúde Pública, compreendemos que o TDAH está inscrito no campo das relações sociais, das vivências humanas, políticas e econômicas. Seu caráter é multifacetado e sua determinação multicausal, constituindo-se um diagnóstico amplo e, por vezes impreciso.

Tendo como cenário o campo da educação, dialogamos com familiares, professores e outros profissionais da educação buscando conhecer suas concepções sobre infância, sobre TDAH e como esses atores articulam processos de cuidado, sejam em redes formais ou informais.

A análise das práticas discursivas foi realizada através da construção de mapas associativos, visando à preservação do desencadeamento de ideias, o que resultou em um capítulo de análise dividido em 3 temáticas principais: Significações sobre a Infância, Processos Diagnósticos de TDAH e Práticas Educativas e de Cuidado.

A apreensão desses discursos, a identificação dos saberes que os constituem, a aproximação com os modos de cuidado e as relações que se estruturam através e para além de um diagnóstico em saúde mental, será de grande relevância para a compreensão de uma demanda que, a partir de um diagnóstico, ecoa nos processos de construções subjetivas, nas questões sociais, culturais e afetivas. Além disso, pensar o TDAH em uma perspectiva multissetorial, compreendendo a interlocução entre os campos da saúde e educação,

possibilita a compreensão das redes existentes para o cuidado específico com essas crianças, conhecer o modo como elas se articulam, e tenciona para a construção de políticas públicas intersetoriais.

2. OBJETIVOS

Compreender os sentidos produzidos sobre a infância na perspectiva de familiares e profissionais de educação de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

2.1. Objetivos Específicos

- Investigar dados que indiquem a prevalência de TDAH na atualidade e a incidência do TDAH no campo escolhido;
- Mapear como as familiares e profissionais de educação significam as crianças;
- Conhecer os Processos Diagnósticos e perfil das crianças diagnosticadas de TDAH;
- Identificar as práticas de educação e cuidado realizadas por familiares e professores;
- Identificar a rede de assistência à criança com demandas relacionadas ao TDAH.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A infância assume diferentes papéis sociais dentro das práticas culturais e nos diferentes momentos históricos. Cada cultura está relacionada a um determinado espaço-tempo, possuindo uma forma própria de entender, vivenciar e classificar essa fase da vida seja por anos vividos, status ou papel social (MORAES, 2005).

A literatura nos aponta que os aspectos históricos, políticos e culturais são determinantes para o modo de pensar e vivenciar a infância. O Historiador francês Philippe Áries, através de diversas fontes documentais, analisou a construção do sentimento da infância ao longo do tempo e nos mostrou que a compreensão da sociedade ocidental de um “ser criança” como sujeito de direito e merecedor de cuidado específico para cada faixa de desenvolvimento é uma construção social moderna.

Philippe Ariés (1981) relata que o sentimento de infância nem sempre existiu e cada sociedade estabeleceu diferentes conceitos e modelos para o “ser criança”. Na antiguidade, por exemplo, as crianças eram consideradas seres inferiores, não merecendo nenhum tipo de cuidado diferenciado. No séc. XII elas eram ignoradas até mesmo nas representações artísticas: “[...] à arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse a incompetência ou a falta de habilidade. É mais provável que não houvesse lugar para a infância nesse mundo” (ARIÉS, 1981, p. 50).

Já na Idade Média, as crianças eram concebidas como adultos em miniaturas. Logo que adquiriam independência física, eram inseridas no mundo adulto e ensinadas a reproduzir comportamentos e ofícios dos mais velhos. O processo de socialização e a aprendizagem se davam nas vivências cotidianas com os adultos.

A transição entre a idade Média e a idade Moderna, entre os séculos XIV e XVI, ficou conhecido como Renascença Italiana e foi marcada por transformações econômicas, políticas, religiosas e sócio-culturais. Neste período, emerge uma concepção da criança enquanto ser dependente e marcado por necessidades e cuidados especiais, sendo dever da família suprimir essas carências e a garantir sua sobrevivência.

O sentimento de infância torna-se mais significativo somente no final do séc. XVI, quando a criança adquire importância dentro da família. Nesse período, assistimos a uma mudança nos costumes e moral da época a partir de um movimento social pautado em uma concepção religiosa que associava a infância a fraqueza e inocência, reflexo da pureza divina. Há então um processo de diferenciação entre crianças e adultos: modifica-se o

cuidado, o modo de vestir e a preocupação com o comportamento e as “boas maneiras”. Envoltos por uma aura de pureza, graça, inocência e gentileza, a infância seria capaz de prover tranquilidade e paz aos adultos que os tinham por perto. (ARIÉS, 1981)

É mister salientar que esse sentimento de infância surge no seio de classe social privilegiada: a burguesia européia. O capitalismo e o processo de industrialização continuava a reduzir a infância de uma parcela significativa das crianças da época, que constituíam mão-de-obra e continuavam a assumir papéis destinados aos adultos. (BOARINI, 1998). Como relata Ariés

As crianças do povo, os filhos dos camponeses e dos artesãos, as crianças que brincavam nas praças das aldeias, nas ruas das cidades ou nas cozinhas das casas [...] conservaram o antigo modo de vida que não separava as crianças dos adultos, nem através do traje, nem através do trabalho, nem através dos jogos e brincadeiras. (ARIÉS, 1981, p.81)

O estudo de Ariés possui grande relevância ao nos evidenciar que o nascimento da infância foi possibilitado por condições históricas e por transformações sociais. No entanto, é necessário estabelecer a limitação histórico-temporal de sua pesquisa: trata-se de um estudo centrado na população Européia, com o recorte a partir da vivência de infância de uma classe social específica – a burguesia. Como afirma Boarini (1998), querer estender o sentimento de infância burguesa a todas as crianças é tratar a infância como a-histórica e, portanto, idealizada. Tratamos, portanto, de infâncias que se materializam de diferentes formas nos diferentes estratos de diferentes populações.

Ao analisar a infância no contexto brasileiro, a chegada dos Jesuítas² é reconhecida como principal marco modificador da concepção de infância no Brasil. (FARIAS, 2016) Se até então a infância brasileira era a representação das diversas culturas indígenas, o movimento dos padres jesuítas traz à cena o ideal da criança européia cristã, figura mística da fé, repleta de inocência. Pautado na concepção de criança enquanto um papel em branco, cabendo aos adultos o dever de educá-las, os padres missionários desenvolvem um “projeto pedagógico de colonização”, tendo como principal objetivo catequizar a criança indígena, educando-as dentro dos preceitos religiosos da fé cristã e conduzindo-as para uma negação dos seus costumes e de suas culturas indígenas.

A história do Brasil colonial – compreendida entre a chegada dos portugueses ao Brasil em 1500 até sua independência em 1822 – se caracterizou por diversos processos de

² A Ordem dos Jesuítas desempenhou importante missão na consecução do projeto português de colonização das terras brasileiras. tinham como principal objetivo converter o índio à fé católica por intermédio da catequese e do ensino de ler e escrever português. (SHIGUNOV NETO; MACIEL, 2008)

exploração e ocupação territorial, sendo marcada por grandes contrastes sociais. O poder político e econômico que se estabeleceu nesse período, estava concentrado nas mãos dos senhores de terras, e o trabalho aqui desenvolvido era marcado pela grande exploração de mão-de-obra escrava. A sociedade tinha o poder patriarcal como estruturador de suas relações, sendo regida pelos grandes senhores de engenho.

Numa época caracterizada por grande exploração e grandes disparidades sociais, havia uma parcela de crianças que se encontravam a margem da sociedade. Também era alto o número de crianças renegadas e abandonadas ao nascer. Tendo por motivação fatores econômicos (situação de pobreza), morais (relações abusivas de senhores com escravas, mães solteiras) ou culturais (crianças com comprometimentos severos), essas crianças indesejadas, logo ao nascer, eram mortas, jogadas em rios, ou simplesmente deixadas em lugares ermos.

Essa situação de abandono infantil perpassou todo o período colonial e perdurou até o Brasil Império. Na tentativa de amparar essas crianças hostilizadas por suas famílias e diminuir a mortalidade infantil, instituições religiosas como conventos e casas de misericórdia, trouxeram para o âmbito brasileiro um dispositivo institucional denominado de Rodas dos Expostos. Criadas pela igreja católica no século XII, na Idade Média, elas chegam às Santas Casas de Misericórdia do Brasil no século XVIII – sendo a 1ª a ser instalada, no ano de 1726, em Salvador. Consistia em uma engrenagem cilíndrica de madeira, constituída por uma janela, com acesso à rua. Ao abrir, o bebê deveria ser colocado e a engrenagem então girada para dentro da instituição. A criança era recolhida, sendo mantido o anonimato da família que o desprezou. As instituições que recebiam as crianças tornavam-se as responsáveis pelo cuidado. (HENICK; FARIA, 2015)

Essas instituições filantrópicas vinculadas ao clero, não tiveram longa permanência no contexto brasileiro. Com a difusão do movimento higienista no séc. XX essas instituições de amparo às crianças foram consideradas responsáveis pela ainda alta taxa de mortalidade infantil. As Rodas dos Expostos foram, então, fechadas, sendo criados outros mecanismos para garantir a proteção e cuidado à criança.

Mary Del Priore (2013), em seus estudos sobre a “História das Crianças no Brasil” afirma que a ideia de evolução da criança no país ocorreu de forma muito lenta. O antigo sistema colonial brasileiro, o processo de industrialização tardio e a presença massiva de pobreza nos lares, contribuíram para a evolução tardia da infância, principalmente se comparado aos países ocidentais em que o capitalismo instalou-se no alvorecer da idade moderna.

Além das questões políticas e econômicas do Brasil desde a era colonial, Priore aponta duas razões principais para o atraso social da criança. A primeira deveu-se ao atraso da escolarização. As primeiras escolas jesuíticas surgiram no século XVI, mas, além de poucas, eram direcionadas para poucos, tendo como principal objetivo a catequese. Já a segunda razão é atribuída precariedade das condições de vida e de intimidade da sociedade. A situação de pobreza, de mestiçagem, a presença de escravos e a forte imigração interna alteravam os equilíbrios familiares. Nos espaços se misturavam indistintamente crianças e adultos de todas as condições. Além disso, a proliferação de cortiços no século XIX e de favelas no século XX e XXI contribuiu para a formação de uma noção de privacidade e intimidade distinta daquela concebida na Europa urbana, burguesa e iluminista. (PRIORE, 2013)

A infância, enquanto produção social moderna, aos poucos foi ocupando diversos espaços vivenciais, sociais – como a mídia, e a lógica de consumo – e espaços científicos – como medicina, psicologia, pedagogia... No entanto, no contexto neoliberal, os modos de agir, de pensar vão sendo programados, tendo como princípio governador do estado o mercado econômico. A infância moderna ocupa um lugar de sujeito-objeto

À medida que as crianças precisam ser mais rentáveis, capazes de aprender e saudáveis, infância vai sendo administrada e conduzida. Desse modo, os saberes sobre ela permeiam seu desenvolvimento, suas brincadeiras, seu processo subjetivo e vão se associando às práticas discursivas, sendo governada. Para Veiga-Neto “governa-se a infância com o objetivo de conduzi-la para determinados ‘lugares’ numa cultura. No entanto, a questão não é saber o modo, mas para onde a estão levando” (2015)

Nesse contexto, a escola atua de modo a operar uma conformação da infância a ordem social

a criança, esse ser distinto do adulto, para ser resguardada e protegida, precisa ser orientada, guiada em seus voluntarismos e direcionada em suas tendências, segundo prescrições normativas amparadas pelo conhecimento científico, de modo que esse ser deve ser educado, deve ser posto em condição de aluno, deve ser inserido no processo de produção de uma das instituições de melhor caracterizam a Modernidade; a escola. Em suma, a criança precisa e deve ser educada. (VEIGA-NETO, 2015, p.131)

Assim a atuação social da criança no Brasil ocorreu lentamente de modo a adaptar a infância ao novo cenário mundial, para tanto era necessário a construção de instrumentos econômicos e sociais que auxiliassem na adequação física e mental dos indivíduos a essa nova realidade capitalista e industrial. Paralelamente as mudanças econômicas, a medicina passou a operar sobre a infância de modo a racionalizá-la, na construção de parâmetros de desenvolvimento e condutas.

A partir do século XIX, foi adotada no país uma política denominada higienista que operou uma forte associação das questões familiares e sobre a infância aos modelos biomédicos. A apropriação das práticas médicas da infância auxiliou no processo de sofisticação e legitimação da escola. A escola, ao mesmo tempo em que buscava adaptar o sujeito infantil à sociedade, visava torná-lo produtivo para a ordem neoliberal.

3.1. A Constituição de Saberes sobre a Infância

O movimento higienista tem início na Europa e se difunde para o Brasil ao final do século XIX e início do XX. Pautado no entendimento de que grande parte dos problemas da população estava relacionada às questões sanitárias, os médicos higienistas eram os responsáveis por cuidar da saúde e higiene dos indivíduos e modificar seus comportamentos, visando melhorar as condições sanitárias e aumentar a expectativa de vida da população. O indivíduo, assim, deveria ser cuidado e educado, tendo o equilíbrio de suas dimensões físicas, intelectuais e morais preservados. (FERNANDES; OLIVEIRA, 2012)

A doença, na fundamentação do higienismo, passou a ser considerada um fenômeno social presente em todos os aspectos da vida humana, devendo ser identificada, mensurada e controlada. Para tanto, fazia-se necessário que a medicina, enquanto saber e prática investigativa, adentrasse diversos espaços institucionais e sociais.

A política higienista tornou possível uma maior autonomia do saber médico. Ao difundir diversos mecanismos de controle sociais e estabelecer uma normatização de modos de existir, passou a disciplinarizar os indivíduos e tentar mantê-los adaptados a um padrão. Pautada nesses ideais, a medicina se expandiu, ampliando seu escopo teórico e empírico, constituindo diversas novas vertentes de saberes médicos.

A infância surge inicialmente como questão para a medicina higienista devido as elevadas taxas de abandono e de mortalidade infantil. O saber médico, então, adentra os lares e estabelece que a criança deve ser inserida no convívio familiar, cabendo a família o cuidado de sua saúde e a condução da educação. Ao responsabilizar a família pelo dever de cuidar e educar as crianças, a medicina higienista submete os indivíduos às racionalidades médicas.

A infância, percebida agora como uma fase da vida particular e diferente dos adultos, passa a ser produzida no interior familiar, necessitando de investimentos próprios, de práticas especiais de cuidado e educação. Tais práticas preventivas e, ao mesmo tempo, normalizadoras, devem ser embasadas nos discursos médicos-pedagógicos.

O ideal higienista, ao delegar para a família o dever de manter e conservar a saúde da criança, instaura um modo de funcionamento de acordo com as normas do Estado e a com a moral social. Ao introduzir no seio familiar o temor pela doença, justifica a manutenção dos interesses do Estado no interior dos lares e cria a figura do médico da família como principal aliado à manutenção da saúde e bem-estar dos indivíduos. A medicina, então, adentra ao espaço doméstico e orienta questões íntimas, costumes e, principalmente, modos de ser e educar. Para Foucault (2007) a família, mais que uma teia de relações inscrita num estatuto social, se estabelece como meio mais próximo da criança. Ela deve permitir a criança um espaço de sobrevivência e de evolução, de modo que a saúde passa a ser um dos objetivos obrigatórios da família, tornando-a, por conseguinte, o principal agente disseminador da prática de medicalização. Os regimes de verdades nos quais estamos inseridos estabelecem as maneiras de intervir na infância para prevenir a anormalidade.

O saber médico, mais que criar condições técnicas para operacionalização da família, produz condições de existência para o amor familiar. A medicalização e a disciplinarização da família modificou não só os hábitos e costumes, mas também as práticas afetivas (LOBO, 2015). A infância passa a ser investida pelo afeto dos pais, saindo do anonimato e ganhando papel de destaque no seio familiar.

A composição desses novos fluxos sociais retira o caráter privado das relações e promove um fluxo para dentro dos lares, através de um processo de regulação política da vida dos sujeitos. As práticas cotidianas, as condutas e até mesmo os sentimentos são normatizados. Cria-se uma vida privada controlada por saberes científicos.

A família, então, surge como importante facilitadora para a proteção, formação e constituição do sujeito infantil. Ao reconhecer as necessidades e estabelecer estratégias específicas de cuidado para as crianças, tornam-se os principais responsáveis por educar e melhor formar cidadãos.

No propósito de adestramento da infância e de garantia de um desenvolvimento satisfatório, os discursos médicos capturam a infância, tornando-a objeto de estudo de saberes científicos. Ao final do século XIX, surgem novas vertentes de saberes específicos sobre a infância – como a Pediatria, a Pedagogia, a Psiquiatria infantil – estabelecendo normas para a existência e vivência da infância. Esses saberes produzem uma determinada maneira de ser criança e instauram um discurso dotado de credenciais científicas que suprimem qualquer outro discurso. Pautados no conhecimento científico tornam-se soberanos e adquirem status de verdade. (RESENDE, 2015)

Nesse período, o conhecimento e as práticas médicas adentram também o espaço escolar e direcionam seu olhar para o desenvolvimento infantil, ampliando seu papel no cuidado às crianças na busca por tratamentos para as dificuldades escolares.

É nesse contexto que especialidades como a psicologia do desenvolvimento e a psicopedagogia são convocadas a aprofundarem seus estudos sobre a infância nos diferentes espaços sociais. Fortemente influenciadas por ideais científicos, essa sua gênese essas ciências também operavam padronizações comportamentais e dos processos cognitivos, a partir de um ideal de desenvolvimento natural e de uma criança universal, estabelecendo assim padrões de normalidade. Através de estratégias de mensuração e avaliação buscavam identificar as crianças que fugiam a norma, para então readaptá-las. Ao adentrarem ao campo escolar, essas ciências se ocuparam do estudo dos fracassos escolares, no entanto, a partir de uma perspectiva individualizante, atribuindo as causas unicamente aos alunos e a seus processos psíquicos.

Essas especialidades, assim como as ciências médicas, pautavam-se em uma perspectiva empirista, em que os fenômenos da natureza e do homem deveriam ser passíveis de mensuração. Esse pensamento se solidificou no séc. XIX a partir do modelo higienista, biomédico, que tinha como foco de investigação os processos fisiológicos e bioquímicos. E é nesse contexto que nasce a psicologia escolar.

Ligada a preceitos da psicomетria e da psicologia experimental, a psicologia escolar europeia ganhou notoriedade a partir dos trabalhos de Alfred Binet junto aos alunos com necessidades escolares especiais. Em seus estudos, Binet procurou desenvolver instrumentos psicométricos capazes de avaliar a inteligência humana (BARBOSA, 2010) e, assim, estabelecer padrões de normalidade.

No Brasil, a psicologia escolar se constituiu a partir da criação de laboratórios de pesquisas tendo como foco os alunos com dificuldades de aprendizagem. Nesse contexto, “a principal característica da atuação em psicologia escolar foi o caráter remediativo com o qual se tratavam os problemas de desenvolvimento e aprendizagem.” (BARBOSA, 2010, p. 395)

Pautada em um referencial oriundo da clínica psicológica e sob forte influência da medicina, assistimos a constituição de um saber a partir de um enfoque psicométrico, buscando avaliar os processos escolares, diagnosticar e tratar.

Cria-se, assim, um saber médico-pedagógico que deve orientar os educadores na tarefa de conduzir a infância. A escola tornar-se responsável pela proteção contra o mundo externo e por reparar qualquer afrouxo gerado pela educação familiar, passando a interferir na vida e nas decisões da criança.

Cabe à escola identificar os comportamentos e processos de aprendizagem que fogem a norma e à medicina diagnosticar e tratar os desvios identificados. Inicia-se assim um processo de normatização da aprendizagem e de associação da não-aprendizagem a fatores orgânicos. (DECOTELLI; BOHRE; BICALHO, 2013).

Essa combinação entre família, medicina e escola auxilia no processo de generalização do poder médico e modifica as relações familiares, passando a ter seu funcionamento regido segundo a perspectiva biomédica. A criança, por conseguinte, torna-se objeto de cuidados específicos, de saberes especializados.

Salientamos que essas ciências médicas, psicológicas e pedagógicas, além de possuírem múltiplas abordagens de pesquisa e atuação, elas não se mantêm estáticas, estando em constante atualização. Hoje a concepção de um sujeito infantil plural, multifacetado, sob influência direta de fatores sociais, econômicos e políticos na constituição de seu processo subjetivo é quase unanimidade. No entanto esses saberes sobre a criança, seu desenvolvimento, suas capacidades, fragilidades, vulnerabilidades se imbricam em mecanismos de poder, cujo resultado será uma produção específica: de uma subjetividade infantil moderna (RESENDE, 2015)

3.2. Processo de normatização da infância: Normal X Patológico

Compreender o processo de normatização da infância no campo do saber médico e os discursos científicos instaurados é resgatar o processo de construção da dualidade normal X patológico. Ao tratarmos de comportamentos e modos de existir, esses discursos se inserem no campo da saúde mental, no qual opera, dentre outros, o saber médico psiquiátrico.

A definição de saúde mental está perpassada pela condução do tratamento. A forma de cuidado e o tratamento dispensando possuem relação direta com a concepção de doença. A criança que for considerada como desviante da norma padrão estabelecida, deverá ser diagnosticada, identificada em um processo patológico, e é essa patologia que dará o suporte para a condução do tratamento. As patologias identificadas possuem diferentes tipologias – físicas, químicas, mentais – de modo que o diagnóstico e a condução do tratamento serão pautados nos discursos específicos de cada saber legitimado.

Quando falamos de saúde mental, especificamente, nos deparamos com a ausência de uma nosografia de fácil entendimento. Não há, para essa categoria, um conceito fechado, de modo que os significados atribuídos acabam por enquadrar tudo àquilo que contraria o conjunto de valores padrões e normativos de uma determinada época, sofrendo modificações

de acordo com o período histórico em que é avaliado. Percebemos assim que as definições de saúde e doença mental são construções formadas a partir de conceitos valorativos de uma determinada sociedade em uma dada época. (CANGUILHEM, 2002).

O conceito de doença mental, mais que uma manifestação biológica, está relacionado a um aspecto de inadequação, um desvio de padrão de normalidade de uma dada sociedade. A saúde mental se constitui, assim, a partir da construção de uma norma, sendo determinada por valores sociais.

Para a medicina, a normalidade está relacionada às possibilidades adaptativas, a capacidade do indivíduo de se moldar e se organizar no meio social no qual está inserido. Em contrapartida, a anormalidade se dá por uma diminuição da capacidade adaptativa desse indivíduo. A patologia mental, portanto, restringe a capacidade relacional, de modo que a terapêutica deve restabelecer uma relação estável desse indivíduo com o meio. Para tanto, deve ser orientada por ideais valorativos, baseado em processos singulares. Para Canguilhem (2002), no entanto, mais que admitir o caráter não natural das patologias mentais, é preciso reconhecer que qualquer definição de uma patologia dessa ordem é arbitrária.

A clínica psiquiátrica se inscreve fundamentalmente no campo da moral. A doença mental, portanto, mais que a representação de dados fisiológicos ou químicos, objetivamente medidos, é conceituada a partir de critérios e valores construídos socialmente.

Desse modo, a medicina se insere “na gestão da existência humana, toma uma postura normalizante, que não a autoriza apenas a distribuir conselhos da vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive” (FOUCAULT, 1977, p. 39).

Nesse processo, ao mesmo tempo em que emerge na sociedade a concepção de loucura, assistimos ao nascimento de um campo de saber específico sobre a loucura: a psiquiatria, evidenciando em sua constituição o crescimento do poder psiquiátrico.

Foucault (2005), em *História da Loucura*, evidencia as mudanças ocorridas na concepção de loucura, significadas de diversas formas ao longo do tempo e influenciada por diferentes discursos. Estabelecendo-se enquanto construção social, a loucura nem sempre foi objeto do saber médico. Inicialmente excluída por não se adaptar ao contrato social e mais tarde trancada juntamente com outros marginais nos hospitais. A medicina, ao se apoderar do espaço hospitalar, demarca a loucura como um objeto a ser estudado por um novo saber médico: a Psiquiatria, constituindo-se então a partir de discursos de poder de uma nova racionalidade científica.

Tomada como objeto do saber médico, a loucura é inserida no campo das doenças, devendo ser organizada e classificada, descrita então como uma verdade natural e fisiológica. A prática da saúde mental se constrói sob o ideal da normalização.

A psiquiatria, então, adentra o campo da anormalidade, cabendo ao médico psiquiatra avaliar diversos tipos de desordens – quer seja fisiológicas, psicológicas ou morais – e enquadrar em diferentes graus existentes entre o anormal e o normal. O anormal, enquanto objeto de um saber médico, possui sua terapêutica centrada na correção, onde o punir também está relacionado ao ato de curar, ao que Foucault (2005) denomina de “poder de normalização”, este que constitui manifestação direta de uma sociedade disciplinar.

A sociedade disciplinar apresentada por Foucault em *O Nascimento da Clínica* (1977), ao classificar a anormalidade e objetivar a sua condução para uma normalidade, exerce seu poder através de mecanismos simples de controle. Para ele, o propósito da sociedade disciplinar está na utilização de instituições que funcionam como mantenedoras dos ideais de normatização presentes na sociedade.

No fim do século XIX, a psiquiatria expande ainda mais seu campo de atuação, passando a classificar como expressões de anormalidade também questões do cotidiano, práticas e comportamentos sociais. Se antes a norma era compreendida por sua regularidade funcional, ela torna-se agora regras de condutas, cabendo também a psiquiatria vigiar a ordem social.

“Ao médico – mestre da loucura e protetor da ordem social – caberia o poder, em maior ou menor grau de acordo com a época e o contexto, sobre a vida do doente” (SILVA, 2008, p. 147) O poder se dá de forma diluída, de modo à assujeitar e disciplinar os indivíduos.

A psiquiatria, ao exercer seu poder no campo da saúde mental, passa a atuar vigiando, treinando e disciplinando corpos, configurando-se como uma tecnologia de biopoder dirigida ao homem enquanto ser social e afetando processos de vida. A medicina enquanto, tecnologia do biopoder, vale-se do poder de seu discurso científico e toma a sociedade como objeto de higienização, disciplina os corpos e amplia sua apropriação sobre os sujeitos de tal forma que chega à regulação de seus comportamentos. (FOUCAULT, 1977)

Os saberes, práticas e discursos médicos se estabelecem por meio da venda de valores, de modos de existência, de padrões de vida, de saúde e de bem-estar, na promessa de qualidade de vida, e acaba por englobar biotecnologias e difundi-las, fazendo-as permearem por todo espaço social. A ciência médica torna-se ferramenta do Estado passando a intervir nos modos de subjetivação e de bem-viver.

A loucura para Foucault é o produto de relações de poder estabelecidas pela ciência e o Estado. A psiquiatria então se funda no campo da moral e se solidifica ao atuar enquanto um mecanismo disciplinar que, ao mesmo tempo em que controla os corpos e a vida dos indivíduos, estabelece valores de normalidade, e legitima os valores que ela mesma construiu, mantendo seu poder.

É também nesse campo de saber e poder que se inscreve a psiquiatria infantil, de modo, que a história da criança anormal é a história das múltiplas formas de objetivação da infância e das práticas e saberes que ela constitui.

A constituição da psiquiatria infantil enquanto campo de saber específico da saúde mental de crianças sofreu algumas modificações. Paul Bercherie (apud PANDE, 2016) aponta que, inicialmente, as questões relacionadas à saúde mental infantil estavam centradas basicamente na concepção de retardo mental, mais especificamente na classificação de idiotia estabelecida por Esquirol e descrita por Pinel como uma “obliteração das faculdades intelectuais e afetivas”. O idiota, por ter suas faculdades intelectuais pouco ou não desenvolvidas, não era capaz de adquirir conhecimento tal como os demais indivíduos na mesma faixa etária e condições de sociais. Esse estado poderia tanto manifestar-se desde o nascimento, ou ser adquirido, no entanto, só seria possível sua reversão, quando adquirido. É necessário salientar que a idiotia evidenciava um desenvolvimento imperfeito ou atrasado, devido a uma incapacidade de aprender, mas não era entendido como um processo patológico. (LOBO, 2015)

A partir da publicação dos primeiros tratados de psiquiatria infantil, iniciou-se o processo de patologização de condições mentais na infância, descritas a partir de um quadro clínico em evolução. O adoecimento mental, portanto, tem sua origem na noção de desequilíbrio e o retardado passa a ser compreendido como um mau funcionamento de partes do psiquismo, a partir de fundamentos fisiológicos. Nesse período, as patologias mentais dirigidas à infância, advinham do esforço de encontrar na criança as síndromes mentais descritas no adulto.

Para Foucault (1977) a psiquiatrização da infância teria sua origem nos sinais de um desenvolvimento comprometido, tendo em vista que na época acreditava-se a que a loucura possuía uma predisposição hereditária. No entanto, não foi a criança louca que deu origem a psiquiatria. A descoberta da criança louca foi tardia, efeito secundário da criança em seu lugar de origem, de modo que “foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder

psiquiátrico” que se estenderia à infância. (FOUCAULT apud FERRAZZA; ROCHA, 2011)
A psiquiatrização da infância possibilitou a generalização do poder psiquiátrico.

Paulatinamente, novos caminhos etiológicos para o adoecimento mental infantil vão desenhando-se, fazendo emergir uma clínica específica da infância. Na década de 1930 constrói-se o entendimento de que

toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, adquire no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois é de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente, que dependem, então, as perturbações psicológicas. (BERCHERIE apud PANDE, 2016)

Em seu projeto disciplinar a psiquiatria invade diferentes espaços sociais – como a escola e a família – permitindo paulatinamente a introdução da ideia de desenvolvimento e, conseqüentemente, seus atrasos. Estes ideais não incidem sobre a inteligência, mas principalmente sobre a vontade moral.

No Século XX assistimos a emergência das figuras das anormalidades infantis. Há uma epidemia de diagnósticos em que fenômenos da vida cotidiana como insônia, tristeza e medo adquirem caráter patológico. Pautados em uma lógica preventivista, tal busca por diagnósticos precoces se justifica na promessa de uma qualidade de vida futura. (EDINGTON, 2012) A psiquiatria ganha força como governo da infância. A cada dia surgem novas tecnologias que visam identificar e conter as “desordens” dos sujeitos, de modo que nenhuma classificação parecer satisfazer. Surgem as mais variadas acepções de anormalidade. Para Lilia Lobo (2015), há

[...] uma espécie de desvario nosográfico que parece perdurar até hoje para os chamados casos intermediários ou fronteiros à normalidade, como os transtornos de aprendizagem, entre os quais o atual transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), que se desdobram em suas muitas categorias. (p.210)

Na criança, a produção da patologização tem se dado de forma majoritária na idade escolar, surgindo uma estreita relação entre educação e saúde. Os chamados transtornos de aprendizagem são então identificados em idades cada vez mais precoces, crescendo a demanda por tecnologias médicas, técnicas de prevenção de questões social, com alvo prioritário a infância. No entanto, a partir da tentativa de se obter maior controle do desenvolvimento e do comportamento infantil, a implicação subjetiva, as características próprias do sujeito, bem como seus desejos e particularidades acabam por ser desconsiderados.

E necessário estabelecermos que a crítica aqui apresentada não parte de uma negação de problemas de saúde no campo da saúde mental. Dados epidemiológicos atuais demonstram que “as enfermidades mentais tornaram-se proeminentes indicadores dos problemas de saúde da população” (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013, p. 423), sendo a saúde mental mundialmente reconhecida como uma questão de saúde pública, onde devem ser investidas estratégias de ações de cuidado e criações de políticas públicas que possam contribuir de modo positivo para o bem estar da população, prevenindo agravos futuros. De modo que se faz necessário pensar nos processos psíquicos em toda sua magnitude, seus determinantes e sua distribuição territorial. Do mesmo modo, a apreensão das necessidades infantis deve ser entendida a partir de uma concepção de sujeito integral, condicionado por aspectos bio-psico-sociais, e, como tal, dotado de subjetividade e singularidade. A criança, enquanto ser em processo, vivencia conflitos e dificuldades próprias da fase da vida e das etapas de aprendizagem. Cada criança apresentará uma forma singular de se expressar e buscar soluções para as questões da vida.

3.3. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Estudos recentes apontam que, no campo da psiquiatria infantil, dentre os diagnósticos mais difundidos está o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. No entanto, sua etiologia e mesmo os aspectos clínicos não possuem entendimento unânime pelos estudiosos da área. Alguns estudos, pautados em um referencial biologicista, defendem a existência de determinantes fisiológicos e acabam por isolar o quadro sintomatológico, desconsiderando os aspectos morais, sociais, políticos e econômicos, incorporados na constituição de uma patologia. Há, em contraposição, outra corrente que busca perceber os objetos científicos baseado no diálogo entre as demandas políticas e ideológicas. Para estes, as descrições no campo da normalidade ou da patologia surgem fundamentados nos contextos sociais. Essas diferentes concepções perpassam também os estudos neurocientíficos sobre o TDAH.

Podemos considerar que a história do TDAH teve início ainda com o discurso médico sobre a idiotia, na segunda metade do século XIX e, desde sua compreensão, sofreu diversas modificações, sendo precedido por uma série de diagnósticos psiquiátricos incertos, localizados na fronteira entre as desordens nervosas e as disfunções da vida normal. Inicialmente compreendida a partir de uma transgressão moral, essa criança recebe em seguida o status de ‘portadora de uma deficiência mental leve’, foi afetada pela síndrome da

encefalite letárgica, para então ser denominada hiperativa ou hipercinética. Seu cérebro foi estudado e visto como disfuncional, tornou-se a criança com Déficit de Atenção, e só então tornar-se portadora do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. (CALIMAN, 2010)

A primeira descrição de um transtorno infantil de desatenção é datada de 1798, quando o médico escocês Alexander Crichton (1763 – 1856), ao publicar observações clínicas de doenças mentais, descreveu características de uma “desatenção patológica”, caracterizada pela incapacidade de manter atenção em qualquer evento com certo grau de constância.

O primeiro a estudar um transtorno da atenção vinculado a um defeito da vontade inibitória, ou seja, um defeito no controle moral nas crianças, foi o pediatra inglês George Still. Embora sob outra nomenclatura, o distúrbio estudado por Still em muito se assemelhava ao TDAH. Ele estudou a patologia moral como uma condição mórbida independente, biológica e cerebral. O objetivo era encontrar a sede fisiológica da vontade, da moral e do autocontrole. Na sintomatologia e na epidemiologia descrita por Still, análoga ao TDAH, o comportamento agressivo e desafiante era uma manifestação comum. A desatenção e a hiperatividade estavam presentes e observava-se um comportamento patológico orientado por gratificações imediatas, acompanhado da incapacidade de planejar o futuro. O intelecto, no entanto, não era afetado e nessa conjuntura, a punição era considerada ineficaz. (CALIMAN, 2010)

Still postulou a existência de uma patologia moral específica, marcada pela desobediência às regras e aos consensos sociais. (CALIMAN, 2010) Não obstante, o trabalho de demarcar uma linha entre o funcionamento normal e anormal era extremamente arbitrário. Embora em algumas crianças o comprometimento fosse extremo e inaceitável para os padrões sociais da época, não se conseguiu produzir nenhuma prova empírica neurofisiológica. Ao contrário, as evidências mostravam que a existência do distúrbio moral derivava da decisão social sobre o que era tolerado ou não, sobre o que se encaixava ou não em sua racionalidade.

No começo do século XX, entre 1915 e 1930, na Europa e na América do Norte houve um surto epidêmico da Encefalite Letárgica. As encefalites, infecções agudas no cérebro, eram causadas por microorganismos ou substâncias tóxicas e provocavam sintomatologias como dores de cabeça, sonolência e letargia. A doença causava alguns danos físicos e mentais irreversíveis em muitos pacientes. Muitas crianças apresentaram distúrbios pós-encefalite, manifestando mudança na personalidade, déficits cognitivos e instabilidade emocional.

Nesse processo de sucessivos enquadramentos nosográficos, a Encefalite Letárgica foi um dos mais importantes diagnósticos que precederam o TDAH – foi a primeira

a apresentar uma conexão causal entre danos cerebrais e transtornos de comportamentos. Considerada misteriosa e obscura, ela incluía um rol extremamente diverso de sintomas.

Devido ao grande surto de encefalite, esse processo patológico e seus efeitos posteriores foram alvo de grande investimento financeiro, impulsionando grandes produções científicas e acadêmicas, além de embasar pesquisas neurofisiológicas que buscaram investigar causas cerebrais para afecções mentais.

Na década de 30, Franz Kramer e Hans Pollnow publicaram um artigo sobre “A Doença Hiperkinética da Infância” em que descreviam um transtorno que tinha como principal característica a acentuada inquietação motora. Embora esses sintomas já tivessem sido descritos, buscou-se enfatizar a impulsividade e a agitação motora como comportamentos morais. Esse transtorno, prevalente na infância, geralmente tinha seus sintomas reduzidos à medida que a criança ia crescendo, mas poderia acarretar implicações na vida adulta. A Síndrome do Impulso Hiperkinético, mais tarde denominada Síndrome da Criança Hiperativa, englobava sintomatologias abrangentes e imprecisas, mas que tinha como principal queixa questões comportamentais. (CALIMAN, 2010)

A investigação de danos cerebrais em crianças com comportamentos atípicos ganha força e, na década de 1940, é concebido o conceito de Lesão Cerebral Mínima, reconhecendo-se a existência de um continuum, uma série de transtornos mentais provocados por lesões cerebrais que, em diferentes graus, acarretavam problemas de aprendizagem e/ou de comportamento.

Na década de 1960, há uma mudança na nomenclatura para Disfunção Cerebral Mínima que, embora partindo de uma associação de uma causa orgânica para os transtornos de comportamento, de linguagem e de aprendizado, ela era imprecisa, não sendo a lesão cerebral condição fundamental para os transtornos descritos sob esse diagnóstico. Essa classificação, embora mais tarde considerada bastante genérica, persistiu em alguns países até a década de 1990.

Possuindo uma gama de sintomatologias que abrangem desde transtornos comportamentais, afetivos aos problemas no processo de aprendizagem, sem, no entanto, apresentar comprometimento severo, esses diagnósticos estavam prioritariamente associados às dificuldades adaptativas. Os indivíduos representados por esses diagnósticos caracterizavam-se por não satisfazerem as expectativas morais da sociedade na qual estavam inseridos. No entanto, desde os estudos sobre a Síndrome da Encefalite Letárgica, vemos uma tentativa de associação dos sintomas às disfunções cerebrais, a partir de justificativas

neuroquímicas. Há dessa forma um fortalecimento da relação entre os fatores biológicos e morais presentes na história natural da doença.

Paulatinamente, os esforços para definir os transtornos hipercinéticos se voltam para observação direta da criança e não mais pela busca de causas neurológicas. Em 1968, foi incluído na 2ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II) o conceito de “Reação Hipercinética da Infância”, sendo definido apenas como um “transtorno caracterizado por excesso de atividade, inquietação, distração e falta de atenção, especialmente em crianças pequenas. Este comportamento geralmente diminui na adolescência.” (APA, DSM-II, 1968)

Na década de 70 há uma importante mudança no modo de compreender tais processos patológicos, caracterizados agora por Transtorno de Déficit de Atenção. Se, até esse momento, a principal característica era o Transtorno de Comportamento Hipercinético, ele passa a ocupar papel secundário, entrando em foco o Déficit de Atenção. A hiperatividade já não era considerada um critério diagnóstico essencial, podendo estar ou não associada.

O conceito Transtorno de Déficit de Atenção foi bastante controverso, de modo que em 1980, a categoria foi renomeada para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Em 1990, pautados em estudos de bases neurológicas, o TDAH foi reconhecido como transtorno persistente, não acometendo exclusivamente crianças.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 4ª edição (DSM-IV), expressava uma condição neurobiológica, caracterizada por níveis de desenvolvimento não apropriados de atenção, comportamento hiperativo e impulsividade. O TDAH é então entendido a partir de um quadro multifacetado resultante tanto do aparato biológico do indivíduo, quando da interação desse indivíduo com o seu meio.

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o TDAH é

um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. (DSM-V, 2013)

Nele os critérios diagnósticos se ampliaram, apresentando uma lista de 18 sintomas característicos, dentre estes, sendo 9 referente a processo de desatenção e 9 a

hiperatividade-impulsividade (Tabela 01). Estabelece ainda que tais sintomas devem ocorrer com frequência, e deve haver a ocorrência de 6 ou mais características de cada categoria diagnóstica. Há também a necessidade de haver claro comprometimento em pelo menos duas áreas da vida social (casa e escola, por exemplo). Os critérios diagnósticos estabelecidos são:

Tabela 01 – Critérios Diagnósticos do TDAH

Desatenção:	Hiperatividade e impulsividade:
1. Não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido;	1. Remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira;
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;	2. Levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
3. Parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente;	3. Corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado;
4. Não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares;	4. É incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente;
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;	5. “Não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”;
6. Evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado;	6. Fala demais;
7. Perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;	7. Deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída;
8. É facilmente distraído por estímulos externos;	8. Tem dificuldade para esperar a sua vez;
9. É esquecido em relação a atividades cotidianas.	9. Interrompe ou se intromete.

Fonte: DSM-V (2013)

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é a existência de um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. De modo que “os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções.” (DSM-V, 2013)

Esses sintomas correm na infância ou no início da adolescência e comumente acarretam comprometimentos no rendimento escolar e dificuldades de relacionamento. Atualmente vemos com frequência o TDAH ser utilizado como justificativa para o fracasso escolar, atribuindo unicamente às crianças a responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem. Tal situação se agrava pela dificuldade em um diagnóstico preciso. Não há uma clareza quanto ao quadro clínico, o que acaba por operar uma homogeneização dos comportamentos, classificando as crianças sem observar os fatores de ordem social e relacional que podem estar associados ao comportamento tido desviante.

Vivenciamos atualmente uma epidemia do TDAH, de forma que o diagnóstico tem sido descrito como uma questão de saúde pública, principalmente no contexto americano.

Caracterizado como um transtorno comportamental de base neuropsíquica, o TDAH é atualmente reconhecido como uma questão de saúde pública. Suas primeiras manifestações geralmente são percebidas ainda na infância, no entanto, suas consequências podem perdurar ao longo de toda a vida, quando não diagnosticado precocemente. Dentre os problemas percebidos, estão os relacionados às questões escolares, transtornos psiquiátricos, comportamentos sociais, dentre outros.

No entanto, tal transtorno, para além de uma base neurofisiológica, está inscrito no campo das relações sociais, das vivências humanas, políticas e econômicas. Seu caráter é multifacetado e sua determinação multicausal, constituindo-se um diagnóstico amplo e impreciso. Devido a tal complexidade e multifatorialidade, assistimos a uma tendência diagnóstica em que o TDAH surge como alternativa para justificar outras problemáticas infantis.

O número de indivíduos diagnosticados com TDAH também tem aumentado nos últimos anos. “No Brasil, as estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes também variam amplamente, com valores entre 0,9% e 26,8%. Nos Estados Unidos, estima-se que esse transtorno afete pelo menos 5 milhões de crianças com idades entre 4 e 17 anos.” (BRATS, 2014)

Alguns dados apontam que, só nos Estados Unidos, aproximadamente 1,5 milhão de crianças é tratada com medicamentos à base de metilfenidato (FERREIRA, 2011). A produção mundial desse fármaco representava em 1990 cerca de 2,8 toneladas, em 2006 passou para aproximadamente 38 toneladas, atingindo a marca de 43 toneladas no ano de 2011. (BRASIL, 2012) Já no Brasil, enquanto em 2000, a produção foi de 23kg, passando para 226kg no ano de 2006. (ITABORAHY; ORTEGA, 2013)

Embora o aumento significativo da produção e consumo do metilfenidato esteja diretamente relacionado à prescrição dessa substância, e acompanhamos um aumento significativo também dos diagnósticos, há uma relação controversa entre a progressão de uso dos fármacos e a progressão do transtorno na população mundial. Itaborahy e Ortega (2013) chamam nossa atenção para o fato de que “embora o uso do metilfenidato esteja associado diretamente ao diagnóstico de TDAH, ela não é recomendada em todos os casos onde o transtorno é diagnosticado.” De modo que diversos estudos brasileiros sugerem um excesso de prescrições, sendo medicadas crianças que não possuem o transtorno, ou aquelas que mesmo com o diagnóstico, não necessitariam utilizar tal substância. O aumento exponencial

da prescrição e/ou consumo desse fármaco, para além do diagnóstico, nos sugere um modo específico de conceber os processos de saúde e adoecimento mental a partir de uma prática de cuidado com ênfase na terapêutica medicamentosa.

O modo de produzir a infância no campo da saúde mental se modificou. Mudaram-se os métodos e os discursos científicos, no entanto, vemos crescer no movimento histórico as descrições biológicas. Os valores morais de cada época foram neutralizados e inscritos no corpo através de um discurso médico naturalizado. De modo que o TDAH foi construído em um espaço fronteiro, sendo habitado por tecnologias de poder-saber, muitas vezes restritas às racionalidades médicas.

3.4. Redes de Atenção

Tomar a infância como objeto de investigação a partir de um contexto como o de TDAH e, portanto, perpassada por conhecimentos do campo da saúde e da educação, requer que compreendamos a organização e o funcionamento dessas redes e como operam no cotidiano dos sujeitos. São esses aspectos, em contexto, sob a influência de valores e costumes, o modo de perceber os sintomas, de interpretá-los, o caminho assistencial e as práticas de cuidado, que nos darão ferramentas para entender o lugar social destinado a essa criança específica.

Estamos diante de um diagnóstico que, enquanto processo patológico, está fundamentado dentro do campo da saúde, no entanto, enquanto efeitos do quadro sintomatológico, irá influir diretamente no processo de aprendizagem e de socialização dos sujeitos infantis. Se situarmos essa compreensão no campo das Políticas Públicas, nos deparamos com duas redes assistenciais: a Rede de Educação e a Rede de Saúde.

As políticas públicas brasileiras são constituídas com o objetivo maior de desenvolver ações e atividades que assegurem os direitos universais do cidadão. Para tanto, utilizam o modo organizativo através de redes, a partir do entendimento que cada campo político é um sistema complexo, com vários elementos que se interrelacionam.

3.4.1. Rede de Educação

A Rede de Educação é regulamentada pela Lei de nº 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20 de dezembro de 1996 (LDB 9.394/96). Ela estabelece que

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos

movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. (BRASIL, 1996)

No entanto, cabe ao governo disciplinar a “educação escolar que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias.” (BRASIL, 1996)

Cada entidade do governo é responsável por financiar e manter as instituições, em geral a União (ente federativo) é responsável pelas instituições de educação superior; os Estados cuidam das instituições de nível fundamental e médio e os Municípios, geralmente, ficam responsáveis pelas instituições de ensino infantil e fundamental. Esse modelo organizativo, no entanto, não é fixo.

No Brasil, a educação básica e obrigatória é formada pelo Ensino Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. O nível superior faz parte da educação escolar, mas não é considerado como integrante da educação básica. O ensino escolar básico é dividido em três etapas: a Educação Infantil (destinada às crianças de 0 a 5 anos), o Ensino Fundamental (para alunos de 6 a 14 anos) e o Ensino Médio (para alunos de 15 a 17 anos). O Ensino Fundamental compreende a maior etapa da educação básica (com duração de 9 anos), tem por objetivo a formação básica do cidadão. Segundo artigo 32º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, essa etapa do ensino deve promover:

I – o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; II – a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade; III – o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; IV – o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social (BRASIL, 1996)

Visando sua melhor operacionalização, o Ensino Fundamental foi dividido em dois ciclos de aprendizagem: o Ciclo I – constituído Escolas de Educação Fundamental I, equivale aos cinco primeiros anos de estudo (do 1º ao 5º ano); e o Ciclo II – constituído Escolas de Educação Fundamental II, é aquele que acontece do 6º ao 9º ano.

A preocupação com a educação básica no Brasil tem como um dos fundamentos a compreensão do papel basilar da leitura e escrita na inserção social da criança no mundo de uma cultura letrada e assim, na conquista de sua autonomia, o que tem motivado a criação de leis para promover de forma cada vez mais efetiva a inserção da criança na escola e garantir que sejam alfabetizadas. Em 2005, a partir da lei 11.114 (que alterou a redação da LDB nº 9394/96) o Ensino Fundamental torna-se “[...] obrigatório e gratuito na escola pública, a partir dos seis anos de idade” (BRASIL, 2005, p. 01). Em 2006, a Lei nº 11.274 estabelece “o

Ensino Fundamental obrigatório, com duração de nove anos, gratuito na escola pública, iniciando-se aos seis anos de idade (BRASIL, 2006, p. 01).”.

Há ainda a preocupação em estabelecer um período prioritário para a alfabetização infantil e, em 2013, entra em vigor a Lei nº 12.801, que estabelece o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa. O pacto busca incentivar a alfabetização anos iniciais de escolarização: dentro dos três primeiros anos do ensino fundamental.

No ano seguinte, em 2014, é aprovado o Plano Nacional de Educação - PNE, que estabelece metas educacionais para serem alcançadas no prazo de 10 anos e dentre suas diretrizes está a erradicação do analfabetismo, tendo assim como meta: alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º (terceiro) ano do Ensino Fundamental. O plano é monitorado a cada dois anos e, segundo o relatório referente ao biênio 2016-2018, de 22% dos alunos se encontram no nível mais baixo da escala de proficiência em leitura, só tendo desenvolvido habilidades elementares. No que se refere à proficiência em escrita, pouco mais de 10% dos estudantes encontram-se no nível 1. (BRASIL, 2018b)

Essas metas são monitoradas a partir de processos avaliativos a partir de dois referenciais, uma avaliação permanente e formativa, que consiste no planejamento de estratégias de avaliação permanente construídos pelos professores, e na aplicação no início e final do 2º ano da Provinha Brasil tem que por objetivo avaliar “quais conhecimentos sobre o sistema alfabético de escrita e quais habilidades de leitura as crianças dominam.” (Cartilha – Ministério da Educação: Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa)

Em 1992, Secretaria da Educação – SEDUC do estado do Ceará implementou o Sistema Permanente de Avaliação da Educação Básica do Ceará – SPAECE (ampliado em 2007). Segundo documentos oficiais do Estado, tal medida teve por objetivo a promoção um ensino de qualidade e equânime para todos os alunos da rede pública. O SPAECE compreende a avaliação de leitura dos alunos do 2º ano do EF e do domínio das competências e das habilidades de Língua Portuguesa e de Matemática para os alunos do 5º e 9º anos do EF e nas turmas de 1ª, 2ª e 3ª séries do EM.

Essa avaliação é realizada anualmente e pretende avaliar a proficiência de leitura e escrita para, a partir das informações coletadas, realizar um diagnóstico da qualidade da educação pública e, assim, fornecer base para a implementação de políticas públicas educacionais.

Reconhecendo o papel da escola enquanto promotora de aprendizagem formal e potencializadora de socialização, a política de educação passa por um processo de reestruturação e em 2008 o Ministério da Educação (MEC) lançava a Política nacional de

educação especial na perspectiva da educação inclusiva – PNEEI (Decreto 6.571, posteriormente substituído pelo Decreto nº 7.611). O decreto estabelece como público-alvo da educação especial “as pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades ou superdotação” e tem por objetivo possibilitar a aprendizagem desses alunos com alguma necessidade especial de ensino dentro das classes comuns, buscando desenvolver meios pedagógicos e de acessibilidade para eliminar barreiras causadas por necessidades específicas e garantir a plena participação do estudante. (BRASIL, 2011)

Pautado na concepção de que a aprendizagem se dá ao longo da vida, um sistema educacional inclusivo passa a ser estabelecido para todos os níveis de ensino, devendo ocorrer sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades. O Estado deve, então, garantir a inclusão plena, devendo ofertar apoio e adotar medidas necessárias para ampliar o desenvolvimento acadêmico e social.

Segundo a PNEEI, um dos mecanismos de consolidação da Educação Inclusiva para é o Atendimento Educacional Especializado (AEE). Tendo como público-alvo alunos com deficiência (de natureza física, intelectual, mental ou sensorial), alunos com transtornos globais do desenvolvimento (aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, como autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos sem outra especificação) e alunos com altas habilidades/superdotação, as atividades do AEE devem ser autônomas, se diferenciando das atividades da sala comum, não sendo, portanto, substitutiva. Essas atividades podem possuir um caráter complementar ou suplementar, de acordo com a necessidade do aluno. O atendimento suplementar é voltado principalmente para o aluno com altas habilidades/superdotação, devendo promover o enriquecimento curricular, já o atendimento complementar, tem como foco os alunos deficiência e/ou com transtorno do espectro autista (TEA), objetivando possibilitem ao aluno transpor barreiras impostas à sua aprendizagem na classe comum.

Chamo atenção para os Núcleos de Atendimento Pedagógico Especializado (NAPE): dispositivos da política de Educação Especial que compõe a rede estadual e tem por objetivo principal atender aos alunos com deficiências diversas, tais como: deficiência intelectual, motora, auditiva, cegueira ou múltiplas deficiências, como também alunos com dificuldades e/ou transtornos de aprendizagem que possam interferir em seu processo socioeducativo. Dispõem de atendimentos especializados de equipe multidisciplinar como pedagogo, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Tais

atendimentos são direcionados para alunos que possuem algum de tipo de deficiência de caráter auditivo, visual ou intelectual, que comprometa o seu desenvolvimento escolar.

Outra política que possui significativa importância no contexto educacional e que busca promover melhoria na aprendizagem é o Programa Mais Educação. Implantado pela Portaria Interministerial nº 17/2007 reeditado como Programa Novo Mais Educação, pela Portaria MEC nº 1.144/2016. O programa se constitui por meio da realização de acompanhamento pedagógico em Língua Portuguesa e Matemática e do desenvolvimento de atividades nos campos de artes, cultura, esporte e lazer, impulsionando a melhoria do desempenho educacional mediante a complementação da carga horária em cinco ou quinze horas semanais no turno e contra turno escolar. (BRASIL, 2016) Dessa forma, pretende contribuir para o processo de alfabetização, na redução do abandono, da reprovação e da distorção idade/ano; melhorar dos resultados de aprendizagem do ensino fundamental.

3.4.2. Rede de Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil se organiza por níveis de atenção hierarquizados de acordo com a complexidade: a Atenção Primária à Saúde (APS) composta preferencialmente por serviços regionalizados, tidos como de menor complexidade, é orientada para as ações de para a prevenção e proteção à saúde e tratamento de doenças comuns; a Atenção Secundária representa os serviços ambulatoriais de apoio especializado, caracterizada por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e, por fim, Atenção Terciária é composta por serviços hospitalares de maior complexidade.

Embora no Brasil a APS³ constantemente seja empregada como sinônimo de Atenção Básica à Saúde (ABS), este surge a partir da incorporação dos princípios da Reforma Sanitária brasileira, reorientando o modelo assistencial, a partir dos princípios de universalidade e integralidade, norteadores do SUS.

A ABS surge com quatro funções principais: Ser base do sistema; ser resolutiva; coordenar o cuidado e ordenar as redes. Como principal porta de entrada à assistência, atua no âmbito individual e coletivo e compoendo um conjunto de ações de Saúde que abrangem:

a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de

³O termo Atenção Primária à Saúde vem de uma concepção internacional (Primary Health Care) de serviços comunitários de para atendimentos mais rápidos e eficientes, no entanto, possui aspecto bastante genérico (OMS, 1978)

saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2013)

Em 1994, com o objetivo de aumentar a cobertura das ações primárias de saúde e criar elos de diálogo entre os serviços e a comunidade, foi implementado o Programa de saúde da Família (PSF), depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2006, foi instituída a Política Nacional da Atenção Básica (portaria 648/2006) que revisa as normas e diretrizes para organização da APS e ESF. (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam o contato preferencial dos usuários aos serviços de saúde. Ela foi instituída de modo a priorizar ações de saúde a partir de uma concepção de atenção integral, visando impactar “na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (BRASIL, 2011) O objetivo dessas unidades é atender até 80% das questões de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. Nesses postos são priorizados os atendimentos em Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

Algumas unidades de saúde do município contam com uma equipe de Núcleos de Ampliado à Saúde da Família (NASF). Essas equipes são compostas por categorias multiprofissionais e tem por objetivo atuar de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF) que constituem a UBS, de modo ampliar o cuidado em saúde.

Um dos dispositivos relevantes em nosso contexto e que compõe a Atenção Secundária é o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que tem por objetivo o cuidado em saúde mental para pessoas com transtornos graves e persistentes. Composto por equipe multiprofissional conta com especialistas como psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, dentre outros.

Salientamos que essa rede tem seu fluxo organizado através da central de Regulação do Acesso à Assistência que tem como objetivo qualificar os fluxos de acesso às ações e serviços de saúde, de modo a aperfeiçoar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis. Ao receber um encaminhamento para uma especialidade médica como a neurologia, o usuário apresenta a justificativa do encaminhamento no setor de regulação que fica dentro das UBS's, onde é gerado um número de registro, e fica aguardando ser contatado quando o surgimento de vaga nos diversos dispositivos da atenção secundária, como as policlínicas e os hospitais especializados.

Em 2007, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação lança o Programa Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de

contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. (BRASIL, 2008)

O PSE é pautado na interação entre as Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de educação, devendo atuar de modo co-responsável no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos alunos. Segundo o programa, as escolas ao aderirem as suas prerrogativas, passam a ter uma Equipe de Saúde de Atenção Básica de referência, de tal forma que juntas, saúde e educação, devem planejar e executar ações a partir de três componentes: I. Avaliação das condições de saúde; II. Promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; III. Capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação.

O programa apresenta uma tentativa de estabelecer um maior diálogo entre as redes de saúde e educação a partir dos dispositivos de base: escola e unidades de saúde, aproximando suas práticas de atuação com objetivos de cuidado e prevenção no campo da saúde. Desse modo, as atividades com foco na saúde a serem desenvolvidas devam compor o projeto político-pedagógico escolar. As temáticas que serão trabalhadas deverão ser debatidas em sala de aula pelos professores em parceria com os profissionais de saúde, estes que deverão orientar, contribuindo na construção de práticas pedagógicas transversais.

O programa surge como proposta relevante na aproximação das duas redes, ao mesmo tempo em que estimula a elaboração de ações de promoção de saúde numa perspectiva ampliada, reconhece a importância da escola como espaço potencializador: loco de partilhas e de vivências, contribuindo diretamente nas construções sociais e subjetivas.

A caracterização aqui realizada sobre as Redes de Educação e Saúde e algumas das políticas e dispositivos pertencentes a elas pretende estabelecer apenas um panorama geral, reconhecendo que as políticas e serviços que as permeiam são bastante numerosos e complexos. Cientes do risco de parecer reducionista, o objetivo maior do exposto é possibilitar uma compreensão mesmo que sucinta dos fluxos assistenciais, esta que será de grande relevância para as análises e discussões feitas ao longo desse trabalho.

4. METODOLOGIA

4.1. Proposta teórico-metodológica

Como proposta teórico-metodológica, esse estudo se afilia ao estudo da produção de sentido no cotidiano, de uma análise das práticas discursivas, situado campo epistemológico da Psicologia Social. Compreendendo o sentido a partir de uma construção dialógica, a perspectiva da produção de sentido é afiliada ao construcionismo, a partir de uma realidade compreendida enquanto fenômeno histórico, cultural e dinâmico. No construcionismo, a produção de conhecimento alinha-se à hermenêutica, esta que adota as ciências da natureza e se afilia a perspectiva ideográfica, enfatizando as singularidades.

Enquanto pesquisa qualitativa, partimos da compreensão de que os fenômenos sociais são processuais e a subjetividade é considerada um recurso a mais. Como apontam Ian Parker “o objetivo da pesquisa qualitativa não é a replicabilidade e sim a especificidade” (apud SPINK, 2004, p. 87). Não buscamos aqui a produção de dados generalistas, mas evidenciar um processo específico de produção de sentido, com inúmeras possibilidades de interpretação. O rigor da pesquisa, mais que uma representação fidedigna ou quantitativa de uma dada realidade, está em deixar explícito a posicionalidade do pesquisador frente ao fenômeno. A metodologia, portanto, “[...] engloba as concepções de mundo e a experiência intuitiva do pesquisador, o fenômeno, método, os dados e a teoria” (BRANCO apud MADUREIRA, 2001, p.65).

A Psicologia Social, enquanto campo epistemológico, passou por importante revolução paradigmática em seu modo de fazer ciência. Fortemente influenciada por trabalhos como o de Erving Goffman sobre dramaturgia e de Serge Moscovici sobre o conhecimento do senso comum, além de teóricos pós-modernos como Silvia Lane e Ignacio Martín Baró, foi impulsionada pela valorização da observação dos comportamentos em situações naturais ampliando seu olhar em direção a uma crescente valorização dos processos sociais. É a partir do conhecimento dos homens sobre a realidade – do conhecimento do senso comum – que se constitui os significados, estes que são condição de existência de qualquer sociedade. (SPINK, 2004)

Partimos então da compreensão de que o mundo pode ser conhecido a partir de artefatos sociais, produtos historicamente situados, fruto das atividades humanas, de modo que as descrições e explicações são convenções, não havendo uma verdade ou um conhecimento absoluto. Para Ibáñez “os critérios de verdade são estabelecidos socialmente”

(apud SPINK, 2004, p. 29) A linguagem, assim, ocupa papel central nos processos de objetivação que constituem a base das sociedades humanas.

Realizamos uma análise das *práticas discursivas* entendidas como *linguagem em uso*: fenômeno sociolinguístico, em que as práticas sociais são mantidas através do uso da linguagem, em uma interface entre os aspectos performáticos e as condições de produção, estas que se dão tanto no contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas. (SPINK, 2004) De modo que as práticas discursivas são geradoras de sentido e perpassam o cotidiano.

Identificados com uma perspectiva pós-estruturalista, compreendemos que os discursos, para além da linguagem, são construtores de uma diversidade subjetiva – tais como personalidade, atitudes e preconceitos. As experiências vivenciadas quando falamos e quando ouvimos falarem sobre nós, compõe elementos constitutivos dos sujeitos e de seu processo de subjetivação.

As práticas discursivas, assim situadas, constituem o foco central de análise na abordagem construcionista. Implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano. (PARKER apud SPINK, 2004, p. 38)

De modo que estudar a produção de sentido possui sua condição de sustentação e possibilidade a partir das práticas discursivas. Por sentido, compreendemos

uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (SPINK, 2004, p. 41)

As práticas discursivas são construídas por repertórios interpretativos, caracterizados por um

[...] conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou *speech genres*. (SPINK, 2004, p. 47)

O estudo das práticas discursivas nos conduz ao processo de construções identitárias. Seus conteúdos são resultantes de produções de diversos domínios do saber, científicos ou não, que influenciam modos de pensar e compreender dado fenômeno. Entre eles, os variados campos científicos constituem importante fonte geradora de sentidos.

Ao propormos um estudo sobre os sentidos atribuídos à Infância, não buscamos significações genéricas, ao contrário, procuramos perceber nos discursos as significações que

circundam esses sujeitos a partir de um constructo comum: o diagnóstico de Transtorno de Atenção e Hiperatividade. As implicações de tal diagnóstico, mais que características neurofisiológicas, são de ordem comportamental e, portanto, diretamente relacionadas às construções históricas, sociais e culturais de um ‘ser criança’, em determinada época e determinado contexto social. Mais que a regularidade, estamos em busca da polissemia das práticas discursivas. Acreditamos que o estudo das práticas discursivas nos conduzirá a momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido... momentos de linguagem em uso, ativa, coabitante da ordem e da diversidade.

4.2. Cenário da pesquisa

Situada no município de Fortaleza-CE, essa pesquisa tem como campo a rede de Educação do Município, tendo como cenário as instituições educacionais. Essa escolha se deu por compreendermos que, ao realizarmos uma pesquisa que tem por essência o estudo da infância, é necessário nos aproximarmos de espaços socialmente instituídos para esses sujeitos. A escola, em nossa sociedade, se configura enquanto segundo contexto social no qual a criança será inserida, possuindo papel de grande relevância.

Para além do ensino pedagógico, a escola é responsável por inserir os alunos no mundo das relações sociais, fornecendo ferramentas para que a criança apreenda as regras e os contratos sociais e estabeleça, de modo satisfatório, novas relações com o meio. Promotora de uma formação moral, ela influi ativamente na constituição subjetiva das crianças, contribuindo sobremaneira para o desenvolvimento social e cognitivo dos sujeitos infantis.

Com referência conjuntura organizativa do ensino no Brasil, optamos por ter como cenário as Escolas Municipais de Ensino Infantil e Ensino Fundamental I e II (EMEIF I e II). A rede municipal de educação de Fortaleza, conta atualmente com 289 escolas, atendendo aproximadamente 142.630 alunos. Visando facilitar a organização administrativa, a Secretaria de Educação dividiu o município de Fortaleza em 6 Distritos de Educação. No entanto, por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, em que visamos privilegiar as singularidades de cada contexto e de cada sujeito participante, optamos por trabalhar em duas escolas pertencentes ao mesmo distrito, uma correspondente ao Ensino Fundamental I e outra ao Ensino Fundamental II.

A EMEIF I atende crianças do pré-escolar, com idade entre 4 e 5 anos, e do Ensino Fundamental I, possuindo turmas do 1º ao 5º ano, com crianças em idade de 6 a 9 anos. A escola possui 866 alunos matriculados, divididos no turno da manhã e da tarde. Já a

EMEIF II, possui turmas do 6º ao 9º, com alunos de idades entre 10 a 14 anos. Também nessa escola funciona no turno da noite a Educação de Jovens e Adultos (EJA). No total, contam com 1094 alunos, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite.

É relevante salientarmos que adotamos a compreensão de que cada instituição escolar possui contextos singulares e estabelecem relações próprias, e a simples identificação de seus nomes acabaria por revelar os sujeitos da pesquisa. Temos o anonimato como um dos principais preceitos éticos, de forma que, visando garantir a preservação da identidade dos sujeitos, optamos por operar uma caracterização cautelosa do cenário, fornecendo dados significativos para a contextualização da pesquisa, sem, no entanto, identificá-los.

4.3. Sujeitos da Pesquisa

Como categoria central, essa pesquisa possui foco de investigação os sujeitos infantis. No entanto, embora as crianças sejam os personagens principais de nossa investigação, defendemos que o sujeito se constitui a partir de suas relações com o outro. Ouvir esse outro que significa a criança e conduz seu processo de cuidado é fundamental para compreendermos os saberes e signos sociais que operam sobre esses sujeitos e atuam no processo de constituição das subjetividades infantis.

Optamos, assim, por estabelecer como sujeitos participantes da pesquisa familiares (entendidos a partir da concepção de família ampliada, compreendendo os sujeitos responsáveis pelo cuidado da criança em questão) e profissionais de educação (dentre professores e pedagogos, em outras funções pedagógicas), por acreditar que estes estão diretamente envolvidos no processo de cuidado e aprendizagem das crianças que possuem diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

A seleção dos sujeitos a partir de uma nomenclatura diagnóstica específica se deu por compreendermos que o campo da saúde mental é repleto de sentidos e significações e cada diagnóstico é construído de um modo singular, lançando o sujeito em um campo significativo próprio. Quanto à escolha pelo TDAH, se deu por sua relevância epidemiológica, tendo em vista sua alta incidência em crianças e adolescentes. Diversos estudos o apontam como um dos transtornos mais diagnosticados em crianças em período escolar, ficando atrás apenas do transtorno de ansiedade (THIENGO, CAVALCANTE, LOVISI, 2014).

Além disso, esse transtorno apresenta um quadro sintomatológico bastante inespecífico: seus sintomas são, em sua maioria, de ordem comportamental, de modo que seus padrões de “normalidade” são construídos historicamente, a partir dos contextos sociais e

culturais, em uma determinada época e um determinado espaço geográfico. A singularidade na construção do quadro significativo do TDAH levou-nos a defini-lo como fator de essencial na delimitação dos sujeitos da pesquisa.

Para a seleção dos sujeitos dos discursos, tendo em vista que a presente pesquisa trata-se uma semântica biológica, onde familiares e educadores significam e falam sobre as crianças, utilizamos como referência a Relação de alunos com Necessidades Educacionais Especiais - NEE da Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza - SME.

Segundo prerrogativas para o Atendimento Educacional Especializado, são inseridas no cadastro aquelas crianças que apresentam alguma Necessidade Especial, dentre elas: deficiências (seja física ou intelectual); com Transtornos Globais do Desenvolvimento (como Autismo, Asperger, RETT ou Transtorno Degenerativo); ou altas habilidades/superdotação. Essas crianças serão acompanhadas pedagogicamente e avaliada suas dificuldades de aprendizagem, categorizadas como: Discalculia, Disortografia, Dislalia, Dislexia, TDAH. Vale ressaltar que, embora as Dificuldades de Aprendizagem apareçam como tópico importante da avaliação infantil para o AEE, estes não estão no público prioritário.

A relação de Alunos com NEE da Escola de Ensino Fundamental é composta por 38 alunos e a de Escola de Ensino Fundamental II por 34 alunos, conforme especificações a seguir:

Tabela 02 – Relação de crianças atendidas pelo AEE

DIAGNÓSTICO	ESCOLA EF I	ESCOLA EF II	Total parcial
Asperger	01	02	03
Autismo	08	03	11
Deficiência Auditiva	-	02	02
Deficiência Física	01	01	02
Deficiência Intelectual	17	19	36
Deficiência Visual	-	01	01
Paralisia Cerebral	03	02	05
TDAH	08	04	12
Total	38	34	72

Fonte: Elaboração própria da autora

Notemos que os diagnósticos apresentados são registrados pela Secretaria Municipal de Educação mediante laudo médico, com exceção ao diagnóstico de TDAH que pode ser avaliado por pedagoga, passando a compor a lista por até um (01) ano, enquanto aguarda avaliação e laudo definitivo de profissional médico.

Conforme quadro apresentado, percebemos ainda a alta incidência de Deficiência Intelectual. A Deficiência Intelectual (DI) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma redução significativa de compreender informações e de aprender e aplicar novas habilidades. É descrita ainda a partir de alterações das funções cognitivas, de linguagem, habilidades motoras e capacidade social, estas que se apresentam de modo persistente em distintas fases do desenvolvimento (OMS, 2010).

A imprecisão do diagnóstico de DI e sua inespecificidade fazem com que outros processos como o TDAH acabem por receber tal nomenclatura, o que dificulta a obtenção de um quantitativo mais preciso. Como caminho para a pesquisa, frente à imprecisão diagnóstica, optamos por operar o recorte a partir do diagnóstico específico de TDAH, seja este apontado a partir de laudo médico ou da avaliação psicopedagógica.

De posse das listas e da identificação dos alunos com diagnóstico de TDAH, tivemos como referência o quantitativo da escola EF II, composto por 04 crianças, e equiparamos este quantitativo para a escola EF I. A seleção das 04 crianças da escola I ocorreu de modo aleatório, levando em consideração apenas a disponibilidade dos familiares em participar desse estudo. Na escola I, as crianças tidas como referência eram 2 do sexo masculino e 2 do feminino, todas com 8 anos e pertencentes às turmas de 3º ano. Já na escola II, as crianças eram 3 do sexo masculino e 1 do feminino, com idade de 11, 12 e 14 anos, cursando o 6º e o oitavo ano.

Tabela 03 – Perfil das crianças com diagnóstico de TDAH

	Características	Nº	Porcentagem
SEXO	Masculino	05	62,5%
	Feminino	03	37,5%
IDADE	8	04	50%
	11	01	12,5%
	12	01	12,5%
	14	02	25%
ANO ESCOLAR	3º	04	50%
	6º	02	25%
	8º	02	25%

Fonte: Elaboração própria da autora

Vemos então que, das crianças diagnosticadas com TDAH tidas como referência para a condução dessa pesquisa, foi predominante o sexo masculino, com idade de 8 anos, pertencente ao 3º ano do ensino fundamental. Tal característica corrobora com estudos como

o de Daianna Thiengo, Maria Cavalcante e Giovanni Lovisi (2014) que, ao estudarem a Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes, constataram uma associação do TDAH ao sexo masculino, sendo até 2 vezes maior a prevalência desse transtorno em meninos.

Convidamos então os familiares para compor a produção de dados dessa pesquisa. Após a escuta dos familiares, contatamos que já não surgiam nos discursos elementos de destaque, ocorrendo uma saturação teórica (FONTANELLA, 2012). Nesse momento, já não havia necessidade da incorporação de novos discursos de familiares nesse processo de produção de dados. No entanto, visando ampliar o processo significativo, buscamos entrevistar também alguns professores das crianças em questão e pedagogas das instituições com relação direta com as crianças e apontadas como referência no cuidado, estas ocupando a função de professora do AEE e de Orientadora Educacional. Desse modo, em cada escola entrevistamos 4 familiares, 2 professores e 1 educador, totalizando 14 entrevistas realizadas. Ressaltamos que, mais que o quantitativo de entrevistas, buscamos aprofundar qualitativamente os discursos e o conhecimento dessa rede que se estabelece para cada criança.

Dentre os sujeitos que compuseram essa pesquisa, é relevante frisarmos a preponderância das mulheres, compondo 100% dos entrevistados na pesquisa. Dentre os familiares, constatamos a acentuada presença da mãe, apenas duas das entrevistadas possuíam outra relação familiar (uma avó e uma tia), no entanto, essas ocupavam o papel central de cuidado, substituindo a figura materna. Contatamos desse modo que o papel social de cuidado familiar e em especial da criança ainda é fortemente destinado a figura feminina.

Visando assegurar a proteção aos participantes e garantir o caráter ético, a pesquisa foi desenvolvida pautada nos referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, respeitando os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, segundo os ditames éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável, identificado pelo número 3.066.259.

Assumimos então o compromisso ético de pensar a pesquisa como uma prática social; garantir a visibilidade dos procedimentos de produção e análise dos dados além de respeitar a dialogia que é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes. Nessa relação, buscamos garantir os cuidados éticos essenciais da pesquisa qualitativa: a aplicação do termo de consentimentos livre esclarecido (APÊNDICE A) a

proteção do anonimato, e a cautela na relação de poder entre pesquisador e participantes. (PINHEIRO, 2004)

4.4. Produção de dados

Para a produção dos dados analisados nessa pesquisa, adotamos um percurso metodológico pautado em uma análise exploratório-descritiva. De modo sistemático, o caráter exploratório da investigação permeou desde a construção do projeto até os procedimentos e testes para a entrada em campo, o que nos proporcionou maior familiaridade com o problema. (MINAYO, 2013; GIL, 2002) Já o caráter descritivo foi construído no decorrer da pesquisa e sendo possibilitado pela escolha metodológica adotada, bem como pelas técnicas de produção de dados.

Para a operacionalização dessa pesquisa a dividimos em três etapas que auxiliaram no processo de construção dos dados: 1) Inicialmente, nos aproximamos da temática de estudo a partir de levantamento de literaturas e bases bibliográficas que pudessem nos auxiliar a descrever o processo de diagnóstico do TDAH nos dias de hoje. Além disso, buscamos dados bancos oficiais a respeito de sua incidência e prevalência, objetivando a construção de um panorama macro e microssocial desse transtorno; 2) em seguida, adentramos aos cenários de prática e buscamos conhecer a incidência do TDAH no campo escolhido, observar as relações estabelecidas entre crianças, familiares e profissionais da educação. Após embasamento teórico e observação sistemática, na etapa 3) realizamos as entrevistas com os sujeitos selecionados.

A primeira etapa constituiu na realização de uma análise documental sobre a incidência de TDAH nas escolas do município de Fortaleza. A literatura e os dados quantitativos encontrados nessa etapa constituíram marco fundamental para a construção dos caminhos a serem percorridos nessa pesquisa, pois a partir deles operamos alguns delineamentos, determinando a condução tomada nas etapas seguintes da pesquisa.

Os dados quantitativos da incidência de TDAH em crianças da rede municipal de ensino não estão presentes nos registros de forma clara. No entanto, algumas crianças que possuem laudo médico atestando tal diagnóstico, foram inseridas na Relação de alunos com Necessidades Educacionais Especiais – NEE, sendo acompanhadas pelo núcleo de Educação Especial.

A Educação Especial se constituiu a partir da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEI), lançada pelo Ministério da Educação

(MEC) em 2008. Essa modalidade de ensino tem com fundamentos básicos a valorização das diferenças, considerando os alunos em suas particularidades e potencialidades, auxiliando-os a superar as possíveis barreiras para o seu aprendizado.

Como serviço da Educação Especial, a rede conta com o Atendimento Educacional Especializado (AEE), que tem por finalidade identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que permitam eliminar ou diminuir as barreiras que impedem a plena participação dos alunos (BRASIL, 2008). O público-alvo do AEE são os alunos com deficiências (intelectuais ou fisiológicas), Transtornos Globais do Desenvolvimento (dentre eles, o espectro autista – TEA) e altas habilidades/superdotação. No município de Fortaleza, atualmente, cerca de 5.400 alunos são acompanhados pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE) da rede municipal de ensino.

Embora o TDAH não esteja entre os diagnósticos-alvos da Educação Especial, essas crianças são cotidianamente encaminhadas para os núcleos de AEE, seja para avaliações ou encaminhamentos. Além disso, há casos de crianças diagnosticadas a princípio com Deficiência Intelectual, mas caracterizadas como TDAH. Dessa forma, os dados obtidos a partir do AEE possibilitaram a seleção dos sujeitos da pesquisa.

Já a segunda etapa compreendeu a observação sistemática. Para auxiliar nesse processo de exploração da realidade empírica, a observação foi guiada por um roteiro (APÊNDICE B). Ao adentrar aos cenários da pesquisa, pude conhecer o funcionamento das instituições: os horários de funcionamento, de reuniões, de planejamentos; as pessoas de referência para as demandas atípicas: o papel desempenhado pelas coordenadoras, pela professora do AEE (EMEIF I) e pela orientadora educacional (EMEIF II); as crianças com diagnóstico de TDAH; as salas tidas com maior incidência de casos atípicos; as professoras desses alunos. Ao imergir no cotidiano das instituições escolares, pude conhecer os fluxos internos e externos, a dinâmica das instituições e as relações estabelecidas.

A observação sistemática, com caráter investigativo, se estendeu por 2 meses, sendo destinado 1 turno semanal para cada escola, totalizando 8 turnos por escola. Nessa etapa crucial de produção de dados da pesquisa, a aproximação com os sujeitos em contexto evidenciou alguns processos simbólicos, significações estabelecidas nesse grupo social que atuam como produtores de modos de ser e de estar. (GIL, 2008, MINAYO, 2010)

Durante esse processo, foi produzido um Diário de Campo para sistematizar as observações e vivências. As notas, descrições dos processos, bem como falas, comportamentos e impressões pessoais, que compuseram esse primeiro momento, compõem as análises juntamente com as entrevistas.

A terceira etapa da pesquisa constituiu a produção dos dados a partir de entrevistas semi-estruturadas. Segundo Marconi e Lakatos (2003) essa técnica de produção de dados é uma modalidade de observação direta extensiva que, ao manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, garante uma maior liberdade nas respostas além de sofrer menor risco de distorção devido pouca influência do pesquisador.

Os sentidos atribuídos em nossos eventos cotidianos são, muitas vezes, conflitantes e até contraditórios. Eles são múltiplos, o que nos leva a nos posicionarmos entre as várias versões existentes, numa realidade polissêmica e discursiva. Cada grupo social compartilha entre si versões de sentidos, algumas são cristalizadas em discursos oficiais ou institucionalizadas e mesmo difundidas por todas as esferas sociais, operando sobre eles efeitos de poder. O indivíduo, ao se posicionar, processar e reproduzir narrativas, constitui também sua identidade. Dessa forma, a entrevista, enquanto prática discursiva, possibilitou a captura de sentidos atribuídos à infância.

O roteiro para os questionários (APÊNDICE C) foram construídos a partir de três eixos fundamentais: Infância; Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Processos diagnósticos e Práticas de Cuidado. Foram construídos três roteiros, possuindo algumas singularidades de acordo com o sujeito alvo, a saber: familiares, professores e outros profissionais de educação.

Os discursos nos possibilitaram conhecer como os sujeitos, agentes do discurso, percebem e significam essa infância, o caminho assistencial percorrido até chegar ao diagnóstico, as pessoas que contribuíram na investigação diagnóstica e no processo de cuidado, o cuidado e/ou tratamento estabelecido e as relações sociais e afetivas que permeiam essa criança. Além disso, nos apresentaram indícios de como os saberes científicos e populares operaram diante de um quadro de “anormalidade”, de um desvio ao padrão comportamental.

Discutimos ainda sobre a construção de uma subjetividade infantil que se encontra fora dos padrões sociais, o lugar social destinado a esses sujeitos, as relações sociais e afetivas estabelecidas, as práticas de cuidado e a rede de atenção formal e informal estabelecida e o funcionamento das políticas públicas destinadas a essa situação de saúde específica.

4.5. Método De Análise

O processo de análise é também um processo de produção de sentido, este que é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa. Nossa tarefa foi travar um diálogo entre

as informações que elegemos como nossa matéria-prima de pesquisa: conversar, posicionar, buscar novas informações, priorizar, selecionar... Até mesmo atribuir novos sentidos. Partindo do pressuposto de que fazer ciência é uma prática social e seu sucesso e legitimação estão intrinsecamente associados à possibilidade de comunicação de seus resultados. (PINHEIRO, 2004)

Partimos da compreensão de que “as técnicas de interpretação nos dizem respeito e nós, como intérpretes, temos que nos interpretar a partir destas técnicas” (FOUCAULT apud SPINK, 2004, p. 98). A interpretação possui um caráter inesgotável, pois o símbolo não é absoluto. Segundo Foucault “cada símbolo é em si mesmo não a coisa que se oferece à interpretação, mas a interpretação de outros símbolos”. (FOUCAULT apud SPINK, 2004, p. 99) Os símbolos e signos são “formas simbólicas convencionais” que pressupõem aspectos históricos, estruturais e interacionais.

De modo que a interpretação é sempre a interpretação de alguém. Mais do que de elucidar, interpretar é apoderar-se de uma interpretação que já está dada. A vida da interpretação, entretanto, é compreender que não há mais do que interpretações e que os signos existem por si mesmos, como marcas coerentes, pertinentes e sistemáticas.

A interpretação é então situada no plano da conversação, como um processo de produção de sentido, compondo, portanto, o meio e o fim da pesquisa. Como atividade-meio, está o processo de interpretação, no sentido construção de um diálogo entre os símbolos e sentidos presentes nos discursos e nas teorias que embasam o percurso metodológico dessa pesquisa. (PINHEIRO, 2004)

As técnicas se constituem como estratégias para assegurar o rigor metodológico. Este, entendido como uma objetividade possível no âmbito da intersubjetividade. De modo que, mais do que dar visibilidade ao processo de interpretação, as técnicas fazem parte de um movimento dinâmico e se constituem elementos importantes da espiral da interpretação.

Embora nessa abordagem a análise tenda a privilegiar a linguagem verbal, o foco está no processo de produção de sentido, buscando trabalhar as relações entre o processo produção de sentido e os encadeamentos das associações de ideias.

Os diálogos estabelecidos com os sujeitos da pesquisa resultaram em um material de áudio que totalizou 7 horas 47 minutos e 34 segundos. Esse material inicialmente foi transcrito, resultando em 121 páginas, para então ser analisado. Para auxiliar o processo de análise dos discursos utilizamos o software MaxQda. Ele possibilitou uma maior agilidade no processo de sistematização e análise dos textos. As categorias principais encontram sua representação a seguir:

Figura 01 – Principais categorias presentes nos discursos



Fonte: Elaboração própria da autora

A partir das categorias principais, identificamos diversas subcategorias presentes no processo de significação. Com o software, estabelecemos as relações entre os diferentes significantes encontrados nos discursos, o que resultou em uma tabela de significantes (APÊNDICE D) a partir dos quais sistematizamos nossas análises. Salientamos, no entanto, que, para além de uma análise dos conteúdos e da frequência em que cada significante apareceu, nos interessa aqui os sentidos atribuídos e o desencadeamento de ideias construídas por cada sujeito.

Após a categorização dos significantes contidos nos discursos, analisamos as práticas discursivas através de uma técnica específica de análise de discursos a partir da construção de mapas associativos de ideias. Tendo como referência o estudo das práticas discursivas de Mary Jane Spink, essa ferramenta nos auxiliou na sistematização das práticas discursivas, tanto em seus aspectos formais de construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Esse instrumento, então, atinge seu duplo objetivo: “dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.” (SPINK, 2004, p. 107)

O mapa, ao mesmo tempo em que subsidiou a análise, tornou possível evidenciar os resultados, através de um processo interativo entre análise dos conteúdos e elaboração das categorias de análise.

Para a construção dos mapas, elegemos categorias gerais, de natureza temática, fundamentadas essencialmente nos objetivos da pesquisa. A priori, estabelecemos como categorias principais: Infância; Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Processos diagnósticos e as Práticas de Cuidado. Essas categorias previamente construídas com base em nossa revisão bibliográfica auxiliaram na elaboração dos instrumentos utilizados, no entanto, iniciado o processo de análise, elas se mostraram insuficientes. Após reelaboração, ampliamos as categorias fundamentais de análise para: Infância e os processos de Aprendizagem e Comportamento; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Processos diagnósticos e Práticas de Cuidado; Práticas Educacionais e Relações Familiares. Tais categorias, então, serão apresentadas no capítulo de análise, diluídas em três grandes tópicos: 1) Significações sobre a infância; 2) TDAH e processo diagnóstico e 3) Diálogo entre as práticas educacionais, práticas familiares e redes de cuidado.

Construímos um total de 25 mapas associativos, em que demonstramos o desencadeamento das ideias que construíram o discurso, tendo como referência os significantes apresentados. Os significantes auxiliaram também no agrupamento dos diálogos em cada mapa.

As falas foram identificadas a partir da categoria ao qual pertence o sujeito (familiares, professores e profissionais da educação), simbolizada pela letra inicial da categoria, a saber, F, P, PE, seguido de numeral atribuído durante sistematização, representando os diferentes sujeitos: na categoria familiar teremos F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7 e F8, professores P1, P2, P3 e P4 e profissionais pedagogos PE1 e PE2.

A análise do material produzido a partir das entrevistas e das, de acordo com as categorias nos revela “práticas discursivas situadas, à luz do contexto em que são utilizadas e da finalidade com que se organiza uma determinada retórica.” Sua função está alojada no âmbito das práticas sociais. (PINHEIRO, 2004)

5. SIGNIFICAÇÕES SOBRE A INFÂNCIA, PROCESSOS DIAGNÓSTICOS DE TDAH E PRÁTICAS EDUCATIVAS E DE CUIDADO.

A infância, enquanto categoria social, está relacionada às transformações sociais, culturais e econômicas, em um determinado tempo e lugar. Cada cultura, em cada tempo histórico, estabelece sua própria classificação, resultando em múltiplas possibilidades de ser e estar no mundo enquanto sujeito infantil.

Segundo Vygotsky, os indivíduos se constituem a partir da associação entre os fatores biológicos e os fatores sócio-culturais, estes que compõem o contexto macrossocial. A criança, assim, logo ao nascer, é inserida em um contexto social que mediará suas relações com o meio. É a partir do processo de apropriação e aprendizagem do que é estabelecido pelo grupo social que a criança se constitui. (NEVES; DAMIANI, 2006)

Nessa compreensão de sujeito enquanto ser sócio-cultural, os comportamentos e até mesmo o desenvolvimento cognitivo de cada indivíduo são resultantes de suas experiências e aprendizagens sociais. Seus processos singulares e subjetivos, não são, portanto, fatores isolados, mas produzidos pela mediação com o meio durante todo seu processo de desenvolvimento. Nessa conjuntura, em nossa sociedade, a família e a escola aparecem como contextos sociais fundamentais no processo de construção do ser criança, sendo as principais responsáveis por mediar as o processo de aprendizagem e desenvolvimento infantil.

A família, enquanto primeiro grupo social em que a criança será inserida, é tida como lugar privilegiado de proteção e cuidado, devendo reconhecer as necessidades de cada um de seus membros e construir estratégias específicas para garantir o cuidado de todos que a integram.

Para Kreppner (2000) a família é considerada

[...] a primeira instituição social que, em conjunto com outras, busca assegurar a continuidade e o bem estar dos seus membros e da coletividade, incluindo a proteção e o bem estar da criança. A família é vista como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, idéias e significados que estão presentes nas sociedades. (KREPPNER apud DESSEN; POLONIA, 2007, p. 22)

De modo que o sistema familiar não é estático: sua função social é construída historicamente e sua forma de exercer tais funções é determinada pelos aspectos culturais, valorativos e morais de um dado contexto.

O sistema familiar é, ainda, espaço primordial de socialização, sendo responsável por facilitar o processo de trocas sociais, auxiliando a criança na constituição das relações

interpessoais, na administração de seus sentimentos e na interação satisfatória com o meio social. Assume, assim, papel fundamental na aprendizagem e desenvolvimento infantil, influenciado na forma em que os sujeitos se constituem enquanto indivíduos e em como constroem suas relações sociais.

Luria defende que o adulto é responsável por regular as ações da criança através da atividade verbal, é através da relação com o adulto que a criança irá desenvolver também suas funções psíquicas.

As formas complexas da atividade nervosa superior da criança formam-se no decurso da comunicação com os adultos; neste processo, a linguagem é assimilada e em breve se transforma estavelmente, de meio de generalização, em instrumento do pensamento e em instrumento para regular o comportamento. (LURIA, 1991, p.94)

A criança, ao mesmo tempo em que está subordinada ao adulto, através dessa relação, ela inicia a criação de imagens das suas ações futuras, sendo o adulto “o modelo de planejamento das ações para a criança.” (EIDT; TULESKI, 2010, p.136)

Além da família, também a escola desempenha função significativa no processo de socialização da criança, constituindo um espaço potencializador na construção de novas vivências e fundamental para o desenvolvimento cognitivo e social.

Cabe a escola o papel de estimular o desenvolvimento infantil em diferentes níveis (como físico, afetivo, moral, cognitivo) e promover uma aprendizagem contínua, diversificada, além de auxiliar no desenvolvimento de uma consciência cidadã. (DESSEN; POLONIA, 2007)

Ao ser inserida no contexto escolar, a criança se vê diante de um novo contexto, em que para além das questões de aprendizagem formal, ela desenvolverá novas interações sociais, novas maneiras de se relacionar com o mundo a sua volta e com os outros sujeitos.

A escola tem, portanto, por função primordial estimular o processo de socialização dos sujeitos, ocorrendo, segundo Palácios (1995), através de três processos: “os processos mentais de socialização, os processos afetivos de socialização e os processos condutuais de socialização.” (apud BORSA, 2007) Os processos mentais se caracterizam pela incorporação de valores, normas, costumes, pessoas... também correspondem a aprendizagem formal, através da aquisição de conhecimentos transmitidos através da escola; os processos afetivos representam experiências emocionais e os vínculos afetivos construídos; já os processos condutuais estão relacionados à construção e interiorização dos valores sociais.

De modo que toda conduta é regulada socialmente. É o grupo social que estabelece as formas de agir e de se comportar em diferentes espaços, com diferentes sujeitos sociais. Desde os primeiros anos de vida, as crianças são convocadas a aprender as normas de condutas de seu meio social. Ao ser inserida em distintos grupos sociais, a criança aprende e incorpora valores morais presentes no contexto social, a noção de certo e errado, o que é permitido ou negado, o que é adequado ou considerado impróprio.

O processo de desenvolvimento infantil e de aquisição de conhecimentos se dá pela interação do sujeito com o outro. Para Vygotsky, a relação criança-adulto é mediada a partir de signos ou instrumentos psicológicos (entre estes a linguagem, e outras formas de significações formais), sendo capaz de modificar globalmente a evolução e a estruturação das funções psíquicas infantis. (apud EIDT; TULESKI, 2010)

O desenvolvimento intelectual das funções psíquicas superiores, ainda segundo Vygotsky, não pode ser entendido de maneira isolada: ele é consequência dos processos de aprendizagem. Assim, ao mesmo tempo em que o processo de aprendizagem se relaciona com as estruturas cognitivas, em seu processo de desenvolvimento da inteligência, está também relacionado aos fatores psíquicos e afetivos, constituídos a partir das vivências do sujeito. (SALVARI, 2006). O homem é assim entendido a partir de uma concepção sócio-interacionista, constituindo-se a partir da interrelação entre os aspectos biológico, histórico e social.

A teoria sócio-histórica vygotskyana rompe com um paradigma até então estabelecido que estudava os processos de desenvolvimento pautado exclusivamente em padrões de comportamentos e processos de mudanças biológicas observáveis.

- *Desenvolvimento Infantil*

Ao falarmos em desenvolvimento infantil, é importante destacarmos que a o estudo do desenvolvimento humano teve início no século XIX a partir dos estudos sobre a infância. Nessa época, os cientistas do desenvolvimento se empenhavam na tarefa de descrever, explicar e predizer os comportamentos dessa categoria social, em busca de padrões de maturação. Ao estabelecer os processos de mudança e de aprendizagem esperados para essa etapa do ciclo vital, esses estudos também apontavam os comportamentos e processos atípicos, que fugiam a norma.

Reconhecida como período do ciclo vital em que as estruturas físicas e intelectuais de crescimento e aprendizagem emergem e começam a estabelecer suas funções, a infância é identificada como fase primordial de desenvolvimento e aprendizagem. No entanto,

as ciências que se ocupam do estudo do desenvolvimento humano não são unânimes em caracterizar e classificar a infância.

Atualmente, a maioria dos estudiosos parte da compreensão de que o processo de desenvolvimento humano é contínuo, perdurando por todo o ciclo vital. Nem sempre linear, as mudanças são multidimensionais: o processo de maturação, para além do biológico, envolve âmbitos sociais, intelectuais e emocionais. O desenvolvimento, portanto, depende da história de vida e do contexto social e cultural no qual o indivíduo está inserido.

Dessen e Costa Jr (2008) defendem que é necessário compreendermos as Ciências do Desenvolvimento a partir de uma perspectiva interdisciplinar, tendo como foco comum a análise dos sistemas que se integram, interagem e conduzem o desenvolvimento. Para eles, através do conhecimento desses sistemas e de uma análise probabilística, é possível perceber “padrões de continuidades”, estes, representados pelos estágios e transições vivenciadas durante o curso da vida.

Diane Papalia (2006) caracteriza o desenvolvimento humano como um processo multidimensional (nos diferentes âmbitos sociais, biológicos, intelectual...) e multidirecional (diferentes estágios do desenvolvimento em uma mesma pessoa). Nessa perspectiva, o desenvolvimento infantil inclui uma ampla gama de diferenças individuais, relacionadas aos domínios físico, cognitivo e psicossocial.

Papalia sistematiza a infância em três períodos de acordo com a faixa etária: a primeira infância, correspondendo do nascimento aos 3 anos de idade; a segunda infância, dos 3 aos 6 anos; e a terceira infância, dos 6 aos 11 anos. Cada etapa é caracterizada por padrões evolutivos tidos como típicos para as referidas etapas. Para ela, a primeira infância é marcada pelo desenvolvimento do uso de símbolos e pela capacidade de resolver problemas – é nesse período que deve se iniciar a compreensão e o uso da linguagem. Na segunda infância há forte presença de uma imaturidade cognitiva, manifestada pela imaginação e por ideias ilógicas – a memória e a linguagem vão se aperfeiçoando. A família representa o principal núcleo de socialização. Já na terceira infância, aos poucos, o pensamento vai tornando-se mais lógico, há um aumento qualitativo nas habilidades de memória, linguagem e no desenvolvimento cognitivo. A escola e os amigos passam a ocupar lugar de destaque no processo de socialização. (PAPALIA, 2006)

As ciências do desenvolvimento, ao estabelecerem um padrão probabilístico de maturação biológica, psicológica e social, também corroboram na instauração dos processos que serão tidos como atípicos. Esses processos disfuncionais, no campo da anormalidade, fundamentam a categorização patológica no campo das ciências médicas.

No século XX, a medicina higienista instaura a expansão da visão biomédica sobre os mais distintos processos de vida do sujeito. A partir de preocupações com as condições sanitárias, o saber médico passa a atuar em defesa da saúde individual e coletiva e prescrever novos hábitos em todos os aspectos da vida humana: moral, relacional, emocional... Os processos humanos deveriam, então, ser avaliados e categorizados segundo classes diagnósticas, operando um deslocamento de questões sociais para o campo individual.

O processo de normatização dos distintos aspectos da vida transformou os “problemas da vida cotidiana” em patologias. Tudo o que fugisse à norma deveria ser conduzido ao campo biológico, individualizado e categorizado segundo classificações nosológicas. É nesse contexto que vemos surgir diversos distúrbios relacionados às funções psicológicas, como os de comportamento, de aprendizagem, a ansiedade... (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p.75)

A busca por diagnósticos precoces parece se justificar na promessa de uma qualidade de vida futura, em uma lógica preventivista. A cada dia surgem novas tecnologias que visam identificar e conter as “desordens” dos sujeitos desde sua mais tenra idade. No entanto, esses avanços tecnológicos, em sua maioria, partem de uma compreensão reducionista do fenômeno saúde/doença, ou do processo saúde/doença/cuidado, a partir de uma concepção unicausal (geralmente, biológica), omitindo processos de singularização e subjetivação e reduzindo os processos de construção social da saúde (AYRES, 1994).

Não se trata de negar a existência de diferenças entre os indivíduos, ou mesmo a existência de processos patológicos. No entanto, restringir o homem unicamente as suas estruturas biológicas, deslocado de sua conjuntura histórica e cultural, é reduzir suas vivências e limitá-lo no processo de construção de sua subjetividade.

Compreendemos a constituição do sujeito infantil como um processo multideterminado, sendo diretamente influenciado por fatores biológicos e sociais. Esse ser é datado, pertencente a uma certa época, em um certo local, inserido em uma cultura, com valores e costumes específicos.

As ciências que se ocupam da infância, se por um lado, precisam de uma padronização desenvolvimentista para auxiliar no processo de socialização e na garantia do bem estar desse sujeito, precisa operar sua análise a partir do entendimento de uma criança multifacetada.

Essa criança, construída socialmente, é significada pelos diferentes sujeitos que compõem os grupos sociais nos quais está inserida – tendo como fundamentais a família e a escola. Esses sujeitos, em seus papéis sociais de cuidadores e educadores, significam, balizam, e conduzem o ser infantil no processo de formação objetiva e subjetiva. No entanto, a relação social é dialética, de modo que ao mesmo tempo em que essa criança é produzida socialmente, ela também produz relações e modos organizativos sociais e comunitários.

Diante desse panorama, nesse capítulo procuramos discutir a constituição de um ser criança específico, a partir de um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em três etapas fundamentais:

No primeiro momento analisamos como a família e os profissionais de educação significam essa criança. Pretendemos explicar as percepções desses atores sociais sobre a infância: o que falam, quais categorias utilizam para descrevê-la, como percebem e quais os sentidos atribuem ao papel social da criança, seus comportamentos, seus processos de aprendizagem... e ainda, como descrevem a infância de sua época, em um dado contexto social e histórico, e as comparações que estabelecem com a infância contemporânea.

No segundo momento, discutimos como os sentidos atribuídos a essas crianças corroboram na construção de um processo de investigação diagnóstica. Ao darmos ênfase ao processo de construção de um diagnóstico buscamos investigar os saberes que operam na construção das significações (tanto sobre a infância como sobre o TDAH), bem como as representações construídas ao longo do desenvolvimento dessas crianças. Identificamos fatores apontados como indicativos de processos infantis atípicos que deram início a investigação diagnóstica e quais os atores são citados como relevantes nesse processo.

Por último, analisamos as práticas de cuidado estabelecidas, tanto no campo formal, das práticas constituídas nas redes de saúde e educação, como no campo informal, dos cuidados familiares e comunitários. Estabelecemos aqui os fluxos assistenciais que nos foram apresentados: os caminhos percorridos nas instituições, as políticas públicas inscritas nesse cuidado, e a interlocução entre as diferentes redes e dispositivos. Também abordamos as estratégias de condução do cuidado construídas pelos atores sociais: quais as práticas pedagógicas os professores utilizam, como as famílias se estruturam internamente e como ocorre a interlocução entre esses dois contextos sociais.

Os diálogos que aqui se apresentaram, enquanto práticas discursivas, revelam construções significativas singulares, através de vivências sociais e afetivas dos sujeitos. De tal modo que não possuímos a pretensão de esgotar o material construído. O percurso

analítico-discursivo aqui apresentado corresponde a um recorte metodológico pautado nos objetivos dessa pesquisa.

5.1. Significações sobre a Infância: percepção dos familiares e educadores

A criança, ao adentrar a idade escolar, sofre mudança significativa em seu papel social, passando a ser reconhecida fundamentalmente pelos seus processos de aprendizagem. Crescem as expectativas e as exigências sobre esse sujeito que adquire como principal função na sociedade a de aprendiz. O ser criança passa a ser balizado pelo seu processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Quando pedimos a cada familiar que descrevesse a criança pelo qual é responsável, percebemos um processo de significação de um ser criança multifacetado, representado por processos comportamentais observáveis e, ao mesmo tempo perpassado por questões sociais e afetivas.

“ele é uma criança agitada em sala de aula, ele fica mexendo com as outras crianças” F1

“É assim... ela é uma menina calada, ela é uma menina boa!... O comportamento dela em casa é bom, sabe, ela não é uma menina assim danada, não é uma menina que responde...” F3

“em casa ele é um menino assim, que interage bem, conversa... o problema dele é que ele gosta muito de brincar de jogo sabe? Jogar no celular, esse é o hobby preferido dele.” F7

“Ele é uma criança aparentemente normal. Se você vê ele você diz que ele não tem problema. Mas as atitudes dele... se você for convivendo com ele é que você vai notando que ele tem algum problema.” F8

No desencadeamento das ideias contidas nos discursos, observamos uma caracterização da infância marcada por significações da ordem dos comportamentos observados ou dos valores morais (‘menina boa’, ‘criança normal’). Caracterizar um sujeito requer um processo de abstração na tarefa de escolha de categorias significantes, sendo realizada de acordo com a idealização simbólica construída. A escolha dos significantes é perpassada por uma construção social e cultural, de modo que seu sentido só é possível em contexto.

Nos discursos, percebemos a caracterização da infância sob duas perspectivas: a primeira, a infância enquanto categoria social, sendo descrita a partir do papel que exerce socioculturalmente, e uma infância específica, através da caracterização de um sujeito infantil em contexto.

5.1.1. Infância enquanto categoria social

O processo de significação e construção da infância enquanto prática social ocorre em contexto. No entanto, a vivência do sujeito será sempre singular. As relações construídas em cada contexto e em cada época contribuirão de modos distintos para as vivências e construções de um modo de ser e estar no mundo.

Ao indagarmos aos pais e profissionais de educação sobre como percebem sua infância e a infância contemporânea, as representações e comparações nos apontam que, mais que uma etapa natural do ciclo vital, as infâncias (entendidas sempre como plurais) são resultantes de diversos fatores que se inscrevem no sujeito infantil, dentre eles, o contexto temporal, histórico e cultural.

Mapa 01 – Infâncias: Antes X Hoje

INFÂNCIA ANTES	INFÂNCIA DE HOJE
P1- Minha mãe sentava a gente no chão, na sala, que era no chão literalmente, ela botava um negócio chamado esteira, que eu não sei se você sabe o que é, de palhinha, tipo aquele material de chapéu. Ela botava no chão da cozinha lá de casa e a gente se sentava ali e minha mãe ficava lendo, e a gente ali escutando. E eu lembro que quando eu tinha a idade deles, eu me escondia atrás da porta pra ler. Porque eu tinha um monte de coisas pra fazer e não dava tempo. Então eu tava querendo ler e minha mãe chamando “faz isso, faz aquilo”. Então eu tava querendo ler e eu ia pra detrás da porta do quarto da minha mãe, em pé, com a revistinha, tentando ler.	Então livro, pra mim, é uma coisa assim super importante. Eu não consigo fazer eles entenderem essa importância.
F1- as crianças já não tem mais aquela brincadeira da rua que é do nosso tempo... tem, mas é muito mais difícil,	por causa do medo a gente não deixa... eu não deixo sair sozinho pra brincar, se ele sai eu tô ali... aí a gente fica mais dentro de casa. Ele fica muito angustiado por conta disso. Eu mal saio com eles, e a gente não sai todo final de semana... é de mês... então ele sente muito essa falta.
F6- quando eu era criança eu corria, eu brincava, eu não tinha a malícia que hoje eles têm...	de serem ruim. A palavra certa é essa. A gente às vezes quer evitar falar que são ruins, mas vamos falar abertamente. Já que você tá fazendo uma pesquisa, então a gente tem que falar a verdade

Fonte: Elaboração própria da autora

A infância é então caracterizada pautada na comparação realizada pelos sujeitos entre suas vivências individuais desse ciclo da vida e o que observam das vivências das crianças de hoje. Tal relação se estabelece prioritariamente tendo por base os comportamentos sociais vivenciados outrora – leitura em família, brincadeiras de rua, inocência infantil – confrontados com uma nova estruturação de um ser criança, a partir de novas relações sociais.

Mapa 02 – Infâncias: Questões Contemporâneas

CARACTERISTICAS DA INFANCIA HOJE	COMO OBSERVAM
<p>P1- Hoje em dia, primeiro que fica muito a cargo da escola. Essa questão ela é muito séria! E você sabe que se você olha, se o pai olha a tarefa de casa... só isso! Se ele olha a tarefa de casa todo o dia a criança já se comporta diferente. Isso vai alterar a formação dela. Se ele encontra em casa... é como se fosse um todo, né?</p> <p>Aí você acaba tendo uma demanda de crianças que são adoecidas. Que eu acho que se você for ali pra fora você vai ver que a criança tá adoecida porque a família tá adoecida, porque a sociedade tá adoecida... porque a gente tá vivendo uma realidade atualmente muito difícil. Então, tempos atrás eu não acho que era assim.</p> <p>P2- Mais inquietas, a questão do respeito vem diminuindo...</p>	<p>Porque na hora que eu estou aqui em sala e eu cobro isso eu cobro aquilo, tenho um cuidado com isso, um cuidado com aquilo... Se em casa ele não tem, quebrou. Essa formação ela vai ser alterada. Então, nesse sentido, eu acho que vem mudando muito. Ainda tem gente muito cuidadora, mas tem pessoas que vão largando mesmo.</p> <p>não é que as crianças de agora sejam piores que as de antes, elas estão chegando com mais problemas. Assim, na maioria das vezes quando você vai levantar a história de vida, vai fazer uma pesquisa, você vê.</p> <p>Tem um monte de gente que fala “<i>ah, mas fulano já passou por isso, isso e isso, e não é assim</i>”. Aí eu digo “<i>mas gente, os dedos das mãos da gente não são iguais</i>”. Então assim, fulano reagiu de uma maneira, fulana, irmã dele, reage de outra</p>
<p>P3-Eu acho que, além disso, tem a questão da indisciplina também, que é outra problemática, e o que a gente nota também, às vezes, é o descaso da família.</p>	<p>A gente sofre muito pela falta de acompanhamento. Nós, professores e professoras... a gente sofre muito pela falta de acompanhamento, pelo olhar da família para aquela criança. Sempre teve essa problemática, mas a gente nota que a cada dia tá se tornando pior...</p> <p>F1- a tecnologia que eles tão tendo mais acesso. Mais até do que os adultos. Porque ele mexe no celular, tudo que ele quer ele pesquisa ali</p>
<p>F2- Vejo assim que as crianças de hoje são muito agitadas</p>	

Por que tu acha que isso mudou?

Não sei, acho que é a tecnologia, né?

F8- As mães se desleixaram... os pais. Os pais se desleixaram muito.

Porque hoje em dia as mães estão cada vez mais novas sendo mães. Aí a educação que era pra ser pra elas... elas nem tem a educação e nem passam para os filhos.

PE1- Em termos disso, em termos também de agitação, de tumulto em sala... hoje parece que isso tá mais fácil de acontecer.

Eu já saí de sala de aula faz um tempo, mas eu vejo meus colegas reclamando dessa questão de mau comportamento.

PE1- eles estão manifestando comportamentos bem atípicos

E eu atribuo isso a família, eu atribuo isso até mesmo o modo que eles nasceram. A gente não sabe os conflitos que tem dentro de um lar. De pais que são alcoólatras, de pais que são usuários de drogas, né? Então a gente não sabe o tamanho das coisas que acontecem, que essa criança ver e chega aqui...

PE2-A droga é o que tá acabando com os nossos adolescentes, então é um fator mais externo.

Porque assim, eu sei que os conflitos no contexto familiar existem, mas quando se tem um aparato bom, mesmo que aquele aluno só tenha como referência o professor, o orientador ou o coordenador, a coisa tende a andar, mas o problema que eu percebo é que a droga... depois que aumentou esse problema do aumento do consumo de drogas, do tráfico de drogas, nossos adolescentes, crianças e adolescentes então sofrendo muito a influência da droga...

Fonte: Elaboração própria da autora

Ao descreverem a atual configuração da infância, os sujeitos apontam-na como mais agitadas e indisciplinadas, manifestando uma gama de comportamentos atípicos. Nos discursos, as mudanças comportamentais observadas foram atribuídas a fatores sociais, dentre os quais o contexto familiar é apontado como um dos principais responsáveis. Tida como ausente e, por vezes, se abstendo do seu papel de ensino e acompanhamento do processo de aprendizagem, a família acaba por influenciar no desenvolvimento de comportamentos indesejáveis.

Vemos ainda emergir questões macrossociais – como fatores sociais, políticos e econômicos – significado como um momento social de adoecimento macropolítico. Dentre essas problemáticas, foi apontada a questão do aumento do uso de substâncias psicoativas como um determinante social de vulnerabilidade, afetando as questões escolares.

Houve ainda referência as mudanças das brincadeiras infantis associada à expansão de novas tecnologias. Atualmente temos uma infância que se estabelece a partir de

brincadeiras e interações virtuais. A alta exposição infantil a tecnologias eletrônicas repercutem diretamente no modo de vivenciar a infância e de estabelecer suas relações sociais.

O problema da estimulação de um cérebro em desenvolvimento causado pela super exposição a tecnologias, como internet, celulares e TV é associado à diminuição da capacidade de se autorregular, diminuição da capacidade de atenção, atrasos cognitivos e excitação. (GIUSTI, 2016, p.159)

Outros estudos apontam ainda existência de uma correlação entre o uso indevido de tecnologias e alterações no sono, o que impacta diretamente a qualidade de vida e o rendimento escolar.

Ao falarmos de uma infância enquanto categoria social, surgem nos discursos questões de ordem macrossocial, relacionadas à estrutura social e familiar, e ao funcionamento e comportamentos dos grupos sociais. No entanto, ao analisarmos o processo de significação dos sujeitos infantis tendo o TDAH como constructo comum, percebemos a forte presença de conotações de base científica, definindo-os a partir de processos cognitivos e comportamentais, a partir de um ideal de desenvolvimento.

5.1.2. Uma infância específica

A infância, enquanto grupo social, é edificada através de elementos sócio-culturais padronizados, sendo convocada a exercer uma função social idealizada, no contexto ao qual está inserida. A sociedade, ao fabricar um ideal de sujeito, estabelece um padrão de normalidade a ser seguido. Ao estabelecer um padrão, no entanto, ela faz emergir a criança diferente, que foge a norma social.

Caracterizada a partir de seus pares sociais, a criança é então significada pela suas características diferentes, pelo que foge a norma, o elemento que a destaca. Nas práticas discursivas, contamos uma constante comparação entre os sujeitos infantis, significando as crianças a partir de suas singularidades em relação ao grupo.

Mapa 03 – Infâncias: Caracterizações entre pares sociais

COMO CONCEITUA

COMO CARACTERIZA

P1- Quando você ta em sala de aula, você joga aquele conteúdo, você joga aquela proposta de atividade e a criança vai receber de modo diferente, isso a gente já sabe.

Mas tem essas que são mais diferentes do que o

comum.	Não é apenas... é o tempo delas que é diferente, a atitudes delas que é diferente, é a resposta delas que demora às vezes muito mais. Um comando que você dá e parece simples e que não foi pra criança.
F1- Toda criança pára e ele não	Tanto que até o irmãozinho dele para e ele não. Ele mesmo, o neném, só tem um aninho e pega a mamadeirazinha dele e fica tomando, paradinho, assistindo... é diferente!
F7- tem uns meninos que é muito mais desenvolvido do que ele, né? Da idade dele.	Porque também é solto assim... assim, vive na rua, mas ele não ele fica mais em casa, aí acho que por isso ele é... é só isso, eu acho ele um pouco lento, mas na minha visão não acho que ele seja algum... algum problema não.
F6- É muito infantil	Tem 14 anos, mas se você tiver um tempo de conversar com ela você vai ver que muitas atitudes, muitas coisas como ela fala, como ela age não é de certa forma uma menina de 14 anos.

Fonte: Elaboração própria da autora

Os discursos nos revelam que, pautados em um ideal de infância, os sinais identificados como diferentes são percebidos como sinais de alerta e acabam por fortalecer a construção de uma infância tida como anormal.

Durante os diálogos, familiares e profissionais de educação utilizaram diversos significantes para representar os sujeitos infantis, a partir de suas especificidades. A análise dos discursos nos apontou que as caracterizações predominantes representavam 3 aspectos fundamentais: a) fatores cognitivos, b) fatores comportamentais e c) fatores sociais/afetivos.

Nos discursos esses fatores muitas vezes aparecem correlacionados, no entanto, para melhor desenvolvimento da análise, optamos por sistematizá-los e apresentá-los separadamente.

5.1.2.1. Fatores Cognitivos

Os fatores cognitivos são processos mentais compreendidos como aqueles que auxiliam no processo de aquisição do conhecimento (como pensamento, linguagem, atenção, memória, raciocínio...) e fazem parte do desenvolvimento intelectual. Os discursos revelaram que frequentemente as crianças são significadas a partir do seu estágio de desenvolvimento cognitivo. Dentre esses, destacaram-se as funções cognitivas relacionadas à inteligência (memória, raciocínio, capacidade de resolução de problemas) e à atenção.

5.1.2.1.1. Inteligência

Compreendida como uma função psíquica superior, a inteligência abrange uma série de habilidades e capacidades cognitivas. Seu conceito apesar de amplamente difundido entre diversos campos de estudos científicos não é bem delimitado. Apesar disso, é constantemente evocado nas práticas discursivas cotidianas. Para Dalgarrondo,

[...] a inteligência pode ser definida como o conjunto das habilidades cognitivas do indivíduo, a resultante, o vetor final dos diferentes processos intelectivos. Refere-se à capacidade de identificar e resolver problemas novos, de reconhecer adequadamente as situações vivenciais cambiantes e encontrar soluções, as mais satisfatórias possíveis para si e para o ambiente, respondendo às exigências de adaptação biológica e sociocultural. (2008, p.277)

Vejamos a construção da cadeia de significantes sobre o conceito de inteligência.

Mapa 04 – Fator Cognitivo: Inteligência

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
é uma menina muito inteligente pra umas coisas.	F3- Ela brinca normal com as amiguinhas vizinhas lá de casa...
F4- ela é inteligente!	A gente fica conversando e ela presta atenção em tudo... mas ela é inteligente pra umas coisas e outras não. Isso é o que a gente não entende...
F8- ele é muito inteligente!	Ela quando saiu do jardim ela já sabia o alfabeto, as vogais, o nome dela completo. Na primeira série ela já começou a ler, na segunda ela desarnou. Como a professora disse “só é preguiça!” Tudo dela só é preguiça!
P2- é super inteligente!	Se você perguntar a ele... se você ler um texto e pedir depois a explicação daquele texto, ele explica! Com as palavras dele, mas ele explica. Mas saber ler e escrever ele não sabe.
	Ele às vezes não quer fazer as atividades, mas ele faz em casa (...) Então assim, se você tá explicando, ele para, ele participa. Por exemplo, quando a gente faz círculos de leitura, eu faço com eles, e assim, por exemplo, a gente tá trabalhando com fábulas, aí a tarefa, a atividade de casa é pesquisar uma fábula para trazer pro círculo de leitura. Aí ele participa. Participa bem direitinho.

Fonte: Elaboração própria da autora

As falas apresentadas nos mostram que a inteligência infantil, ao mesmo em tempo em que é representada a partir de processos sociais, da interação da criança com o meio, ela também é evocada enquanto resultante do processo de aprendizagem escolar, sendo

referenciada a partir da habilidade de leitura e escrita, por exemplo. A dificuldade em estabelecer um conceito claro do que vem a ser inteligência deve-se ao fato de que ela não é uma função psíquica delimitável ou materializável. Ela é, sobre tudo, um “constructo”, um modelo criado na tentativa de entender parte de um funcionamento mental. Estudado principalmente por especialistas da área da medicina, psicologia e pedagogia, inclui habilidades como: “raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência.” (DALGALARRONDO, 2008, p. 278) Dessa maneira, a inteligência representa um modo ampliado de assimilar o mundo e as vivências, para além da aprendizagem objetiva de processos pedagógicos.

A inteligência, enquanto conjunto de habilidades cognitivas do indivíduo, está atrelada ao desenvolvimento intelectual, este que envolve fatores como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio. A memória é fator fundamental na assimilação das vivências do sujeito, correspondendo à capacidade de registrar, manter e evocar experiências e influenciando diretamente no processo de aprendizagem. “Tudo o que uma pessoa aprende em sua vida depende intimamente da capacidade de memorização” (DALGALARRONDO, 2008, p. 137)

Mapa 05 – Fator Cognitivo: Memória

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
F2-A memória dele é muito boa	De repente ele lembra de uma coisa que aconteceu assim há muito tempo... dois, três anos, eu acho engraçado nele isso aí. Ele não se esquece fácil não das coisas... eu acho estranho é que ele não aprende assim dias da semana... não aprende... você fala uma coisa com ele assim e na hora você jura que ele entendeu. Depois que você vê que ele não entendeu nada

Fonte: Elaboração própria da autora

O processo de memorização relaciona-se a com a atenção seletiva, na escolha dos objetos a serem investidos, e com as experiências sociais e emocionais do sujeito, que auxiliarão na construção do acervo de interesses afetivos. Ela também possui papel fundamental no processo de assimilação de conceitos e na estruturação do pensamento e do raciocínio.

Mapa 06 – Fator Cognitivo: Raciocínio

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
	F2- eu acho assim que ele... assim, questão dele se

<p>Questão da fala?</p> <p>F7- ele é lento no raciocínio, né?</p>	<p>expressar, ele não sabe, ele se embaraça todo e no final ele não diz nada</p> <p>É, é tipo assim, ele vai dizer uma coisa, aí ele se perde no assunto... não sabe mais explicar nada...</p>
	<p>Às vezes ele... eu acho ele um pouco lento, a gente pergunta uma coisa e ele "hã? hã? hã?" aí não entende. Quando às vezes... às vezes ele entende até demais! Assim, só uma coisa que eu acho que ele é mais um pouco atrasado dos outros meninos.</p>

Fonte: Elaboração própria da autora

O raciocínio, enquanto função do pensamento e linguagem, pode ser entendido como a habilidade de representar o mundo através de ligações entre diferentes conceitos e juízos. O encadeamento destes é a formação de uma ideia. Tal processo possui ligação direta com a dimensão linguística, tendo em vista que será a partir das palavras e das frases em uma sequência lógica que se estruturará o raciocínio e, conseqüentemente, o pensamento.

5.1.2.1.2. Atenção

Outro processo cognitivo bastante evocado para caracterizar a infância foi a Atenção. Definida como a ‘direção da consciência’, a atenção relaciona-se a atividade mental com foco em um determinado objeto. (DALGALARRONDO, 2008) A todo o momento recebemos uma infinidade de estímulos e informações externas e internas e, para lidarmos com eles de forma eficaz, precisamos eleger um objeto ou pensamento a ser vivenciado de modo claro e objetivo. “A atenção se refere ao conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações em unidades controláveis e significativas.” (DALGALARRONDO, 2008, p. 102)

A atenção pode ainda ser entendida a partir de duas categorias básicas: atenção voluntária e a atenção espontânea. A voluntária refere-se a um modo de concentração intencional, no direcionamento consciente do pensamento para um objeto. Já a espontânea, em contrapartida, faz referência ao direcionamento ocasional, ao interesse momentâneo por determinado objeto.

A psicologia contemporânea, ao estudar a atenção, a seleciona a partir de quatro preceitos básicos: Capacidade e foco de atenção (relacionadas à vivência subjetiva da concentração); Atenção seletiva (escolha do estímulo mais relevante a ser investido); Seleção de resposta e controle executivo (planejamento de ações em resposta ao estímulo recebido) e a

Atenção constante ou sustentada (capacidade de manter a atenção em um mesmo objeto, por certo período de tempo). (DALGALARRONDO, 2008)

Mapa 07 – Fator Cognitivo: Atenção

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
F2- ele não se concentrava em nada!	Nas atividades pouco ele participava, assim de sentar pra assistir uma história, ouvir uma história, essas coisas assim ele pouco participava porque ele não se concentrava.
ele não tem foco... Apesar de ser muito inteligente...	F8- Aí ele fica ou batendo em alguma coisa, ou emitindo um som... ele não se senta, ele tem que tá em pé... ou então se deita na cama e fica batendo o pé na parede... essas coisas assim... já recebi muito elogio dos professores que ele aprende. Ele sabe muita coisa, ele não consegue se concentrar...
F1- quando ele ta assistindo um filme que ele gosta ele presta atenção.	Quando tava com o celular, ele ficava assistindo ali por horas se deixasse. Quando tá brincando com as pecinhas que ele gosta muito ele fica lá numa boa. Quando ele gosta, ele fica interessado, ele não se dispersa não.
F2- Ao assistir televisão ele não foca na televisão	ele tem que tá com a mão dele ocupada em alguma coisa... mexendo, ou então batendo, ou então, emitindo um som ali todo o tempo.
um olhar assim... perdido...	P1- O mundo se acabava e ele estava lá parado, olhando... por exemplo, uma coisa que sempre me chamou muita atenção, exemplo: eu estou aqui conversando e ele aí sentado, aí às vezes ele fica olhando pra mim...
num momento era quieto demais, disperso demais, desligado demais, mas no outro era acelerado. Mas de modo geral era isso, essa fuga, digamos assim, da realidade, que eu não sei bem o que é isso...	olhando pra outro lado e tal... e aí quando eu chamar a criança se assusta, e volta e começa de novo, mas não sustenta, não fica... não tem essa continuidade.
P3- A dispersão! É incrível como há um índice muito grande dos dispersos, da criança dispersa!	Às vezes você tá aqui contando uma história, algo bem interessante. Você prepara tudo, escolhe uma história que realmente seja bem interessante para a criança daquela idade, mas ele tá ali, com a cabeça em outro mundo, às vezes tá batendo a mãozinha na mesa... tá fazendo outra coisa. E ali, se deixar, ele fica ali a aula inteira! Aí a gente fica chamando atenção, chamando atenção... e ele vai e pega o livro ou o caderno e começa... aí quando dá assim uns dois minutos ele já tá de novo. Ele pega e desenha e tudo... aí eu tento chamar a atenção dele, digo que vai ter a hora do desenho, porque ali naquela hora é a hora da aula, dos conteúdos, ele precisa presta atenção...

mas ele esquece... em pouco tempo ele esquece.

F1- Ele se distrai com qualquer coisa

se tem uma movimentação do lado ele já deixa o que estava fazendo e fica prestando atenção. Aí a gente tem que ficar chamando: “bora!” “termina!” “onde é que tu tava?” aí ele se perde “ahn? Onde é que eu tava?” Aí a gente tem que ficar dizendo: “tava aqui, continua!”

F7- quando ele tem interesse em uma coisa ele aprende em um instante

se ele não tiver interesse ele nem liga! Aí eu acho que é isso, ele não tem interesse em aprender... aí a pessoa sem interesse, como é que ela vai aprender? Se ela não quer? eu tava conversando e disse “tu tem que ter interesse em aprender a ler, se não tu nunca vai aprender, macho! O interesse tem que ser teu!” Aí ele fica... não sei... é só falta de interesse mesmo, porque ele é bem inteligente pra outras coisas

Fonte: Elaboração própria da autora

Nesses discursos vemos os conceitos de atenção e concentração representados a partir de suas funções como capacidade de foco e caracterizado por significantes como a falta de interesse, dispersão, ‘se distrai com qualquer coisa’, fuga da realidade. São representados como problemáticos os comportamentos onde a criança, a partir da visão dos entrevistados: não apresenta uma resposta efetiva para um estímulo apresentado, sendo significada como ‘perdido’; não mantém um grau de atenção satisfatório, impedido por outros processos cognitivos como esquecimento (relacionado à memória); ou ainda aquele que não se mantém em um processo contínuo de atenção, se dispersando e distraindo com facilidade, ‘não sustentando’ a atenção.

Há nessas crianças o predomínio da atenção espontânea diretamente relacionada como o processo de seletividade da atenção. Ao caracterizarem esse processo a partir de significantes como ‘falta de interesse’, precisamos compreender a ação volitiva de centrar-se em um determinado objeto. O foco em determinado processo está diretamente relacionado à significância que o objeto representa para o sujeito. Selecionar para centrar a atenção é um processo subjetivo, resultante de uma construção simbólica do que desperta interesse para esse sujeito infantil.

5.1.2.2. Fatores Comportamentais

Os papéis sociais desempenhados por cada indivíduo de uma determinada sociedade são construídos histórica e culturalmente. Tais construções acabam por ditar modos ideais de comportamentos e de relações entre indivíduo e meio, de tal maneira que para cada

etapa do ciclo vital é estabelecido um padrão de relações e de comportamentos a serem adotados em cada espaço social.

Desde a infância, a sociedade estabelece regras de comportamentos e exigem padrões de desempenho nas atividades realizadas, seja no contexto familiar, educacional ou mesmo nos jogos e brincadeiras. O adulto atua como balizador diante do padrão social esperado, exigindo da criança um ideal de comportamento.

Nas práticas discursivas aqui apresentadas, podemos perceber que, frequentemente, as crianças são definidas de acordo com o alcance ou não da expectativa construída. Ao não atenderem as exigências, elas são categorizadas como divergentes da norma, devendo ser investigadas em busca de uma justificativa para tais anormalidades. Nessa perspectiva, acabam por buscar enquadramentos significativos que corroboram com sintomatologias de processos patológicos. Categorias como agitação, inquietação, agressividade aparecem como classificadores que direcionam para um diagnóstico de um transtorno comportamental.

Das categorias significativas, presentes nos discursos, utilizadas para caracterizar as crianças em questão, as simbologias mais frequentes foram as que se referiam a comportamentos tidos por ‘agitado’, ‘inquieto’, ‘ausência de controle do movimento’, ‘agressivo’.

Mapa 08 – Fator Comportamental: Agitação

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
F1- ele é uma criança agitada em sala de aula	que ele fica mexendo com as outras crianças, que a tia tenta mudar ele de canto dentro de sala de aula pra ver se ele consegue terminar as tarefas, mas mesmo assim ele não consegue!
Em casa a gente já tinha observado essa agitação dele	Mas na hora de executar também os exercícios em casa eu também observava que ele... que tinha que ficar direto em cima dele para ele continuar a tarefa.
PE1- Normalmente como é que eu noto que ele tem uma agitação aqui comigo?	Ele chega, eu deixo ele bem à vontade, aí eu vejo: vai até a bancada, pega uma coisa, aí quer pegar os aramados, ou quer pegar o joguinho, quer pegar uma coisa... quer pegar muitas coisas ao mesmo tempo e ao mesmo tempo não quer nada. Então fica entre uma coisa e outra...
F5- Não, o <i>fulano</i> ele é tranquilo... só que ele é inquieto!	Ele não brinca, assim, na rodinha de brincar, ele não fica. Fica um minuto, no máximo! “ <i>Ele se levanta, já sai mexendo em tudo! Ele não fica! Mexe com colega...</i> ” só isso que ela dizia, mas as outras não!
A gente saía e ele ficava inquieto,	

	ele não ficava sentado ou mesmo num brinquedo: tá ali pulando no pula-pula, ou outros brinquedos... pula-pula ele brincava um pouquinho, depois ele saia ia pra outro... mas nada atraia ele, assim, pra ele ficar ali, vendo... não atrai ele!
F6- desde que ela entrou na escola eu sempre recebi reclamações. De que ela é inquieta	de que ela não para sentada...
F2- Na época ela disse que ele era muito agressivo	que ele mordida muito

Fonte: Elaboração própria da autora

Nas passagens dos discursos, percebemos que as categorias comportamentais de agitação e inquietação aparecem constantemente associadas a processos cognitivos relacionados à desatenção. Para Dalgarrondo (2008), a agitação psicomotora implica “a aceleração e exaltação de toda a atividade motora do indivíduo, em geral secundária a taquipsiquismo acentuado. comumente se associa à hostilidade e à heteroagressividade.” (p.184) Embora o autor a apresente como possível sinal de algum transtorno psicopatológico, vemos que sua caracterização é bastante inespecífica. Além disso, a infância, por sua natureza, é um período da vida de maior aceleração psíquica e motora.

Também utilizadas para descrever as crianças, vemos a presença de categorias como ‘bom’, ‘comportado’, ‘calmo’, ‘quieto’ ‘tranquilo’, empregadas em contraposição aos comportamentos ditos como agitados.

Mapa 09 – Fator Comportamental: Questões morais

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
F3- O comportamento dela em casa é bom, sabe? Ela é uma menina comportada, sabe? ela é calma.	Ela não é uma menina assim danada, não é uma menina que responde... agora ela só é lenta no colégio. Se ela sentar no sofá, numa cadeira para assistir televisão, ela fica quietinha, sabe? Ela não fica... porque tem criança que não se aquieta... é mexendo numa coisa e outra... mas ela não,
F7- é normal, ele é calmo... é calmo	A maioria das vezes fica brincando, né? Fica no celular, brincando ou então assistindo, ele não quer mais brincar de brinquedo, porque ele já tem doze anos, já tá percebendo que já tá ficando... o negócio dele é o celular, jogo e assistir youtube, vídeo

Mas em casa é normal, não é agitado.

Fonte: Elaboração própria da autora

É possível ainda constatar referências diretas de termos no campo dos saberes biomédicos usados como descritores para os processos infantis, como a utilização do termo ‘ansiedade’.

Mapa 10 – Fator Comportamental: Ansiedade

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
F6- Ela é muito ansiosa!	Se você disser assim: tal dia nós vamos para tal canto. Aí ela fica “ <i>mãe, quando é mesmo?</i> ” “ <i>mãe, já tá perto?</i> ” “ <i>Quando é que vai ser?</i> ” Então assim, ela é muito ansiosa. O médico falou que tem a ver com o TDAH. Essa ansiedade tem a ver com o déficit, né?

Fonte: Elaboração própria da autora

As falas apresentadas revelam a influência direta de categorias diagnósticas presentes no quadro nosológico TDAH. A utilização de termos como agitado, inquieto e desatento, acabam por conduzir tais crianças diretamente para o quadro específico do transtorno. As categorias diagnósticas se fazem presentes nas práticas discursivas, seja pela presença direta dos comportamentos ditos típicos do transtorno (como a dificuldade de atenção e a agitação) ou pela negação de tais comportamentos.

O comportamento agitado, inquieto, se, por um lado, nos conduz para uma categoria sintomatológica, nos levando para uma representação diagnóstica, ao ser descrita como ‘bom’ nos direciona para uma significação valorativa, no campo da moral – esta, entendida como o conjunto de preceitos e regras estabelecidos socialmente que tem a função de regular os comportamentos. O que também pode ser verificado na utilização do termo ‘indisciplina’.

Mapa 11 – Fator Comportamental: Indisciplina

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
P2- a gente tem uns que eles são assim bem inquietos no sentido de indisciplina mesmo!	Assim de mexer com o outro. E eles já vêm com aquela história tipo assim de uma proteção maior... mas assim, esses meninos estão sentados, então fazendo as atividades e eles chegam lá e dá uma chulipa... tudo! Fazem qualquer coisa pra chamar atenção dos meninos.

Fonte: Elaboração própria da autora

Pensar em disciplina é pensar num padrão de normalidade no campo da moralidade. A sociedade estabelece padrões a serem seguidos pelos indivíduos, devendo os desvios ser reparados.

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz (FOUCAULT apud GIUSTI, 2016, p. 136)

Para Foucault (2005), ao classificar a anormalidade e objetivar a condução para a norma, a sociedade exerce poder através de mecanismos simples de controle dentre eles, estão as instituições sociais, que funcionam como mantenedoras dos ideais de normatização presentes na sociedade.

A partir da tentativa de se obter maior controle do desenvolvimento e do comportamento infantil, diferentes saberes passaram a operar delimitações sobre a criança, estabelecendo normas para os distintos modos de existir. Dentre esses saberes, é possível perceber que a medicina auxilia na construção de um novo olhar, estabelecendo um novo discurso sobre os sujeitos, seus corpos, seu funcionamento e comportamentos. Dessa forma, a medicina enquanto campo científico opera a partir de um poder disciplinar, categorizando os sinais de desvio à norma estabelecida como sinais de um desenvolvimento patológico.

5.1.2.3. Fatores Sociais e Afetivos

É consenso que o homem é um sujeito social e, como tal, determinado por suas relações estabelecidas com o meio e com os outros indivíduos. A etapa do ciclo de vida consistente com a infância é assim entendida como uma fase fundamental para o desenvolvimento dessas relações. A família é a primeira instância de socialização, possui importância fundamental para o processo de formação desses sujeitos. Em seguida a escola passa a compartilhar esse papel com a família, e a teia relacional vai aos poucos se expandindo. Logo os amigos passam a adquirir lugar significativo.

Essas teias relacionais são responsáveis por conduzir a aprendizagem e os comportamentos infantis em seus papéis sociais. De certo, o modo que essas situações se estabelecem, o processo de aprendizagem e suas relações com o outro (como interage, como se assemelha ou como se diferencia), são fatores importantes e referenciados no processo de significação desses sujeitos.

5.1.2.3.1. Desempenho Escolar

Enquanto instituição formadora, a escola estabelece estágios de aprendizagem que deverão ser alcançadas pelo aluno, o que é representada pelos anos escolares. Nesse processo, ao mesmo tempo em que cabe a escola, em seu processo educador, fornecer condições para o desenvolvimento e construção de competências no processo de aprendizagem, cabe ao aluno

adquirir a competência esperada, dentro do tempo estipulado para tal. É o que podemos constatar nos discursos que nos foi apresentado:

Mapa 12 – Fatores Sociais e Afetivos: Desempenho Escolar

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
F7- O problema dele é só que ele não desenvolveu de jeito nenhum a leitura.	Eu não sei se é por falta de interesse, que ele é muito preguiçoso pra poder fazer a tarefa eu tenho que ameaçar ele, assim, né? Olha você vai levar uma chinelada se você não fizer, ele só faz o dever se for assim, ou se é porque tem algum... algum desvio...
F2- Não, na tarefa dele ele é... eu acho assim, acho que não é nem dificuldade, é preguiça.	Quando tem português, esses negócios assim pra escrever... assim já matemática, ele adora matemática
	P1- E aí eu comecei a observar que quando eu mandava ele fazer, ele fazia qualquer coisa! Olhava pra parede e a letra que estivesse lá ele fazia, por exemplo, na escrita de uma palavra. E aí eu comecei a apertar “ <i>não foi isso que eu pedi! Eu não mandei você copiar a letra de lá! Eu quero que você escreva</i> ” e chegou em um ponto onde ele ia escrever determinada palavra e, quando eu dizia “ <i>não senhor!</i> ” quando eu dava um “ <i>não é isso que eu quero!</i> ” Eu disse pra você escrever a palavra” e as vezes ele escrevia a palavra quase correta, ortograficamente. Isso agora no final.
Então essas questões elas me chamavam a atenção. Porque às vezes parecia que era um desinteresse, às vezes parecia que era uma brincadeira.	
F3- agora ela só é lenta no colégio	No colégio ela não faz a tarefa de jeito nenhum. A professora essa semana mandou dizer pra mim que mandou ela fazer a tarefa três horas da tarde, deu cinco horas e ela ainda não terminou a tarefa. Aí tem hora que a gente fala com ela e ela fica assim num mundo... fora de si, sabe? Parece que ela não tá ouvindo o que a gente tá dizendo, o que a gente tá falando... a gente chama ela duas, três vezes pra poder ela responder, sabe? É assim... ela é uma menina calada, ela é uma menina boa!

Fonte: Elaboração própria da autora

As exigências escolares impõem uma normatização da aprendizagem e acabam por atribuir o fracasso escolar exclusivamente ao aluno, deixando o processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a não aprendizagem restrito ao âmbito individual.

Podemos perceber que a não aprendizagem é relacionada ao desinteresse e a preguiça, sendo a responsabilidade atribuída exclusivamente ao aluno. Nessa perspectiva de individualização da queixa, recorre-se a fatores causais determinantes, construindo-se uma relação direta entre a não aprendizagem e processos patológicos. Diagnósticos como o de

TDAH são então apresentados como justificativa para a não aprendizagem e, nesse processo, acabam por desconsiderar os fatores sociais que perpassam o sujeito infantil.

Na perspectiva de Vygotsky (apud NEVES; DAMIANI, 2006) a aprendizagem é mediada pelo ambiente e pelas relações sociais. É a partir deles que o indivíduo vai construindo seus elementos internos e se desenvolvendo cognitivamente. Nessa conjuntura, a família e a escola, enquanto contextos sociais do aluno, assumem papel fundamental para o desenvolvimento da aprendizagem. No entanto, a influência exercida por ambos podem constituir fator favorável ou mesmo desfavorável para o processo de aprendizagem infantil. Um exemplo é que eventos como os conflitos familiares e escolares que circundam a criança podem interferir nas relações e comportamentos infantis, se relacionando aos problemas de aprendizagem. De modo que não é possível pensar o desenvolvimento cognitivo dissociado das vivências sociais e afetivas. Para Salvari (2006):

Quando falamos nas questões psicodinâmicas que envolvem o processo de aprendizagem, estamos nos referindo ao psiquismo como uma trama de afetos cuja dinâmica inconsciente modela e constitui o indivíduo como um sujeito capaz de pensar e desejar (p.54).

É necessário analisar o fracasso escolar considerando sua dimensão multifacetada – os aspectos orgânicos, cognitivos, emocionais, sociais e pedagógicos –, compreendendo-o dentro de seu contexto social, cultural, econômico.

5.1.2.3.2. Normal x Anormal

O processo de normatização da infância no campo educacional é perpassado pelos saberes médicos e por discursos científicos instaurados. Discursos esses que se inserem no campo da saúde mental, no qual opera, dentre outros, o saber médico psiquiátrico. A psiquiatria infantil apresenta práticas e saberes que tomam a infância como objeto a ser estudado e estabelece padrões de normalidade e, conseqüentemente, anormalidade. No campo da psiquiatria, o anormal, o louco, doente mental, é aquele que por muito tempo foi tido como inapto ao convívio social, desprovido de razão, diferente de todos os outros, sendo assim inferiorizados e estigmatizados. O ideal de normalidade só pode ser atingido pelo equilíbrio, pela lógica, pela linearidade.

O fracasso escolar e seu entendimento a partir de um diagnóstico de um transtorno no campo da saúde mental como o TDAH, colocam a criança diante de um quadro de “anormalidade”, de um desvio ao padrão comportamental requerido. Conseqüentemente,

tais representações operam sobre o imaginário social dos sujeitos sociais. O diagnóstico num campo inespecífico é cercado por estigmas, colocado a criança diagnosticada em um lugar de inferioridade.

Mapa 13 – Fatores Sociais e Afetivos: Normal e Patológico

COMO CONCEITUA	COMO CARACTERIZA
Dizia logo que o menino é doido, que o menino é abestado! Aí ele não ajuda tudo isso, né? Aí os coleguinhas ficavam chamando ele de doido	F5- Mas o pai dele é muito difícil o pai dele. Quando a gente ia, ele dizia um monte de coisa ruim... ele não ajuda nesse sentido. porque ele tomava remédio controlado. Espalhava né? Aí pronto!
F6- mas pediram pra mim tentar esse acompanhamento com um especialista, pra saber se realmente tinha alguma coisa	ou pra saber se era só travessura mesmo de uma criança normal
PE2- Quando a gente diz pra mãezinha, ainda tem assim “ <i>não, meu filho não é doido</i> ”.	Ainda tem assim um estigma, que pra fazer algum tratamento, ou ir pra neurologista ou pra psicólogo é porque é doido.
mas acho que era coisa normal mesmo, da idade dele.	F7- Ele gostava de ficar assim... correndo, subindo em cima do sofá, pulando... Ele nunca foi muito agressivo nem nada não... era normal das brincadeiras dele. Foi crescendo e foi mudando já, o jeito, né?
você sabe quem tem umas crianças que apresentam algum tipo de problema do tipo de distúrbio mental.	F8- Ele não é uma criança violenta... ele não é uma criança... Que às vezes tem... como eu posso dizer... algum tipo de tara... ele não tem, ele é uma criança inocente. Se você ver, ele cuida melhor de uma criança do quê a própria mãe. Ele é uma criança meiga. O Máximo que ele chama uma palavra feia, um palavreado é “ <i>seu chato</i> ”, “ <i>idiota</i> ”... é o máximo que ele fala... ele não é uma criança que vive falando palavrão, nome feio, não é!

Fonte: Elaboração própria da autora

A justificativa para o fracasso escolar a partir de racionalidades médicas, atribuindo diagnósticos para a não aprendizagem, opera a partir de uma lógica reducionista e se associa ao Paradigma Biomédico, que tem por horizonte normativo as práticas curativistas.

A patologização do fracasso escolar opera uma estreita relação entre educação e saúde. No entanto, a partir da tentativa de se obter maior controle do desenvolvimento e do

comportamento infantil, as implicações subjetivas, as vivências e sujeito e sua relação com os contextos sociais acabam por ser desconsideradas.

5.2. Processos Diagnósticos de TDAH

No século XX, buscando atingir melhores níveis de saúde, é difundido por toda a Europa, chegando mais tarde ao Brasil, um movimento no campo das ciências médicas que buscava prevenir doenças, aprimorar a saúde e melhorar a qualidade de vida da população. Conhecido como movimento higienista, surge a partir de preocupações com as condições sanitárias e passa a atuar em defesa da saúde individual e coletiva. Pautados em tais ideais, os médicos higienistas prescreviam novos hábitos em todos os aspectos da vida humana: moral, relacional, emocional... Para tanto, os processos humanos deveriam ser avaliados e categorizados segundo classes diagnósticas. A expansão da visão biomédica sobre os mais distintos processos de vida do sujeito operou um deslocamento de questões sociais para um campo individual.

A medicina foi assim fortalecendo ideais de normalidade, direcionando as ‘anormalidades’ para o campo de processos disfuncionais, categorizando-os como patológicos. Cabia a medicina classificar e buscar tratamentos para corrigir o mau funcionamento do organismo, reconduzindo-o para o padrão socialmente almejado.

O processo de normatização da vida cotidiana passa então a transformar os “problemas da vida cotidiana” em doenças e as funções psicológicas são então compreendidas como consequências de processos de amadurecimento orgânico, restritas ao campo individual. É nesse contexto que vemos surgir os distúrbios de comportamento, de aprendizagem, transtornos como o de ansiedade... tudo o que foge à norma é conduzido ao campo biológico, individualizado e categorizado segundo classificações nosológicas. (COLLARES; MOYSÉS, 1996, p.75) É nesse campo diagnóstico que se fundamenta o TDAH.

5.2.1. O que é o TDAH

Considerado um transtorno comportamental no campo da psiquiatria, o TDAH comumente aparece na infância e se caracteriza fundamentalmente por sintomas de desatenção, inquietação e impulsividade. Tidas por agitadas ou inquietas, essas crianças normalmente apresentam dificuldades para manter atenção em atividades muito longas ou repetitivas, se distraindo facilmente com estímulos externos e internos, o que faz com que frequentemente o TDAH seja associado ao baixo desempenho escolar. Vejamos como os familiares, professores e outros profissionais de educação conceituam e caracterizam esse transtorno:

Mapa 14 – TDAH: Conceitos e Características

CONCEITOS	CARACTERÍSTICAS	OBSERVAÇÕES
<p>A inquietação da criança que é a primeira coisa que chama a atenção da gente e muitas vezes é levado diretamente pra isso e nem sempre é. Então eu sou muito cuidadosa com esse termo.</p>	<p>you see a child very active and immediately she is said with this question, and it is not always like this...</p>	<p>P1- Eu acho que é muito comum a gente confundir TDAH...</p>
<p>Not to say “this child has ADHD because she is restless, because she is not concentrating...” and sometimes it is not this, there are other reasons that can be doing this</p>	<p>they get up, they go to the chair of one, go to the chair of another, they hit something, a water bottle, a pencil on the table, right?</p>	<p>I don't say “ah, fulano tem TDAH...” jamais! Porque eu tenho uma experiência com essas questões e eu acho que o TDAH tem que ser muito observado. Não é um momento, não é uma vez. Ele precisa ser muito bem observado pra poder suspeitar. Já que a criança no contexto da escola elas são inquietas por natureza. Então a minha percepção é de que nós temos que ser muito cuidadosos ao suspeitar de TDAH, sobretudo no contexto da escola, embora seja daqui que muitas vezes parte... (...) então eu acho que isso é o principal. Ao meu ver, isso é o principal.</p>
<p>P2- Normalmente esses alunos tem uma dificuldade enorme de se concentrar</p>	<p>Agora assim, eu já tive alunos com TDAH que eram excelentes em termo de aprendizagem.</p>	<p>P3- Eu entendo o transtorno a partir da característica de uma criança, né? Que é o que a gente nota. É uma inquietação!</p>
<p>P4- São aqueles alunos que você percebe que não se concentram.</p>	<p>Uma inquietação e uma dispersão muito grande. Eu acredito assim. Que eu entendo o transtorno seja isso: a característica da criança.</p>	

São aqueles alunos que não tem o comportamento muito estável

Eles, geralmente, têm dificuldade de escrita ou leitura... tem aqueles alunos que são muito agitados... então geralmente a gente percebe logo a diferença

eu noto assim: eles têm a necessidade de brincar com os outros, eles tem a necessidade de interagir com os outros... mas na parte cognitiva a gente vê a diferença, na parte do aprender junto com os outros

PE1- quem tem TDAH não significa que não vai aprender a ler ou a escrever, não tem nada a ver... muitas vezes eles estão mexendo em alguma coisa, mas totalmente ligados naquilo que alguém está falando, né? Porque vai variar de pessoa para pessoa, entendeu?

Então esses meninos com TDAH, quando é de fato o TDAH comprovado, com sintomas específicos mesmo, eles estão ali revelando uma condição de ser deles. Eles não estão fazendo isso por birra, por imposição... pode também estar associado com mau comportamento. Uma mãe que é permissiva demais... isso pode estar associado em qualquer deficiência. Porque tem mãe que deixa fazer o que quer... *“Ah, é porque é coitadinho, é porque tem um problema, é por conta disso...”* então tem uma má educação, então... mas tem também o limite entre cada um e nós temos que ter essa visão de compreender

PE2- eu percebo o estudante ou a pessoa que tem o déficit de atenção e hiperatividade... eles não selecionam os estímulos do meio, mas eles têm uma capacidade muito grande de captar o meio. E a dificuldade deles é muito grande e é justamente a dificuldade de selecionar o estímulo.

F2- Eu falei que ele tinha problema na escola, que ele mordía muito, que era muito agressivo, aí foi, ela me deu...

F4- Por causa que ela tava muito assim... tipo... ele percebia ela muito agitada,

ela não parava sentada...

A análise dos discursos aqui sistematizados demonstra que a definição fundamental do TDAH a partir da presença de “níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade” (DSM-V, 2013), encontra-se amplamente difundindo, compondo o repertório de significantes dos sujeitos. O transtorno é diretamente relacionado aos comportamentos infantis tidos por ‘agitados’, ‘inquietaos’, tidos ainda como instáveis e diferentes dos demais.

Os discursos nos apontam que a principal associação estabelecida é com o comportamento hiperativo, representado pela agitação. No entanto, segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção – ABDA, há crianças que apresentam apenas prejuízos no processo de atenção. A partir do o DSM-V “passou-se a dizer que o TDAH tem ‘apresentações’ diferentes. Isto porque um indivíduo que tem predomínio de desatenção neste momento poderá passar a ter sintomas combinados após alguns anos e vice-versa.” (ABDA, 2017) No entanto, a apresentação do TDAH com predomínio da desatenção comumente acaba por passar despercebidas. Essas crianças acabam por ser consideradas ‘lentas’, ‘preguiçosas’ e incapazes para o estudo. Por se distraírem com facilidade, acabam se isolando do grupo, e sendo vistas como tímidas. Por não apresentarem comportamento hiperativo, não costumam chamar atenção dos professores.

O TDAH foi definido ainda como uma condição inerente ao sujeito, representando um modo específico de estabelecer relações com o meio. O sujeito possuidor de tal condição transmite no corpo a agitação psíquica, respondendo aos estímulos ambientais de forma desordenada. Diante de diferentes estímulos ambientais a criança encontra dificuldade em escolher e focar em um único objeto.

Essas características do TDAH fazem com que constantemente ele seja relacionado à dificuldade de leitura e escrita e a criança, por vezes, é vista como possuidora de capacidade intelectual e cognitiva inferior às outras. Embora não exista relação direta que o associe aos processos psicológicos superiores que determinam a aprendizagem, as dificuldades escolares e a baixa no rendimento escolar são umas das primeiras consequências observadas. Isso se dá porque a criança com TDAH tem dificuldade em manter-se atenta, não observando detalhes das atividades escolares, e acaba por cometer erros por descuido ou, por vezes, não terminando as tarefas. Também tem dificuldade em seguir as regras estabelecidas, impactando na construção de suas relações sociais.

Ainda correlacionado a outras terminologias diagnósticas como a ansiedade, a ABDA ressalta que ele pode se apresentar associado a outros transtornos, dentre eles: os

Transtornos do Aprendizado (dos quais os mais comuns são os transtornos de leitura, de escrita e de matemática); o Transtorno de Desafio e Oposição e Transtorno de Conduta; Tiques; Transtornos Ansiosos; Transtornos do Humor (Depressão, Distímia, Transtorno Bipolar) e ainda Abuso de Drogas e Alcoolismo.

As características relacionadas ao TDAH, em sua maioria, se deram por uma oposição a norma. Diante de um processo de desenvolvimento e aprendizagem tido por ‘anormal’, os sujeitos adultos envolvidos no processo de cuidado vivenciam com angústia essa constatação e passam a buscar meios para a recondução dessa criança ao padrão desejado. É nessa busca que o cuidado infantil adentra ao campo dos saberes biomédicos (seja a medicina propriamente dita, a psicologia, a pedagogia – principalmente no campo da psicopedagogia, dentre outras).

Diversos estudos buscaram investigar as possíveis causas para o desenvolvimento do transtorno. Embora nenhum deles tenha encontrado uma relação causal determinante, é possível estabelecer fatores que podem atuar como predisponentes, dentre eles: a hereditariedade, a ingestão de substâncias durante a gravidez, o sofrimento fetal, a exposição a chumbo e problemas familiares. No entanto, tais fatores são inespecíficos, sendo o transtorno considerado multifatorialmente. (ABDA, 2017)

Da mesma maneira, também os critérios diagnósticos não são bem delimitados. As características sintomatológicas são, por certo, bastante abrangentes. Isso está refletido nos discursos, em que percebemos a dificuldade de conceituação e as diversas formas apresentadas para descrever o mesmo transtorno.

Tal amplitude sintomatológica representa risco de tornar o transtorno excessivamente abrangente e incorrer em diagnósticos indiscriminados, utilizando-o como justificativa para o fracasso escolar e para a consequente desresponsabilização de pais e professores no processo de aprendizagem.

5.2.2. Primeiros Sinais e Início da Investigação Diagnóstica

Os aspectos culturais bem como os valores e os costumes de um determinado grupo social exercem influência direta sobre o modo de ser e de relacionar com o meio, estabelecendo uma padronização dos comportamentos. Na mesma forma, esses aspectos irão atuar sobre a forma de perceber os sinais e sintomas de uma doença ou transtorno, de interpretar os processos patológicos e de estabelecer as práticas de cuidado. A percepção de um processo comportamental enquanto processo patológico é construída socialmente, de tal

forma que não podemos compreender a construção de um diagnóstico como o de TDAH sem abordarmos os diferentes eventos que contribuíram para a suspeita da existência de um transtorno comportamental. Os discursos, ao nos revelarem os primeiros sinais percebidos, quem percebeu e em que momento percebeu, denotam as significações sociais sobre o TDAH e os comportamentos a ele relacionados, indicando o processo de construção social.

Mapa 15 – Quem foi o primeiro a perceber?

PRIMEIRO A PERCEBER	O QUE PERCEBEU	INÍCIO DA INVESTIGAÇÃO
F1- Foi na escola.	Em casa a gente já tinha observado essa agitação dele. Mas na hora de executar também os exercícios em casa eu também observava que ele, que tinha que ficar direto em cima dele para ele continuar a tarefa.	Ele tinha 4 anos. Desde os 4 anos que eu venho... eu já cheguei a fazer acompanhamento com ele. F2- Desde que ele foi pra escola no infantil III.
A professora dele já começou a notar alguma diferença, aí ela mandou já eu procurar uma ajuda, aí desde aí...	eu percebia que ele era muito assim, não parava... muito elétrico ele.	
desde que ela entrou na escola eu sempre recebi reclamações.	De que ela é inquieta, de que ela não para sentada... e, até então, eu não tinha conhecimento nenhum sobre esse transtorno. Nunca tinha ouvido falar, nunca tinha tido assim nenhum contato relacionado ao TDAH. Ela cursou o infantil III e infantil IV na mesma escola.	F6- Mas aí, aos 3 anos ela foi à escola, e sempre...
Foi quando eu comecei a trabalhar em uma escola, aqui mesmo no bairro, e ela... nessa escola tinha uma psicopedagoga, foi quando ela começou a fazer sessões com ela, juntamente com a professora, e chegaram pra mim e pediram pra mim tentar encontrar uma neuro, pra saber o porquê dessa inquietação, dessa falta de atenção...		F7-Desde o jardim!
A professora já observou que ele, tinha que ser acompanhado, né? Porque ele entrou com quatro anos, mas ele...		

ela disse que ele é assim, ele não interage... assim meio, pegar em lápis direito, essas coisas, não sabia fazer tudo direito. Ela disse que eu tinha que levar ele assim, pra um acompanhamento

F8- Eu. Eu comecei a notar... ele começou desde cedo na creche, desde um ano. Ele ficou de um ano até os 4 anos na creche.

Ele vinha pra creche... ele chorava, como toda criança, né? Algumas crianças não choram, mas outras, apesar de com o tempo se adaptar e aquele choro calar, ele não queria mais vir pra creche. Ele pulava, quando eu vinha de bicicleta ele pulava da bicicleta com aquele desespero

Só que o que eu tenho de reclamar quando ele fez 3 anos na creche, fez a troca de professores. Nessa troca de professores foi que eu comecei a notar.

F3-Tá com um ano mais ou menos... foi no 1º

Me disseram que ela não fazia tarefa, não sabia ler, sabe? Aí ficou tendo reforço no colégio. Depois que terminava a aula ela ficava de 17h até 18h... mas não adiantou de nada. Aí me chamaram de novo no segundo, né? A mesma coisa... e agora no 3º ano a mesma coisa

Fonte: Elaboração própria da autora

A partir dos discursos, podemos constatar que os primeiros sinais de um comportamento dito como comprometido se deram no contexto escolar e foram localizados principalmente no início da segunda infância.

A sociedade, a partir de instituições sociais como a família e a escola, constrói padrões sociais determinados para os sujeitos – são os papéis sociais. Considerada a primeira e principal instituição social, a família estimulará o processo de formação do sujeito infantil a partir dos padrões estabelecidos histórico e culturalmente. Através de regras de convivência social (implícitas e, por vezes, explícitas), ela aponta o lugar social da criança, bem como o modo que ela deve se comportar e se relacionar.

A escola representa a segunda instituição social do sujeito e é responsável por dar continuidade a formação social e subjetiva, iniciada no núcleo familiar. Ao ser inserida no contexto escolar, a criança é conduzida em um processo de aprendizagem pedagógica, sendo iniciada no processo de letramento e de relações matemáticas. Essas habilidades irão

perpassar toda sua vida escolar e serão fundamentais para o estabelecimento de novas relações na vida adulta e nas instituições de trabalho. No entanto, pra além da aprendizagem objetiva, a escola também é espaço de construções subjetivas: lugar potencializador de trocas entre pares, de identificações e diferenciações, momento de incorporação e construção de novos papéis e novas regras sociais e de construção da individualidade e, assim, da identidade.

No ambiente escolar, os processos de aprendizagem e desenvolvimento são metrificados. Há dispositivos como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e os Padrões Curriculares de Ensino que normatizam o ensino em todo o âmbito nacional e buscam garantir a aprendizagem objetiva dentro das etapas do desenvolvimento infantil. Ao propor uma padronização do ensino, essas diretrizes traçam um padrão de respostas esperadas que devem ser fornecidas pelo sujeito infantil. A criança, ao adentrar o ambiente escolar, é então convocada a responder as novas exigências.

Os primeiros sinais de um comportamento comprometido são referidos a partir de comportamentos inquietos, significativa agitação psicomotora e prejuízo nas relações estabelecidas em sala de aula. Tais comportamentos percebidos são significados como fator indicativo de um processo patológico, impulsionando a busca diagnóstica.

No contexto educacional, através de diferentes atividades (individuais e coletivas), e de situações de conflitos e de lazer, a criança vivencia diferentes conjunturas, sendo constantemente chamada a lidar com diversas questões individuais e relacionais. De modo que, no espaço escolar os professores possuem “condição privilegiada” para a observação do comportamento infantil. Os repertórios comportamentais escolhidos pela criança para lidar com as situações são então observados e categorizados por professores e educadores.

Distinguir, dentre os comportamentos esperados para a faixa etária, os comportamentos atípicos e os sinais de processos patológicos, no entanto, não é processo simples. O processo de normatização da aprendizagem muitas vezes, acaba por desconsiderar a existência de situações em que os fatores sociais e subjetivos estão diretamente associados a essas manifestações comportamentais observadas. A manifestação de um comportamento constitui evento complexo que envolve diferentes fatores biopsicossociais. Restringir sua causa exclusivamente a fatores internos é reduzir o campo subjetivo unicamente a processos individuais.

5.2.3. Caminhos para o diagnóstico

A identificação de um processo patológico requer uma análise minuciosa da queixa apresentada pelo sujeito, de modo que os sinais e sintomas devem ser avaliados, sendo necessário investigar não só a história clínica atual, mas também os antecedentes pessoais e familiares e, quando necessário, recorrer a instrumentais ou exames que auxiliem no processo diagnóstico.

No caso específico do TDAH, por não ser um transtorno de base biológica, não há um fator causal determinado, não existindo, até o momento, exames ou testes que permitam um diagnóstico preciso. O diagnóstico se dá a partir do reconhecimento das características comportamentais, da frequência e dos contextos em que ocorrem. Cabe ao profissional colher a história da vida da criança, com o auxílio dos adultos que estão em constante relação com elas, geralmente familiares e, quando possível, professores.

Devido sua imprecisão diagnóstica também o caminho percorrido para a investigação é inespecífico. Buscamos, então, perceber pelos discursos o caminho percorrido pelos diferentes sujeitos até o diagnóstico: os eventos que orientaram a suspeita da existência de um transtorno comportamental, as primeiras avaliações, o fluxo estabelecido, os encaminhamentos realizados, as práticas de cuidado estabelecidas e os processos significativos que perpassam todo esse percurso.

Iniciaremos nossas análises sobre esse processo a partir de um mapa associativo em que buscamos sistematizar os aspectos mais objetivos presentes nos discursos: a quem é atribuída a responsabilidade diagnóstica, em que consiste o processo de diagnóstico, os apontamentos realizados sobre este processo e as queixas correlatas.

Mapa 16 – A quem cabe o Diagnóstico?

A QUEM CABE O DIAGNÓSTICO	EM QUE CONSISTE O DIAGNÓSTICO	O QUE OBSERVA	QUEIXAS CORRELATAS
PE1- O neuro é que vai, mediante alguns critérios que ele tem...	Ele tem alguns documentos, e nesses documentos tem alguns critérios que ele elenca – inclusive eu tenho até uns aqui – que a mãe pode preencher, o pai pode preencher, que o professor pode preencher... para chegar até o neuro. E ali ele vai acrescentando outras... o olhar dele, outros critérios, outras perguntas, pra que chegue		

ao diagnóstico, né? Não é simplesmente assim: *“ah, aquela criança tem uma desatenção, ou a criança é agitada”*

Muitas vezes é da idade, é daquele momento, é daquele tempo... e é preciso que dê um tempo pra aquela criança, pra que possa observar... tanto que o diagnóstico só vem a partir de 7 anos de idade. Não antes disso. E é preciso que tenha essa visão.

Vou te mostrar um documento que eu tenho que é o documento que eu peço pra mãe preencher. Esse documento que tem alguns critérios que é possível que eu mesma possa olhar e verificar as quantidades. Aqui mesmo vem dizendo a quantidade de critérios que caracteriza a hiperatividade.

Então assim, normalmente, quando a mãe vem com queixa... inicialmente, ele vem com queixa de agitação. Em outros momentos, agitação associada à agressividade, em outros momentos é a agitação, associada à agressividade, associada à desatenção

Agora uma coisa me chama atenção é porque nem todo o neurologista é especialista em TDAH

Normalmente eles se baseiam por aquilo que o pai disse, que a mãe disse, que a professora disse..alguém disse.. e se eles leram a princípio alguma coisa sobre... mas eles pegam apenas esses indicativos e dizem que sim, normalmente...

assim você tem que se basear pelo documento que os médicos organizaram, aí você apenas faz um ensaio.

Porque você não vai dizer se é, se não é. Mas assim... de acordo com o que foi observado. Aí lá ele vai e fecha o diagnóstico. Ele vai analisar melhor e fecha o diagnóstico.
Mas eu acredito que algumas crianças precisariam voltar ao neurologista pra que ele realmente constatasse.

P1- E uma série de coisas! Tal como acontece no diagnóstico. “*ah, a criança tem isso*”, mas ela foi vista só uma vez ou duas, só por esse profissional, devia ter sido vista por aquele outro.

Porque nós sabemos que definir isso depende do que eu digo, do que você diz, do que neurologista... é um conjunto. E eu não vou saber avaliar essas questões, você sozinha não vai... por isso que tem outras profissões né? Porque se não a gente fazia só!

F2- Aí ela perguntou sobre o nascimento dele, aí eu contei... ele sentado, aí ela disse que ele não tinha porque ele tava sentado, se ele tivesse ele não pararia, não mexia em nada.

ela disse que ele não tinha, que foi só do nascimento porque ele nasceu antes do tempo. Que ele tem 7 anos, mas a mentalidade dele é de 5... era só paciência.

Fonte: Elaboração própria da autora

Percebemos aqui a figura do médico neurologista apontado como o principal responsável pela condução da avaliação infantil e pelo diagnóstico. Assistimos hoje uma ascensão do campo da neurologia, influenciando os estudos sobre o comportamento humano, buscando entendê-los a partir das condições cerebrais. As modificações químicas, anatômicas

e fisiológicas do cérebro são então investigadas em busca de co-relações com o transtorno vivenciado.

O TDAH é entendido como um transtorno neurobiológico, apresentando alterações na região frontal e em suas conexões com o resto do cérebro. Alguns estudos apontam que há nesses indivíduos alterações no funcionamento dos neurotransmissores. No entanto, não há nessa constatação uma relação direta de causa-efeito. “Nosso cérebro é determinado por uma série de fatores externos, que o moldam”, de forma que as situações vivenciadas influenciam o funcionamento cerebral, podendo inibir ou estimular a liberação de neurotransmissores (CARVALHO, 2010).

Compondo o desencadeamento de ideias, foram apresentadas algumas técnicas metodológicas e condutas profissionais utilizadas para se chegar ao diagnóstico de TDAH. Destacamos aqui a referência à utilização de instrumentais de classificação que possam auxiliar no processo diagnóstico médico e também no entendimento do quadro clínico infantil por pais e profissionais da educação. Foi-nos relatado a utilização do SNAP-IV (ANEXO I): um questionário de levantamento de dados indicativos de TDAH, constituído a partir dos sintomas de característicos do transtorno, conforme o DSM – IV. É importante salientar que ele é apenas um ponto de partida para as demais etapas da avaliação.

O processo de avaliação deve se constituir de uma investigação detalhada das queixas apresentadas, investigando-a a partir de sua ocorrência em diferentes contextos sociais. É apontado como cabendo ao médico avaliador colher informações sobre a história pregressa da criança, investigando desde as condições de gravidez e de parto. Além disso, defende-se que o médico realize um acompanhamento a essa criança, tendo em vista que um único atendimento é entendido como insuficiente para o estabelecimento de um diagnóstico.

Outra problemática é o fato do diagnóstico ser estabelecido tendo como principal referencial comportamentos infantis descritos pelos familiares. Os fatores que envolvem o TDAH são multidimensionais de maneira que um diagnóstico mais consistente deveria levar em consideração o olhar sobre essa criança a partir de diferentes pontos de vista. As significações estabelecidas entre familiares e escola deveriam convergir, tendo em vista que os sintomas se mantêm independente do contexto. A possibilidade de um diagnóstico multiprofissional também surge como possibilidade para uma avaliação mais efetiva e para uma melhor condução do tratamento.

Mapa 17 – Como o Diagnóstico é percebido

COMO PERCEBE O DADO	O QUE OBSERVAM	COMO EXEMPLIFICA
---------------------	----------------	------------------

PE2-Aí assim, eu percebo que esse alunos que tem dificuldade de aprendizado às vezes é mais um problema emocional que estão causando o problema da aprendizagem. Mas tem alunos que tá diagnosticado também com o TDAH e não é. Que o diagnóstico não está preciso

Ou seja, não confio muito no que tem ali naquela lista. (*lista dos alunos com NEE*)

É, eu não confio nesses diagnósticos que tem aqui. Porque assim, quando a gente estuda a gente vê “*vixe, não tem nada a ver com o que ta aí não...*”

Tem aluno que tem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e colocaram com deficiência intelectual. Então, com certeza tem aluno aqui que não está com diagnóstico e tem dificuldade de aprendizagem porque tem um déficit de atenção, sem ter a hiperatividade. Tem muito mais do que tem aí.

olha, eu lembro que eu tava fazendo um curso sobre superdotação, que é as altas-habilidades... e ela disse que o alto-habilidoso é muito confundido com o TDAH. Porque assim, eles têm... eles fazem logo a atividade e querem passar para outra atividade. Aí o professor acha que ele é hiperativo. Ele não aguenta o professor ta dando aula sendo que ele já sabe tudo aquilo ali, aquilo ele já pegou! Então ele tende a se dispersar, porque aquilo já não ta mais interessante pra ele. Então eu noto que é muito confundido o TDAH com altas-habilidades, o diagnóstico não é muito preciso. Aí causa insegurança na gente.

PE1- porque tem que persistir também esses sintomas, né? Esses sintomas eles podem mudar.

Eu já tive crianças autistas aqui, que dizem que tinha TDAH também, mas sem laudo... só o autismo, o TDAH não... Aí essa criança era agitada, era agressiva e tudo... um ano depois ele já não apresentava aquele comportamento de se jogar embaixo da cadeira, ou de mexer nas coisas, querer derrubar as coisas, ficar desatento... então pode mudar.

P2- tem várias crianças com comportamento parecido, mas que nem todas possuem um diagnóstico. E, por outro lado, têm outras com o mesmo diagnóstico, mas com comportamentos bem diferentes.

P1- Às vezes eu tenho a impressão que virou uma moda. Às vezes eu tenho essa sensação: virou moda!

Vem um monte de coisa pra cima da gente, vem pra sala de aula muita coisa, e a impressão que eu tenho é que todo mundo precisa achar um nome pra aquilo tudo... vamos achar um nome praquela criança que se comporta assim assado... então a gente fica o tempo todo procurando nomes.

Então às vezes eu acho que a gente, inclusive nesse sentido, se atrapalha e nomeia coisa quando não devia nomear e desconfia de coisas que não é bem aquilo, e não dá tempo de ir buscar, e não tem o apoio nem do pai nem da mãe, não tem a estrutura na escola... então tudo isso eu acho que é muito confuso

tenho a sensação que nós lidamos atualmente com muita criança adoecida. Pensando na questão da saúde, o termo eu acho que é esse

Então é como se essa criança estivesse mais adoecida, de modo geral. Então até um tempo atrás a gente lidava com questões de aprendizagem. Ah, tinha todo o resto? Claro que tinha! Sempre existiu.

Mas é como se tivesse começado a discutir muito tudo isso... e isso é bom, por um lado, mas a impressão que eu tenho é que acaba dando munição, digamos assim, pra que a gente saia dando nomes.

Fonte: Elaboração própria da autora

Na percepção de familiares, professores e educadores é necessário ter cautela na construção de um diagnóstico como o TDAH, que expressa uma condição de existência do sujeito. Primeiro, é importante que seja levado em consideração a idade em que se manifestam tais comportamentos. Embora este seja um transtorno de detecção prioritária na infância e que, segundo o DSM-IV e a ABDA alguns sintomas precisam estar presentes antes dos 7 anos de idade, deve-se ter prudência para não rotular como patológicas manifestações

próprias do sujeito infantil. Além disso, por ser a infância um período em que a criança encontra-se em formação de suas características subjetivas, é imprescindível observar a permanência ou não do comportamento por certo período de tempo. As vivências sociais podem levar a criança à manifestar respostas tidas como indevidas, o que pode ser contornado através de novas experiências e do auxílio à criança na construção de novas respostas.

A situação torna-se ainda mais controversa devido à imprecisão do diagnóstico. Seus sintomas, por demais inespecíficos, fazem com que ele seja confundido com outros quadros que saem do campo do transtorno comportamental sendo, por vezes, caracterizado como deficiência intelectual ou confundido com altas habilidades e superdotação. Essa diferenciação diagnóstica terá repercussões significativas nas práticas de cuidado que serão estabelecidas, nos processos pedagógicos que serão desenvolvidos para essa criança, em sua construção subjetiva e na sua relação com o outro. A inexactidão sintomatológica gera, assim, uma confusão na representação imaginária do TDAH, tornando difícil a percepção das diferentes representações de um mesmo diagnóstico.

É notória a preocupação com os discursos medicalizantes nas práticas cotidianas. Ao reduzir as experiências da vida cotidiana às racionalidades próprias de uma ciência médica, em uma determinada hegemonização de um modo de fazer e pensar as práticas em saúde, estamos diante de um Paradigma Biomédico, que tem por horizonte normativo as práticas curativistas.

A hegemonia biomédica, ao normatizar processos subjetivos e ampliar o poder científico do saber médico, acaba por diminuir a capacidade das pessoas de lidarem com seus sofrimentos e perdas recorrentes, transformando as dores da vida em doenças, nos conduzindo a um processo de medicalização da vida. (ILLICH, 1970)

Para além de práticas próprias da medicina ou de tratamentos medicamentosos, trata-se da medicalização como um dispositivo de controle da vida. Martins (2007), auxilia na compreensão do conceito no trecho a seguir:

A medicalização da vida e da existência – que difere da medicina tanto quanto o cientificismo difere da ciência – tem essa função de entorpecimento niilista do indivíduo, que encontra na ideologia da medicalização e da patologização uma defesa maníaca legitimada social, coletiva e pseudocientificamente pela indústria médica e farmacêutica, com o apoio lobista da mídia e da indústria da informação, do marketing, da publicidade e da propaganda, impressas e televisivas. (MARTINS, 2007, p. 125)

Michel Foucault (1977), ao discorrer sobre o fenômeno da medicalização, considera que tal processo está ligado a uma medicina que, valendo-se do poder de seu discurso científico, toma a sociedade como objeto de higienização, disciplina os corpos e

amplia sua apropriação sobre os sujeitos de tal forma que chega à regulação de seus comportamentos. A medicina atua como uma tecnologia do biopoder: isso quer dizer que os saberes, práticas e discursos médicos se estabelecem por meio da venda de valores, de modos de existência, de padrões de vida, de saúde e de bem-estar, na promessa de qualidade de vida, e acaba por englobar biotecnologias e difundi-las, fazendo-as permearem por todo espaço social.

O saber médico, assim, passa a atuar a partir de um poder disciplinar, pautado em um novo olhar e novo discurso sobre os corpos e seu funcionamento. Com essa racionalidade científica saúde e doença passam a ser objeto da medicina, sendo a doença um estado corporal a ser lido pela ciência. Os sintomas passam a ser peça central e, considerados os determinantes da doença, tradução direta de sinais patológicos. O sujeito, por sua vez, é separado de seu sofrimento e visto apenas como um conjunto de estruturas biológicas. (SANCHES; AMARANTE, 2014)

Na criança, vemos que a produção da patologização tem se dado de forma majoritária na idade escolar, surgindo uma estreita relação entre educação e saúde. No entanto, a partir da tentativa de se obter maior controle do desenvolvimento e do comportamento infantil, as implicações subjetivas, as características próprias do sujeito, bem como seus desejos e particularidades acabam por ser desconsiderados.

5.3. Práticas Educativas e de Cuidado

5.3.1. Fluxos Assistenciais

A infância especificada a partir do TDAH é perpassada por conhecimentos do campo da saúde e da educação. Esses conhecimentos, no entanto, são postos em contexto, influenciando e sendo influenciados por valores, crenças e costumes. Desse modo, compreender a escolha dos caminhos assistenciais e das práticas de cuidado indicará o lugar social a ela destinado.

Diante de um comportamento atípico significado no campo de um processo patológico, a rede de cuidado se estrutura na construção de um caminho assistencial, abrangendo desde a busca pelo diagnóstico até o estabelecimento das práticas de cuidado. As escolhas feitas ao longo desse percurso são influenciadas por distintos fatores: o contexto em que os primeiros sinais foram manifestados, a assistência entendida como necessária, a assistência disponível, a condição financeira da família, dentre outros.

5.3.1.1. Fluxo Interno

Pretendemos perceber nos discursos como as escolas em questão se organizam internamente diante de uma situação de dificuldade de aprendizagem: quais as relações estabelecidas entre os profissionais da escola (professores, coordenadores, diretores...), quais os fluxos internos construídos e como se estabelecem as relações internas à instituição.

Mapa 18 – Fluxo Interno

CONDUTA	DESCRIÇÃO
P1- Então, na hora que eu percebo isso, a primeira coisa é ir à coordenação “olha, eu percebi essa e essa criança que eu já sei que preciso olhar pra ela de um outro jeito.	
a partir daí eu costumo ir pessoalmente, eu vou direto para a <i>(professora do AEE)</i>	Pra eu observar se tem razão para ela ser olhada por outra pessoa que não eu” e aí a gente vai conversando...
Eu mesma gosto de ir atrás da família,	“ <i>(professora)</i> , eu queria que você observasse essa criança, por isso, isso e isso...” eu tenho uma relação muito boa com ela, por sinal. Então a gente tá sempre conversando.
Mas é isso! A coordenação e a <i>(professora do AEE)</i> , que eu faço paralelamente... e a família. Eu vou nesses	de ver como é que é, porque eu sei que mexe demais...

três pontos.

P2- Aí eu vou pra (*orientadora educacional*)

ai a (*orientadora educacional*) chama o menino, chama a família pra saber, tudo, né? Aí indica... a gente sabe que esses caminhos demoram, a pessoa fica tempos esperando uma vaga. É desse jeito.

Também tem o Mais Educação que dá o reforço de português e matemática.

Não tem AEE aqui, então acho que é essa a falta que eu tô sentindo, acho que seria justamente esse profissional que poderia me dar essas respostas, que tipo de atividade eu vou preparar... Mas assim, o apoio que a gente tem aqui na escola é da (*orientadora educacional*). Nós temos muitos casos também na escola de alunos com tendências suicidas, de alunos – principalmente alunas – de automutilação, então assim,

tem dias que eu fico “aí meu Deus, vou levar mais um caso pra (*orientadora educacional*)! Já tem tantos!”

P3- Bom, a primeira coisa que eu faço, eu converso com a coordenadora.

Eu passo o problema pra ela, e aí a coordenadora chama a família. E aí há todo um encaminhamento. Se precisar de um encaminhamento a escola faz isso. Se não, às vezes é uma questão de conversar com os pais e fazer aquele acompanhamento dentro da própria escola mesmo.

Como funciona a parceria com o AEE?

É exatamente isso! Passado o problema para a coordenação, a coordenação vai ao AEE e o AEE atende aquela criança em determinados horários, em determinados dias.

E vocês têm parcerias com outras instituições? Tipo o posto de saúde?

Eu particularmente não sei se a escola tem. Talvez tenha... possivelmente.

P4- E quando você percebe, com quem que você fala aqui na escola?

A (*orientadora educacional*)! Ou então a (*coordenadora*).

Eu já tenho uma relação com a (*coordenadora*) de muitos anos... porque assim, tem aqueles meninos ditos normais, mas que precisam do (*projeto- ONG*), que é o convenio com o futebol. Pra ver se eles se sentem importantes, ou algo assim... aí é o futebol, o dia de lazer na piscina... Então a (*coordenadora*) tem essa ponte direta com a coordenadora do (*projeto- ONG*). E a (*orientadora educacional*) a parte psicológica e a parte psicopedagógica.

PE1- Normalmente a orientação que eu faço é que eles procurem um psicólogo.

Pra que o psicólogo possa trabalhar esse lado da emoção, porque o lado que fica mais a cargo dele, né?

E dentro de sala de aula eu oriento a professora a procurar alguma atividade, algo que interesse para esse aluno para que ele se volte e dê a ela uma resposta, tá?

Porque não funcionam ações de punição. Isso não funciona. Nem pra quem não tem o TDAH. Então, se é uma administração pedagógica dentro de sala de aula, são medidas pedagógicas...

Quantas vezes na semana que passam por ti?

É só uma vez na semana.

Normalmente eu vou pra sala de aula também, porque é o melhor espaço para eu observar como é o comportamento da criança.

PE2- deixa explicar direitinho... olha, o que é que eu faço: eu pego essa planilha e entrego pra cada professor.

Aí daí ele vai me dar a informação daqueles alunos que eles percebem que tem alguma dificuldade de aprendizagem na matéria... seja na de matemática, na leitura e na escrita... eu peço primeiro para ele especificar e dizer como é que é esse aluno. Aí eu coloco algumas observações aqui que ele me passou. Eu entrego pra eles essa planilha e eles colocam se é problema comportamental ou se é problema de aprendizagem.

A partir daí eu ligo pras mãe e vou fazer as anamneses.

(...)

Mas antes eu converso com ele.

Porque aí eu quero ouvir um pouquinho do aluno. Aí toda vida antes eu converso com o aluno, porque eu quero saber o que tá acontecendo. Aí eu percebo “não, é o contexto familiar, é da sala, ou com o professor...”

Aí quando eu percebo que é do contexto familiar, aí eu vou fazer meu trabalho em quanto mediadora.

Como é meu trabalho como mediadora: é na abordagem da comunicação não violenta. Eu observo a situação sem fazer nenhum julgamento. Aí tenho o contato com a pessoa que ofendeu ou que foi ofendida. Aí eu observo a necessidade, o sentimento e aquele pedido. O quê que ele tava querendo? O que eu tô notando? O que ela tá o tempo todo pedindo? É o pedido de que ela não está bem, por exemplo, esse é o pedido dela, o pedido de ajuda. Só que eu percebi que a mãe... a mãe também não tá bem... então lá vai eu ter que fazer o trabalho com essa mãe, conversar com essa mãe, e aí pra fazer o encaminhamento pra ela.

Aí eu faço o encaminhamento pro neurologista.

Aí eu ligo pro CAPS, pro NAME, pra ver qual o que tem. Quando eu não encontro ninguém aí eu chamo a mãezinha aí eu vou pro posto com a mãe... talvez eu esteja até errada, mas eu faço isso porque se não elas não vão. Aí eu vou, falo com a coordenadora, aí a coordenadora fala “olha (*orientadora educacional*), ela tem que ir...”

Fonte: Elaboração própria da autora

A partir dos discursos apresentados é possível percebermos a criação de um fluxo informal, relacional, que ocorre no interior das instituições escolares diante da percepção de uma criança com questões comportamentais e afetivas, que impactam diretamente as questões de aprendizagem. Esse fluxo se estabelece prioritariamente a partir do professor. A rotina escolar e as vivências de sala de aula fornecem ao professor papel privilegiado na observação do comportamento infantil e na detecção de algum sinal de que algo não vai bem. Questões cognitivas, emocionais e mesmo sociais, quando ocorrem na infância, costumam apresentar

reflexos comportamentais acentuados, interferindo na relação entre pares e no processo de aprendizagem.

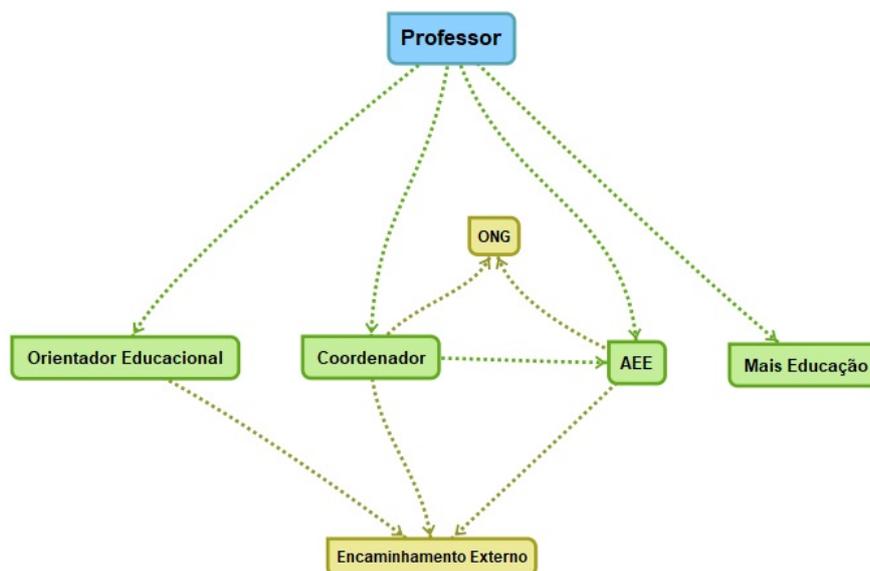
A existência de um comportamento-problema obriga o professor a desenvolver estratégias para lidar com a situação que se apresenta, seja na adoção de novas técnicas pedagógicas ou no estabelecimento de parcerias – internas e externas a instituição – na construção de uma linha de cuidado para essa criança. Os discursos apresentados nos mostram a figura do coordenador como atuando como facilitador/intermediador entre o professor, a família, e outros profissionais e/ou instituições a serem acionadas na investigação da queixa-problema e futuro acompanhamento do aluno.

Referidos enquanto profissionais que realizam o acompanhamento pedagógico dessas crianças no ambiente escolar, foram citadas o orientador pedagógico e o professor do AEE. Apesar da diferença no papel desenvolvido por esses profissionais, ambos são entendidos como referência no auxílio para o acompanhamento e avaliação, sendo constantemente solicitados quando a existência de algum conflito que envolva o aluno. Esses profissionais também constituíram-se sujeitos nessa pesquisa, significaram suas atuações e, em suas falas, podemos perceber que o mediador tem como centro das suas intervenções as situações de conflitos sociais que envolvem os alunos, buscando através da “comunicação não violenta”, intermediar as relações estabelecidas que envolvem o ambiente escolar, seja entre aluno-aluno, entre professor-aluno ou aluno-família. Já o professor do AEE tem sua atuação voltada para as questões objetivas de aprendizagem, realizam seu trabalho na estimulação do desenvolvimento e atuam junto aos alunos, aos professores (no auxílio de técnicas auxiliares) e aos familiares. Para além de suas funções particulares, esses dois profissionais foram apontados como principais responsáveis na condução do fluxo de cuidado externo à instituição.

Constatamos ainda referência ao Programa Mais Educação contribuindo no apoio às dificuldades de aprendizagem, no entanto, com foco em disciplinas específicas de português e matemática.

Abaixo apresentamos uma visão gráfica do fluxo de cuidado estabelecido dentro das instituições escolares pesquisadas. A construção da imagem teve com referência as falas apresentadas. Salientamos, no entanto, que ele é mutável, sendo o caminho percorrido construído por cada ator envolvido no processo educacional e de cuidado.

Figura 02 – Fluxo Interno



Fonte: Elaboração própria da autora

A escola, enquanto contexto social e lugar privilegiado para aprendizagem, é espaço de manifestação de singularidades. Nessas diferenciações, a existência de eventos comportamentais que se destacam pode representar fator problemático, interferindo na dinâmica da sala de aula. No entanto, tais fenômenos multicausais e multifatoriais, em nossa sociedade contemporânea, acabam por ser conduzidos dentro de uma lógica medicalizante.

Percebemos que as políticas de educação não dão conta da complexidade que envolve a questão do fracasso escolar, de modo que os profissionais de educação – sejam os professores, coordenadores, diretores – são cotidianamente convidados a construir formas particulares de lidar com essa questão e de criar práticas inclusivas, para além das estabelecidas nas políticas governamentais. Nesse processo, buscam novas técnicas e criam novos fluxos de cuidado.

5.3.1.2. Fluxo Externo

O fluxo assistencial, então, é construído pelas significações atribuídas pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, ao mesmo tempo em que é possibilitado pelas redes formais (profissionais) e informais.

Mapa 19 – Fluxo Assistencial

QUEM EMCAMINHA	PRA ONDE ENCAMINHA	COMO DESCREVE
F1- Eu (<i>mãe</i>)	cheguei a fazer 10 sessões com ele... (<i>de psicologia</i>)	só que assim, eu não tive nenhum retorno... era pelo plano que o pai dele pagava. Só que assim terminou as dez sessões, e como ele saiu do trabalho, cortaram o plano.
Aí depois que a (<i>Coordenadora</i>)	falou que tinha que falar com a psicóloga (<i>do posto de saúde</i>).	
F2- Aí, nessa época, a diretora mandou eu procurar o posto.	Eu sempre procurei no posto	No posto eu pedi um encaminhamento à médica para a psicóloga. Aí eu fiquei, fiquei, e nunca consegui... na fila de espera... aí foi que ela (<i>diretora</i>) conseguiu pra mim ir pro NAPE. Aí foram os primeiros atendimentos dele.
Eu fui também pra outra (<i>neurologista</i>) pelo colégio e a diretora foi com a gente.	Do posto ele foi encaminhado para o (<i>outro posto</i>), para o neuro.	
Ligaram lá pra casa aí eu fui com a professora lá do colégio, sabe?	F3- Ela foi numa médica (<i>neurologista</i>) Foi agora no final do ano.	Quando eu cheguei lá, a diretora já tava com essa doutora, sabe? Aí fez algumas perguntas, aí disse que ia passar um exame pra ver se ela tinha algum problema... mas até agora não resolveram nada sobre esse exame.
F4- Quando ela era do infantil, a professora	marcou pra ela um psicólogo. Aí eu disse “ <i>não, ela já tá sendo acompanhada no Albert Sabin</i> ” “ <i>ah, então não tem necessidade!</i> ”	
F5- Aí a (professora do AEE) que é de lá, chamou pra ela acompanhar...		ela disse que ele tinha problema na aprendizagem. Mais ou menos assim... Aí a gente ia, mas ela não ia. Aí a gente teve algumas sessões com ela, que ele desenhava, ela mostrava um negócio pra ele num papel e ele não conseguia identificar às vezes, né? Aí ela dizia “ <i>não, ele não tem nada não, o problema dele é limite, ele não tem nenhum problema!</i> ”

<p>(...) Aí tinha um núcleo lá naquele lugar, que é para pequenas causas... era um negócio de pequenas causas</p>	<p>Aí ela ainda marcou uma consulta pra ele num neuropediatra.</p> <p>Aí ela me deu encaminhamento pra Unifor.</p>	<p>O médico que estava lá (<i>nome do posto</i>), que era um médico muito bom! Era um neuropediatra. Foi muito corrido! Tanto que eu fui buscar ele no colégio, do colégio a gente já foi. Aí foi comigo e ficou lá e tudo bem...</p> <p>Aí eu cheguei lá chorando, desesperada com ele... Aí lá tinha uma mulher lá que era muito boa! Eu acho que ela era psicóloga...</p> <p>Ele tinha uns 11... quando eu levei ele lá pra Unifor a gente fez vários exames que eu não sei explicar... infelizmente eu não sei, mas a gente foi pro bloco F, fomos pro lá do NAIA, né? No bloco F tem. Aí fez os exames e, segundo ele, não deu nada! Porque TDAH não mostra no exame, né? Aí depois disso a gente fez outro, particular. Mas dessa vez foi acordado.</p>
<p>F6- nessa escola tinha uma psicopedagoga, foi quando ela começou a fazer sessões com ela, juntamente com a professora,</p> <p>Aí tava precisando de um laudo pra ele continuar no AEE, ele não tinha laudo, né? Que ele nunca passou pelo neuro.</p>	<p>e chegaram pra mim e pediram pra mim tentar encontrar uma neuro, pra saber o porquê dessa inquietação, dessa falta de atenção...</p> <p>F7-Aí eu levei ele na pedagoga, aí ele é acompanhado, desde pequeno. É a (<i>pedagoga do AEE</i>), aí ele começou a ter as aulas com ela, sendo acompanhado.</p> <p>Aí a (<i>pedagoga do AEE</i>) conseguiu lá no (<i>posto</i>) o psiquiatra... a consulta pra ele me dar esse laudo, pra ele continuar no AEE.</p>	<p>E como é esse acompanhamento? É, toda quarta-feira, ele ia dois dias, mas agora ela botou ele pra um dia, por ele também tá no NAPE, né?</p> <p>Aí ele deu o laudo de déficit de aprendizagem. Acho que tem até aqui... déficit de aprendizagem diz que ele tem que ser acompanhado</p>

pelo psicólogo, só... pronto, foi só a partir daí, mas ele nunca foi...

F8- Ele fazia um programa. Fazia tratamento. Ele fazia psicóloga, fonoaudióloga, psicopedagoga, ele fazia tudo... com a psicopedagoga foi assim que ele começou a escrever o nome dele, já com 8 anos.

Era lá no NAPE, lá no (*nome o colégio*)

Foi a (*diretora do colégio 1*) que arranhou pra mim.

Ela disse até assim: “*vamos ter fê*”. Porque como ela precisa desse laudo para ela mandar pra regional... aí ela tava com fê de eu arranjar, mas só o que ele deu foi isso.

PE1- Você disse que às vezes encaminha pra psicólogo, pra médico... aqui na escola vocês têm uma rede de apoio para esses encaminhamentos?

O posto de saúde daqui e a própria regional... muitas vezes elas conseguem... psicóloga não! Elas conseguem neuro lá no (*posto de saúde específico*). Aqui no posto é só a psicóloga do NASF. Quando eu encaminho para o NAPE, aí lá no NAPE eles têm psicólogo, tem fono, tem T.O.

É um local onde eu tenho encontrado apoio. Mas só que lá elas só aceitam com o laudo. Elas não vão investigar

Fonte: Elaboração própria da autora

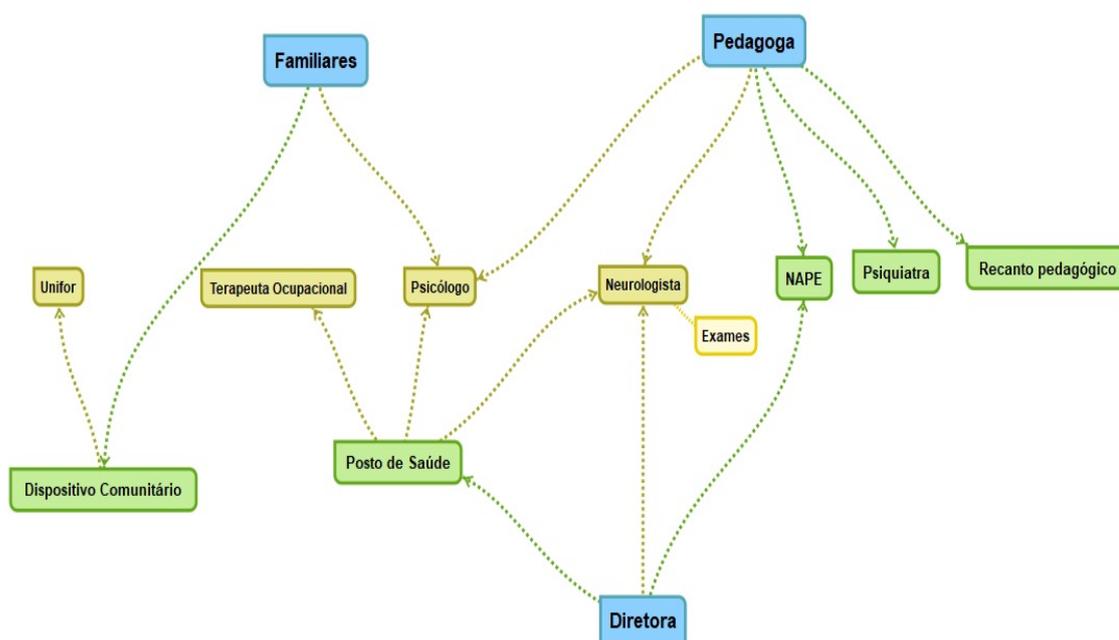
Percebemos que a escola desempenha papel central no processo de avaliação e no cuidado das crianças com suspeita de TDAH. A escola, diante da necessidade percebida, avalia e realiza encaminhamentos para outros dispositivos que busquem esclarecer os sintomas percebidos e/ou indicar o melhor tratamento. No estabelecimento da rede assistencial, é possível perceber a existência de uma rede interna, própria da instituição, compreendida por professores, coordenadora, diretora e professora do AEE, e de uma rede externa, relacionando a outros dispositivos por vezes também da rede de educação, da rede de saúde ou de outras instituições de apoio, como centros universitários. Os dispositivos possuem um fluxo próprio. Cada instituição e cada profissional, a partir de sua avaliação, busca indicar um caminho para a condução do cuidado, estabelecendo uma rede assistencial.

A partir dos discursos, podemos perceber a ausência de um diálogo mais próximo entre as redes de saúde e de educação. O fluxo entre elas ainda ocorre de modo formal.

Salientamos que, nas duas escolas, embora contempladas pelo Programa Saúde na Escola, os profissionais relataram a ausência de ações em conjunto com a Unidade de Saúde da Família do território, sendo as ações restritas às campanhas vacinais.

Ao traçarmos o fluxo institucional, é importante ainda notarmos os profissionais que fazem parte da constituição desse fluxo e seu papel na constituição desse caminho. Buscaremos sistematizar esse fluxo para depois descrever brevemente cada ator.

Figura 03 – Fluxo Assistencial



Fonte: Elaboração própria da autora

- Diretores e professores do AEE: apontados como os principais responsáveis por mediar o fluxo, recebendo as demandas dos professores e familiares e encaminhando para as demais instituições e/ ou profissionais especialistas.
- Psicólogos, terapeutas ocupacionais e pedagogos: esses profissionais são reconhecidos nos discursos como tendo o papel central no acompanhamento, o processo de estimulação e o auxílio ao aluno na superação da dificuldade apresentada.
- Médicos (dentre eles, destaca-se o Neurologista): reconhecido como o encarregado por diagnosticar, medicalizar e laudar os sujeitos infantis. Salientamos ainda a utilização de recursos como exames para auxiliá-los nessa avaliação.

Embora seja reconhecida a importância de uma atenção multiprofissional, é possível perceber o cuidado ainda ocorre de modo fragmentado. Além disso, ainda orbitamos

em uma prática biomédica, com ações ainda têm como em protocolos e procedimentos padrão, seguindo um modelo ambulatorial, centrado no atendimento clínico.

O modelo típico de serviços públicos de APS no Brasil pode ser descrito como de uma “repartição” ou “ambulatório” em que o usuário chega como a uma prefeitura ou outro órgão público: há horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos (receptionistas ou similares) fazem uma “recepção”. Há um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem (além de outros serviços como vacinações, curativos etc.). O número de vagas na agenda é limitado e elas são preenchidas por ordem de chegada, em geral. Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado. Uma mistura de lógica de consultório médico privado dentro de/ sinérgica com uma repartição pública. (TESSER, 2006)

A prática de encaminhamentos para a rede formal de cuidado em saúde tem sido bastante adotada entre os educadores diante de um comportamento ou de uma aprendizagem vista como fora do padrão de normalidade esperado. No entanto, tal conduta deve ser adotada com cautela. O encaminhamento de questões de aprendizagem para dispositivos da saúde acaba por reduzi-los às racionalidades médias, centrando a queixa em um processo individual.

Além disso, é necessário ter claro o objetivo que se quer alcançar. Para além do estabelecimento de uma categoria diagnóstica, a avaliação deve sempre ter como finalidade o estabelecimento da melhor condição do sujeito infantil. Mais que adaptá-los, deve-se preservar suas singularidades e possibilitar que se manifeste em todo seu potencial.

Assim como Vygotsky (1979), acreditamos que não se trata de negar a que alguns sujeitos possuem maiores predisposições para algumas atividades do que outros, seja por razões de ordem físicas ou genéticas. Tais diferenças, contudo, fazem parte dos processos singulares e não são determinantes para a aprendizagem. Para ele, o “homem é um sujeito datado”, estando igualmente submetido aos fatores de ordem biológica e de ordem histórica.

5.3.2. *As Práticas De Cuidado*

Estabelecidos os fluxos assistenciais percorridos no processo de investigação diagnóstica, buscaremos agora entender o caminho terapêutico utilizado e as principais práticas adotadas pelos atores envolvidos no processo de cuidado.

Mapa 20 – Práticas de Cuidado

PRÁTICA DE CUIDADO	COMO DESCREVE	O QUE OBSERVA
F2- Aí ele foi avaliado por elas tudinho lá... pela psicóloga, pela terapeuta (<i>terapeuta ocupacional</i>)... por todas, né?	ela disse que ele precisava dos	

quatro atendimentos, mas aí só ia ter dois, e os outros iam ficar na fila de espera. Aí ele ficou sendo atendido pela T.O e pela pedagoga. Aí ele passou quase um ano

Eu falei que ele tinha problema na escola, que ele mordida muito, que era muito agressivo,

ai foi, ela me deu... no primeiro momento ela não passou nada, ela pediu um retorno com 1 ano. Aí eu voltei, disse que ele não tinha melhorado, que tava na mesma, aí ela passou um remédio.

Ela disse que era um calmantezinho, só pra ver se ele ia melhorar com o calmante

Aí ela perguntou sobre o nascimento dele, aí eu contei... ele sentado aí ela disse que ele não tinha porque ele tava sentado, se ele tivesse ele não pararia, não mexia em nada...

ela disse que ele não tinha, que foi só do nascimento porque ele nasceu antes do tempo. Que ele tem 7 anos, mas a mentalidade dele é de 5... era só paciência

F3- Aí fez algumas perguntas, aí disse que ia passar um exame pra ver se ela tinha algum problema... mas até agora não resolveram nada sobre esse exame.

Elas até disseram que iam me dá um papel para fazer um passe pra ela, pra poder ela andar nos ônibus de graça... depois desse exame mesmo se desse alguma coisa eles iam aposentar ela.

F8- O doutor... Ele passou pra mim, pra ele tomar, o Risperidona.

Ai ele não se deu. Ele falou, não sei se é verdade, mas do mesmo jeito que uma criança, pode ser que a pessoa se dê, se acalme logo, mesmo que por um período, que vá fazendo efeito aos poucos... mas ele não se deu, fez foi ficar mais agitado. Aí ele tirou

Ele fazia um programa. Fazia tratamento. Ele fazia psicóloga, fonoaudióloga, psicopedagoga, ele fazia tudo... com a psicopedagoga foi assim que ele começou a escrever o nome dele, já com 8 anos.

F6- Aí eu fui... como eu falei, eu tinha um plano na época, aí eu consegui marcar com uma neuropediatra. Me atendeu a primeira vez, conversou comigo, pra saber como era o desempenho dela na escola.

aí eu levei relatórios escolares da professora, da psicopedagoga, mostrei pra ela.

Ela solicitou um eletroencefalograma, que foi feito e no retorno foi diagnosticado, né? Ela deu esse diagnóstico. Aí ela conversou comigo, me explicou um pouco o que era esse TDAH.

É um transtorno que é muito abrangente, é um assunto com muitas características, com muitas informações... aí me passou como eu poderia trabalhar com ela em casa, trabalhar com rotinas... e na escola a mesma coisa... as orientações que eram passadas pra mim eram passadas também para a professora dela

então enquanto eu pude pagar o plano ela usufruiu desses atendimentos, do acompanhamento... depois eu não tinha mais como arcar com o plano, e tive que correr para o SUS. Então assim, eu tenho até hoje exames dela lá em casa que ainda hoje não saiu pelo SUS, que é o eletroencefalograma em vigília. Esse ainda não saiu. E eu infelizmente não tive condições de pagar.

Aí ela foi medicada, ela iniciou o tratamento com Ritalina, e foi encaminhada para fazer a terapia ocupacional e para a psicóloga, que até então ela fazia 10 sessões com cada, aí terminava e eu tinha novamente que marcar e fazia mais sessões...

F7- que eu tinha que levar ele assim, pra um acompanhamento, aí eu levei ele no aí ele é acompanhado, desde pequeno. É com a (*professora AEE*), aí ele começou a ter as aulas com ela, sendo acompanhado.

É, toda quarta-feira, ele ia dois dias, mas agora ela botou ele pra um dia, por ele também tá no NAPE, né? No NAPE é toda quinta-feira, ele tem quarenta e

cinco minutos com a psicóloga e quarenta e cinco com a terapeuta ocupacional.

F5- Aí a (*professora AEE*) que é de lá, chamou pra... ela disse que ele tinha problema na aprendizagem. Mais ou menos assim...

Aí a gente ia, mas ela não ia.

Aí a gente teve algumas sessões com ela, que ele desenhava, ela mostrava um negócio pra ele num papel e ele não conseguia identificar às vezes né? Aí ela dizia “*não, ele não tem nada não, o problema dele é limite, ele não tem nenhum problema!*”

Foi o médico de lá. Com uns dez ou onze anos, estou meio em dúvida... mas acho que com dez.

Ele começou de pouquinho, ele tomava metade de um comprimido, né? Aí depois ele aumentou pra um... Aí ficou um determinado tempo... Aí depois ele colocou dois, que era um de manhã e um a noite. Aí depois quando eu reclamei que ele não estava conseguindo dormir... a noite ele não estava dormindo. Ele acordava muito a noite e não dormia mais de jeito nenhum, ele ficava sem sono. Aí ele falou “*estranho, então vou passar o Ritalina... não! Risperidona.*” Aí ele foi e começou a dar o Ritalina, uma bandinha, né? Não, o risperidona! E o Ritalina dois, que era um de manhã e um a noite.

Aí ele foi ficando mais tranquilo e tudo e acalmou! Eu sei que depois que ele veio pra cá foi que as coisas andaram, porque ele não sabia ler, não conhecia as letras, ele trocava e tudo... Ainda troca um pouco, a leitura dele não é lá essas coisas, mas já da pra entender mais.

F4- ela passou assim uns dois a três meses sendo acompanhada pela psicóloga e ela disse “*não, não diagnosticou nada...*”

sempre ela dizia que ela queria o carinho da mãe, aí a psicóloga explicou pra ela e disse que a mãe que ela tinha era a que criava ela, pois a mãe que ela aderiu quando nasceu ela não é mãe.

E ela entendeu! Só que aí a mãe dela ela vem, a mãe dela ela vem na minha casa... ela tipo, ela quer dar o melhor, ela quer dar o melhor

dela pra mãe dela, sendo que a mãe dela...

aí ele disse, não mãezinha, com 5 anos ela para porque... é só um pouquinho de abstinência, mas é pouca, é como se fosse quase nada! Então quando ela tiver 5 anos ela para e vai ficar uma criança normal... só que de repente...

PE1- O acompanhamento quem fica... quem geralmente faz o acompanhamento é a professora do AEE, se tiver a psicóloga também, né? vai trabalhar com esse aluno...

mas o médico, o neuro, normalmente ele administra o remédio, medicamentos, para que o menino fique mais calmo, mais atencioso... dessa forma

PE2- Porque é assim, a medicação do neurologista que ela (a Mãe) levou ele agora, ele fez assim um programa pra tirar alguns hábitos.

Tipo assim, pra ele acordar cedo, o que ele deve fazer... muito organizado para ele ter assim uma série com um certo controle. Aí ele melhorou bastante. Tipo assim, a distância do tempo do lanche para o almoço, por exemplo. A maneira de você estudar e a maneira de assistir televisão... organizando o tempo e o espaço dele.

Aí ele ta bem melhor. A gente não teve nenhuma ocorrência com ele esse ano. Sei que o ano ta começando agora, mas era direto, direto, direto.

Uma vez foi que eu me atrevi a ir com um aluno meu ao neuro. Mas a linguagem era de quem nem entendia qual era a deficiência que o menino tinha.

Que era que queria? Só saber se o medicamento estava dando certo. Não deve ser essa a visão. Você deve ter a visão como um todo, ver a pessoa como um todo, certo?

Fonte: Elaboração própria da autora

No cotidiano escolar, assistimos a uma crescente de comportamentos infantis que parecem não se encaixar. A escola torna-se, então, lugar privilegiado de manifestações de comportamentos tidos por anormais, atípicos, prejudiciais, cabendo aos educadores e familiares recorrer a saberes científicos especializados em busca para tais soluções. Esses comportamentos tornam-se alvo de investigações que buscam meios eficazes de controlá-los e

remediá-los. Nessa procura, vemos assumir papel de destaque os saberes no campo das ciências que se ocupam da saúde, com maior relevância para a medicina neurológica.

A construção dos itinerários terapêuticos está relacionada à percepção construída socialmente sobre o problema. O modo que a família e a escola percebem e significam o TDAH determinará as escolhas realizadas de tratamento e cuidado. Essas escolhas, portanto, são influenciadas pelas histórias de vida individuais e pelos recursos sociais e sanitários.

Ao investigarmos as práticas de cuidado adotadas, vemos que elas se situam no campo dessas ciências. Ao tentar traçar um caminho de cuidado utilizado corremos o risco de sermos por demais reducionistas, tendo em vista que estamos diante de diversas vivências que das quais diversos sujeitos fizeram parte, cada um com sua conduta e envoltos por suas significações e suas construções subjetivas. No entanto, acreditamos importante destacar algumas práticas relatadas que parecem ocorrer com frequência em nosso campo de estudo.

No processo de avaliação e tratamento dessas crianças vemos a forte presença da figura do neurologista como único especialista responsável pelo diagnóstico de TDAH. Estes, constantemente buscam exame de ressonância, eletroencefalograma (EEG) ou outros que representem características físicas cerebrais. No contexto da rede de saúde pública municipal, percebemos a escassez desses profissionais. Percebemos nos relatos a longa espera pelo atendimento especializado ou por exames como o EEG, demorando, normalmente, mais de um ano. A pouca oferta desses profissionais na rede, também inviabiliza a realização de um acompanhamento das crianças, em alguns casos, não sendo possível que o mesmo profissional constate a eficácia o tratamento prescrito. A ausência de retorno à avaliação clínica pode contribuir para que o tratamento seja conduzido de modo incorreto.

O crescimento da busca por profissionais neurologistas, no entanto, não se fundamenta no quadro clínico. Outros profissionais especializados, como psiquiatra, psicólogos e pediatras, também podem ser aptos ao diagnóstico. Além disso, os exames cerebrais, apesar de descartar a existência de outras possíveis patologias, não são determinantes para o TDAH. O transtorno é reconhecido unicamente por suas características clínicas. Desse modo, mais que o investimento em tecnologias duras e de condicionar o diagnóstico a uma única especialidade médica, é necessário o investimento em tecnologias leves, capacitando maior número de profissionais e, assim, tornando o fluxo de atenção para essas crianças mais efetivo.

O período da infância é notoriamente reconhecido como momento fundamental de desenvolvimento. A longa espera para a indicação do diagnóstico e para o estabelecimento do tratamento pode tornar os prejuízos na aprendizagem e nas relações ainda maiores.

Profissionais como psicólogos e terapeutas ocupacionais são apontados nos discursos como possuindo papel relevante para auxiliar o aluno na superação da dificuldade apresentada, cabendo a estes o papel de realizar o acompanhamento sistemático e contínuo. Na rede de saúde, como vimos, esses profissionais estão presentes nos NASF's, CAPS's ou em ambulatórios especializados, no entanto, ainda em número insuficiente.

Destacamos aqui o papel fundamental de dispositivos da rede de educação. O NAPE, enquanto núcleo de atenção voltado para as questões pedagógicas, e o AEE, em sua proposta de fortalecimento da Educação Inclusiva, visando potencializar o acompanhamento especializado para dentro do espaço escolar. Nas falas até aqui apresentadas, é possível ainda constatar a importância atribuída ao laudo médico como ferramenta possibilitadora e, por vezes, condicionante, para acessar dispositivos da rede de Educação, dentre eles o NAPE e o AEE. A emissão de um documento com um parecer de um especialista sobre determinada situação de saúde deve ser utilizada com cautela, tendo em vista as repercussões na vida do sujeito.

Diante de um diagnóstico como o de TDAH, ao buscar soluções unicamente no campo biomédico, centrando-o a partir de uma única perspectiva no campo da saúde, desconsideramos o contexto das práticas educacionais em seu papel potencializador para o desenvolvimento infantil. Faz-se necessário ampliar o diálogo entre essas duas redes para a construção de uma atuação conjunta.

A condução do tratamento de um transtorno como o TDAH, atualmente, está imbricada de conceitos, nomenclaturas e procedimentos de ordem biomédica. Embora sejam reconhecidas as influências de fatores como os valores e os costumes de uma dada sociedade, ele ainda é entendido sob uma ótica medicalizante. Há ainda hoje em dia uma forte tendência a um tratamento a base de psicofármacos para tratar as agitações e desatenções, em detrimento da adoção de condutas educativas e que levem em consideração o contexto ao qual a criança está inserida. O que pouco se é discutido é o atual estilo de vida em nossa sociedade. Como nos aponta Isaías “[...] às voltas com um estilo de vida hiperativo, nós, adultos, temos poucas oportunidades de dar atenção às nossas crianças e jovens: filhos, alunos, pacientes.” (apud EIDT; TULESKI, 2010)

Atualmente, observam-se relações sociais pautadas pelo imediatismo, em um contexto de vidas aceleradas. Os sintomas de TDAH estão relacionados com níveis prejudiciais de atenção, com prejuízos no processamento dos estímulos ambientais e capacidade de foco. No entanto, para alguns estudiosos sociais, essas dificuldades estão relacionadas com a forma que nos relacionamos com o ambiente, como o percebemos, como

interagimos. O TDAH é descrito como dificuldades para processar e mediar adequadamente a enorme quantidade de estímulos e impulsos que atravessam o campo da percepção e da atenção dos indivíduos e dos grupos. Mas, indaga Isaías,

Estaremos medicando uma enfermidade nas crianças que nós mesmos, como sociedade, causamos a elas? A impaciência por resultados e o rápido abandono diante do fracasso, a distração, a hiperatividade, a falta de escuta cuidadosa, o excesso de ruído não são, nesse caso, evidências de uma aprendizagem social bem-sucedida por parte das crianças? (ISAÍAS apud EIDT; TULESKI, 2010)

A ABDA defende que o tratamento para o TDAH deve ser multimodal, através de “medicamentos, orientação aos pais e professores, além de técnicas específicas que são ensinadas ao portador.” (ABDA, 2017) orienta ainda uma terapia psicológica específica, no campo da Terapia Cognitivo Comportamental além de formações e orientações aos professores sobre técnicas que auxiliem na melhoria do desempenho do aluno em sala de aula, buscando diminuir suas dificuldades. De modo que o programa de tratamento indicado deve incluir informações e conhecimentos sobre o transtorno, medicação, e recursos psicoterápicos.

O tratamento para o TDAH tem foco nos sintomas, as investigações sobre as suas possíveis causas estão centradas no campo biológico, nas alterações cerebrais. Encontramos diversos estudos que enfatizam a importância dos fatores sócio-culturais, mas esse reconhecimento ainda não alcança as medidas de cuidado estabelecidas para esse transtorno.

5.3.3. Práticas Educativas

Ainda no início da infância, a escola desempenha função significativa no processo de socialização da criança. Ela representa um espaço potencializador na construção de novas vivências sendo fundamental para o desenvolvimento cognitivo e social.

Dentre as competências da escola, cabe a ela o papel de estimular o desenvolvimento infantil (tanto físico, afetivo, moral e cognitivo) e promover uma aprendizagem contínua, diversificada, além de auxiliar no desenvolvimento de uma consciência cidadã.

É na escola que se constrói parte da identidade de ser e pertencer ao mundo; nela adquirem-se os modelos de aprendizagem, a aquisição dos princípios éticos e morais que permeiam a sociedade; na escola depositam-se as expectativas, bem como as dúvidas, inseguranças e perspectivas em relação ao futuro e às suas próprias potencialidades. (BORSA, 2007)

Desse modo, ao ser inserida no meio escolar, a criança se vê diante de um novo contexto em que, além de vivenciar o processo de aprendizagem formal, desenvolverá novas

interações sociais, novas maneiras de se relacionar com o mundo a sua volta e com os outros sujeitos.

A escola tem, portanto, por função precípua a de estimular o processo de socialização dos sujeitos, ocorrendo, segundo Palacios (1995), através de três processos: “os processos mentais de socialização, os processos afetivos de socialização e os processos condutuais de socialização.” (apud BORSA, 2007)

Os processos mentais se caracterizam pela incorporação de valores, normas, costumes, pessoas. Também corresponde a aprendizagem formal, através da aquisição de conhecimentos transmitidos através da escola. Os processos afetivos representam experiências emocionais, o vínculo afetivo construído. Já os processos condutuais se relacionam com a construção e interiorização dos valores sociais.

Ao ser inserida em outros grupos sociais para além do familiar, é necessário que a criança aprenda e incorpore os valores morais presentes em seu contexto social, a noção de certo e errado, o que é permitido ou negado, o que é adequado ou considerado impróprio.

Toda conduta é regulada socialmente. É o grupo social que estabelece as formas de agir e de se comportar nos diferentes espaços e com os diferentes sujeitos sociais. Desde os primeiros anos de vida, as crianças são convocadas a aprender as normas de condutas de seu meio social.

Dessa maneira, a escola é responsável não só por transmitir um saber formal, organizado, mas, e principalmente, por conduzir a criança em processos de socialização e individuação, contribuindo no desenvolvimento das relações afetivas, auxiliando no aperfeiçoamento de habilidades sociais e contribuindo na construção da própria identidade pessoal.

A escola, ao conduzir a criança no processo de socialização, a coloca diante das normas e padrões sociais estabelecidos. Cabe ao sujeito infantil, portanto, desenvolver repertórios comportamentais e existenciais compatíveis com as exigências do contexto social ao qual está inserido. De modo que a escola também se estabelece em uma função de produtora e promotora dos padrões de normalidade, determinando os comportamentos aceitáveis e quais necessitam ser reparados.

Mapa 21 – Práticas Pedagógicas

COMPORTAMENTO PERCEBIDO	PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	OBSERVAÇÕES
		P1- Primeiro, eu já chego, de cara, eu costumo dizer assim “olha, eu não posso chegar e dizer que a

Mas quando você chega em sala de aula você consegue observar a criança e perceber aquelas que saltam os olhos em termos de comportamento. É a primeira, pelo menos pra mim, a primeira coisa. Aí essa criança tem um comportamento que está se sobressaindo em relação aos outros por alguma razão. (...)

Embora no caso dela eu acredite que também tem a ver com alguma questão familiar, já que eu observava essas mudanças quando tinham um cuidado. Mas de modo geral era isso, essa fuga, digamos assim, da realidade, que eu não sei bem o que é isso... e aí quando eu chamar a criança se assusta, e volta e começa de novo, mas não sustenta, não fica, não tem essa continuidade.. e ao mesmo tempo em outros momentos, eles serem inquietos demais, brincarem, correrem, pularem... não voltarem pra sala...

que é “eu estou no infantil...” eu nunca estive. Eu quero dizer que o professor está no infantil e ele já percebe a criança mais lenta, mais desatenta, mais descuidada, sem conseguir compreender comandos

criança tem isso ou tem aquilo”.

eu ficava aqui, por exemplo, depois do horário, passei o ano inteiro ficando até 6 horas com eles. Pra eu ficar sozinha com esses mais... pra eu observar mais de perto, pra eu ficar um momento só com os dois. Tinham outros, mas eu ficava muito junto deles dois. Então a mudança foi pequena. Dentro daquilo que eu investia, eu achava assim muito pouco o avanço dessas crianças. Então, não deve ser simplesmente uma questão pedagógica.

mas nenhum dos dois eu diria “Tem hiperatividade”, mas a questão da desatenção de fato para os dois. Sendo que no caso do (*aluno*) me parecia menos... já que ele tinha uma estrutura familiar mais organizada... aí eu não desconfiei “Ah, pode ser a estrutura familiar”... já no caso dela parece um pouco esse aspecto

É... E aí entra uma questão, ao meu ver, muito grave, muito séria,

básicos que deveria compreender... ele já sente. Aí ele vai passando, vai pro infantil V, chega no 1º que é o ano da alfabetização, essa cobrança vai aumentar, né?

Em todos os sentidos, mas ele continua sendo observado, porém não tem ação. Essa criança está... eu digo é muito para a coordenadora “gente, a gente não precisa chegar no 2º pra ir atrás de um laudo, de uma questão pra ela”, mas é no 2º ano que vem essa cobrança. Porque no 2º ano vai fazer diferença. Quando a criança que chega no 2º faz essa prova do SPAECE e ela tem um laudo, é contabilizado de maneira diferente na pontuação da escola e essas coisas todas...

no entanto, ela precisa ter um acompanhamento, uma busca mais cuidadosa pra que ninguém erre na pressa de definir, pra que ela não carregue com ela um diagnóstico que não é de fato. Não é aquele. Porque aí ela vai levar... então, eu me preocupo muito com esses detalhes porque, pra mim, é importante para o meu trabalho. Mas isso não termina ali. Essa criança vai continuar.

Muito complicado! Pro professor é difícil! Nós sabemos! Eu, pelo menos, conheço o meu aluno. Eu sei exatamente aquele que devia estar ali e aquele que não devia. Mas não sou eu que determino. Aí vem uma série e outras questões... porque, às vezes, também, se for deixado por conta, não é todo mundo que vai ter cuidado.

E aí então você tem... já tivemos isso anteriormente, das crianças reprova, reprova, reprova do nada... é igual ao diagnóstico. “Vamos reprovar porque não ta bem.” Às vezes não é bem isso.

Às vezes é o jeito de ensinar que não tava legal, às vezes a criança não sabe isso, mas sabe aquilo, às vezes é uma dificuldade específica que não cabe numa reprovação. E uma série de coisas!

P2- eu tava pensando em falar com (*orientadora educacional*) se não teria como a gente fazer uma reunião só com eles, assim com as mães, pra saber realmente como

lidar com cada um. Porque só um papel desse ele não me diz muita coisa. Principalmente pra quem não é da área. A gente olha “ta, é isso aí, mas como eu vou trabalhar isso aí?”

Mas eu já entreguei atividade com a letra bastão e ele não ler, não surtiu efeito.

Ai eu tenho outro aluno que é da tarde que ele também se eu pegar com a letra bastão ele não ler, mas se eu pegar o texto e ler junto com ele e depois eu fizer, como eu fiz na provinha, que eu tive oportunidade esse dia, que a turma ajudou, eu fiquei com ele num canto da sala, li o texto com ele. E ele tirou um sete!

além desses que estão listados aqui que tem problemas, eu tenho vários outros alunos que tem problemas que não são mais assim... problemas psicológicos, psiquiátricos mesmo, decorrentes de problemas familiares, que também exigem atenção

Estou muito empenhada em conversar com as mães da cada um deles pra saber em que estágio eles estão, em questão da leitura do letramento para que eu possa ver que tipo de atividade eu posso preparar pra eles, pra entrar na sala de aula mais preparada para eles, para que não seja simplesmente incluído porque estava dentro da sala.

P3- Aí essa questão de é... a realidade deles mudou, as coisas são mais duras,

tanto é que quando você fala algo, fala de outra forma, tem mais

A idéia do trabalho é entender um pouco disso, porque a gente vê que tem várias crianças com comportamento parecido, mas que nem todas possuem um diagnóstico. E, por outro lado, têm outras com o mesmo diagnóstico, mas com comportamentos bem diferentes.

Mas assim, eu vou ser sincera, eu não vou dizer que eu vou fazer isso na aula em todas as atividades. A dinâmica da turma não permite, a gente tem na faixa de 37,38 alunos,

fica complicado de você parar tudo e ficar só numa criança, entanto realmente fica difícil!

paciência em virtude de tudo que ele vem passando, você acaba mudando e às vezes eu mudo muito a estratégia, às vezes tem que chegar chegando, botando moral, mas você tem que ir vendo o que acontece com cada um dele se a partir do momento que eles percebem que você se importa, aí o comportamento também muda, até pedir pros outros prestarem atenção.

Eu acho que, além disso, tem a questão da indisciplina também, que é outra problemática, e o que a gente nota também as vezes é o descaso da família. A gente sofre muito pela falta de acompanhamento.

Nos professores e professoras... a gente sofre muito pela falta de acompanhamento, pelo olhar da família para aquela criança. Sempre teve essa problemática, mas a gente nota que a cada dia tá se tornando pior...

P4- É, eu noto assim: eles têm a necessidade de brincar com os outros, eles tem a necessidade de interagir com os outros.. mas na parte cognitiva a gente vê a diferença, na parte do aprender junto com os outros.

Mas a gente já tá tão acostumado que a gente realmente vê a questão da socialização, a gente vê alguma coisa de diferente naquela matéria. Um desenho, uma palavra que ele vê na blusa, ou então fazer perguntas... ou relacionar o conteúdo com aquilo que eles já aprenderam ou aquilo que gostam de fazer.

PE1-É o comportamento, eu acho que eu não sei lidar muito bem com essa questão do comportamento. Gerenciar o comportamento pra mim é muito complicado.

Porque... deixa eu tentar te explicar... porque exige de mim algo que eu não me acho capaz de oferecer.

Tipo, essa criança chega aqui e ela está muito agitada e eu tento, de acordo com o que nós temos um plano específico pra essa criança.

Aqui é somente estimulação, então nós fazemos assim: eu vou descobrir o que ele gosta de fazer então eu vou ver de acordo com as

possibilidades. Exemplo: pintura. Vamos supor, hoje nós vamos ter um momento de pintura. Disponho o material, disponho até mesmo o desenho, disponho a técnica e vejo o que ele se identifica ou o que ele quer ali. Então eu vou vendo qual a resposta que ele pode dar. Só que na sala de aula ela não vai trabalhar com estimulação nesse aspecto. Ela vai trabalhar o pedagógico, e ela exige que esse menino fique quieto. Então, deixar esse menino quieto é meio que complicado, esse comportamento.

Então muitas vezes elas chegam com essa aflição e eu fico também muitas vezes sem saber como chegar até ela pra dizer como ela deve agir com aquele menino. Porque o temperamento de cada pessoa é diferente. Até o meu, o da professora... completamente diferente.

Fonte: Elaboração própria da autora

Os discursos apresentados nos situam sobre algumas questões escolares presentes nos cotidianos dos sujeitos que permeiam essa instituição. A vivência em sala de aula com crianças que apresentam comportamentos atípicos confronta o professor com questões relacionais, de como lidar com subjetividades tão distintas, e com questões pedagógicas, de possuir repertórios dentro de sua prática para estimular o desenvolvimento e aprendizagem daquele aluno com dificuldade escolar.

Percebemos a busca dos professores por construir novas práticas pedagógicas na tentativa de garantir a aprendizagem desses alunos, buscando construir estratégias e mesmo materiais de trabalho que alcancem o nível de compreensão do aluno, na tentativa de superar a dificuldade apresentada. No entanto, essas tentativas são acompanhadas de angústias devido questões estruturais, como a existência de muitos alunos em sala de aula, o que dificulta um melhor acompanhamento dos alunos com dificuldade e a falta de orientações especializadas que possam contribuir em sua prática cotidiana.

A questão da reprovação surge nos discursos a partir de duas perspectivas: se, por um lado, a reprovação é problemática ela também pode ser pedagógica. O aluno repetente nos coloca diante de uma situação de fracassos: fracasso do aluno que não foi capaz de aprender, do professor que não foi capaz de ensinar, dos familiares, que não acompanharam devidamente... toda a estrutura educacional é posta em questão, afligindo todos os envolvidos. Por outro lado, o ensino é organizado por ciclos de aprendizagem, e fazer o aluno passar para

uma etapa seguinte sem ter obtido o sucesso esperado pode significar perpetuar aquela falha na aprendizagem.

O fato é que lidar com o fracasso escolar não é tarefa fácil. Esse fenômeno tem sido estudado por diversas ciências no campo da educação – como a psicologia e a pedagogia – que buscam conhecer suas causas e buscar soluções para reduzir seus índices. Angelucci (e col. 2014) realizam um estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar, compreendidas entre os anos de 1991 e 2002, e apontam que o fracasso escolar é visto a partir de 4 concepções.

A primeira e amplamente difundida é aquela que busca correlacionar as causas a fatores individuais, culpabilizando a criança e a família. Essa corrente entende que a principal causa da não aprendizagem está relacionada a problemas de ordem cognitiva, atribuída a fatores emocionais, estes que podem ser decorrentes de relações familiares conflituosas. Também nessa perspectiva individualizante, temos as correntes que atribuem causas biológicas, buscando correlações neurofisiológicas. Essa corrente, como temos visto em nosso estudo, vem ganhando bastante representatividade e perpassando os discursos de sujeitos fora do campo biomédico.

A outra linha de pensamento atribui as causas do fracasso ao professor, sendo ocasionado por práticas pedagógicas inadequadas. Cabe ao professor buscar técnicas adequadas e fazer um bom planejamento das intervenções realizadas para garantir a eficácia do ensino.

Uma terceira corrente de pensamento compreende a escola enquanto instituição social que reproduz ao mesmo tempo em que transforma a estrutura social. Inserida em uma rígida estrutura de classes, as próprias políticas públicas educacionais trabalham enquanto mantenedora das diferenças sociais.

Por último, o fracasso escolar é estudado enquanto uma questão política que também compreendem a escola como uma instituição social regida, no entanto, o foco dessa compreensão são as relações de poder estabelecidas no interior da instituição escolar, ao se estabelecer tendo por base a cultura dominante e não reconhecer a cultura popular.

O panorama traçado por Angelucci (e col. 2014) é de fundamental relevância para a compreensão das distintas dimensões que envolvem o fracasso escolar. Conforme temos defendido ao longo dessa pesquisa, partimos da compreensão de que o processo de aprendizagem e, conseqüentemente, da não aprendizagem é multidimensional. reduzi-los a um único fator é fazer operar sobre eles uma visão reducionista e limitada que acabará por malograr na busca por melhorar os índices de insucesso escolar.

No entanto, constatamos que nos espaços educacionais e familiares ainda é predominante a visão individualizante, biologicista e medicalizante do fracasso escolar. É nessa visão que se solidifica as concepções que correlacionam o fracasso escolar ao TDAH, atribuindo tais características ao sujeito infantil.

O processo de aprendizagem, como temos visto, é singular. Cada indivíduo, a partir de suas vivências, terá seu modo de se desenvolver e de agregar novos conhecimentos, de modo que o fracasso escolar é um fenômeno com múltiplas variações. Esse fenômeno atinge um número significativo de alunos, constituindo-se uma questão em nossa sociedade contemporânea e representando um grande desafio a ser enfrentado pela escola, família e aluno. Desse modo, surgem diversos discursos, práticas e políticas públicas que visam diminuir o índice de insucesso na aprendizagem.

5.3.3.1. Alfabetização e Avaliações externas

A educação assume papel fundamental na inserção das crianças nas práticas sociais tendo como função primordial o fornecimento de subsídios específicos para a construção das competências de leitura e da escrita. O processo de alfabetização, no entanto, não está limitado à decodificação e interpretação de códigos e textos, sendo determinante para as relações sociais que serão estabelecidas.

Para Vygotsky (1979) a aprendizagem advém do processo de mediação entre o contexto social e o processo de interiorização dos símbolos sociais pelos sujeitos. A partir do reconhecimento dos símbolos e objetos sociais (processo de assimilação) e então interiorização desses símbolos (acomodação) é que se dá a aprendizagem. Dessa forma, o homem vai ordenando seu raciocínio. A aprendizagem articulada ao processo de maturação resulta no processo de desenvolvimento do sujeito. O homem, então,

interage simultaneamente com o mundo real em que vive e com as formas de organização desse real dadas pela cultura. Essas formas culturalmente dadas serão, ao longo do processo de desenvolvimento, internalizadas pelo indivíduo e se constituirão no material simbólico que fará a mediação entre o sujeito e o objeto de conhecimento (CÓCCO, 1996).

Do mesmo modo, o processo de alfabetização vai além da aprendizagem técnica e de práticas pedagógicas concretas. Ela precisa possuir ressonância com as vivências das crianças e seu contexto sociocultural.

A alfabetização consiste em um momento de fundamental relevância para o ensino, tem em vista que representa uma etapa da aprendizagem que será determinante para

todas as outras etapas que seguirão, além de influenciadora das relações sociais que se estabelecerão. Desse modo, é foco de grande atenção e investimento, surgindo diversas políticas públicas que visam aprimorar esse processo e sendo constantemente alvo de processos avaliativos que visam diagnosticar o processo de ensino.

Mapa 22 – Alfabetização e Avaliações Externas

ALFABETIZAÇÃO	AVALIAÇÕES EXTERNAS	DIAGNÓSTICOS
<p>Eu vou, porque é um trabalho parecido, de alfabetização também, que eu adoro, acho super desafiador... muito difícil, mas muito desafiador...</p> <p>É, porque no 2º ano a gente tem essa questão das avaliações externas a gente foca muito e a gente cobra muito. O 2º ano ele é muito cobrado. No primeiro ano eu sei que é comum, a criança não tem noção espacial ainda, e tudo... é mais difícil <i>“Escreva o nome!”</i> <i>“onde é que eu vou escrever?”</i> <i>“Terminou a linha, e agora?”</i> a criança acha que terminou... então, lá no 2º isso já era pra estar resolvido e mesmo que não estivesse, de acordo com as minhas intervenções, essa demora em fazer... em que essa aprendizagem aparecesse...</p>	<p>P1- Mas, tenho na minha cabeça pelo menos, a questão muito... que complica muito o meu trabalho que é a questão das avaliações externas sobre o segundo ano. Então isso me incomodou muito, desde sempre, e aí dessa vez me sugeriram aí eu <i>“vou!”</i>.</p> <p>as avaliações externas (...) eu critico demais. Elas são importantes, elas têm o seu valor, mas as escolas elas ficam muito submetidas ao que vem de lá, sabe? Então, por exemplo, eu queria trabalhar aqui, falar pro meu aluno da escola, e não dava tempo, porque era sempre muita coisa, muita coisa voltada para essa</p>	<p>e essa questão específica, de diagnósticos, ela me incomodava demais no segundo ano, porque como ele vai interferir... a criança que tem o diagnóstico ela faz uma diferença na questão dos índices e tal, e isso me incomodava muito e eu não podia brigar contra isso, então...</p>

avaliação externa, que no caso daqui é o SPAECE. Então é uma pressão muito grande.

Comentava aqui com a (coordenadora) *“olhe, eu sei que eu não posso trabalhar em função do SPAECE e nem quero! Eu quero trabalhar em função da demanda da minha turma”*.

E o SPAECE, a avaliação externa né, ela vem com tudo de lá. Tanto em termos de quantidade com de exigência mesmo né? E aí pesa, pesa pra essas crianças do 2º ano, pesa pro professor... e a gente acaba... eu que tenho uma identificação muito boa e gosto muito do trabalho com essas crianças diferentes e isso me incomodava. Porque eu não podia respeitar o tempo deles, porque eu não podia respeitar a condição deles.

É pra criança saber o nome! Ela não sabe, tem que ter uma explicação. É pra ela conhecer todas as letras! Ela não conhece. Tem que ter uma explicação. É pra ela ouvir meu comando e saber fazer o que eu disse pra ela fazer.

É porque é assim, a criança tem, até pouco tempo ela tinha um ciclo. Ela era alfabetizada no 1º, 2º e 3º ano. Ela terminava a alfabetização no 3º ano que era quando era aplicada outra avaliação externa que era a ANA, uma avaliação nacional.

A alfabetização, ao meu ver, é o nível mais difícil que tem de se ensinar. Por uma série de razões! Então eu acredito que tem a ver com isso, porque se eu termino 2º ano sem o meu aluno está alfabetizado então, automaticamente, o trabalho não foi feito devidamente. Então... e eu posso ter uma série de razões que explicam porque essa questão não foi aonde deveria. Então assim, eu acho que tem a ver com isso. *“ah, como é que pode, essa criança terminou o 2º ano e não está alfabetizada?”* Então ela tem que estar alfabetizada! Outra, como é que ela vai, ao final do ano, fazer aquela avaliação externa... não foi elaborada por mim. Eu saberia o que cobrar desse aluno, desse, desse e desse... essa avaliação eu

faço em sala! Mas a que vem de fora ela não é feita para aquela turma, com a demanda daquela turma. Ela é uma geral, no caso do Estado, já que é do Ceará. Então ela é pra todas as crianças que terminam o 2º ano.

Quando a criança que chega no 2º faz essa prova do SPAECE e ela tem um laudo, é contabilizado de maneira diferente na pontuação da escola e essas coisas todas... Então, acaba que a gente, quando chega lá no 2º, e eu sei disso porque aí é uma prática minha, e eu vivi isso ano após ano... é uma correria atrás de um laudo... e nós acabamos de comentar aqui que esse laudo tem que existir, se for o caso, mas ele tem que existir com um absurdo de responsabilidade. Ele não pode simplesmente ser ali numa pressa...

P3- É sempre bem complicado. É sempre encantador, mas é sempre muito difícil. Acho assim que nem todo professor que é educador é alfabetizador. Mesmo os que estão trabalhando na alfabetização. É um processo sempre difícil, muito delicado, muito importante, e que você tem que ter muito cuidado. Porque às vezes, nesse período da alfabetização você pode aleijar uma criança. Você pode traumatizar uma criança, principalmente quando essa criança já vem com um certo rótulo da turma anterior. Mas eu acho que é um trabalho muito especial e que não é pra todo mundo, não é pra todo profissional.

Fonte: Elaboração própria da autora

A partir das falas podemos perceber as particularidades que envolvem o processo de alfabetização e a relação com as avaliações externas. Tais relatos corroboram com Esteban (2012) ao afirmar que as avaliações, fundamentadas na necessidade de melhorar a qualidade da educação, acabam por atuar enquanto mecanismo de controle, mensurando o desempenho dos estudantes por meio de exames em larga escala.

A busca de uma medida objetiva, capaz de expressar de modo claro e neutro o nível de desempenho, orienta a formulação de procedimentos cujas preocupações são eminentemente técnicas. A mensuração aliada ao estabelecimento de metas sustenta processos de avaliação mais vinculados à gestão educacional do que à aprendizagem infantil. (ESTEBAN, 2012)

Tais avaliações acabam por reduzir os sentidos e simplificar processos complexos de aprendizagem. Ao propor uma neutralidade e objetividade, acaba por desconsiderar aspectos da dimensão sociocultural do conhecimento, dos processos de sua socialização e das dinâmicas de aprendizagem. de modo que

A ênfase na proficiência dos estudantes nos exames dificulta a reflexão sobre os múltiplos percursos de aprendizagem infantil ao validar apenas as trajetórias que estão em conformidade com as descrições existentes nos documentos que orientam a aplicação e a análise da “provinha”. (ESTEBAN, 2012)

Desse modo, esses processos avaliativos, ao propor uma hegemonia de ensino e aprendizagem, desconsideram as singularidades dos sujeitos: do seu processo de construção subjetiva, seu contexto social e suas práticas culturais. O fracasso escolar, assim, é reduzido a esfera individual.

A individualização do ensino e do fracasso escolar corrobora com o processo de medicalização do ensino, na busca por processos fisiológicos que justifiquem a não aprendizagem. O processo de medicalização da não aprendizagem é notório nos documentos regulatórios das avaliações de aprendizagem ao realizarem uma exclusão mediante os diagnósticos.

SPAECE:

não serão contabilizados no cálculo da participação e da proficiência, os alunos que se enquadrarem nas seguintes situações: I – Alunos com deficiência, devidamente comprovada por laudo, parecer, atestado ou declaração, expedidos, exclusivamente, por profissional médico. (BRASIL, 2019)

Desse modo, as políticas de avaliação da alfabetização partem de uma visão reducionista da aprendizagem e operam classificações individualizantes no aluno, tendo como único fator as questões cognitivas. Desconsideram, assim, o papel da escola como potencializadora e possibilitadora da aprendizagem por meio da criação de um projeto de escolar criador de espaços potentes para os diferentes sujeitos, respeitando suas diferenças. (ESTEBAN, 2012)

5.3.3.2. *Família*

A família aparece nos discursos como potencial colaboradora na condução da aprendizagem, auxiliando os professores no entendimento das reais dificuldades do aluno e na construção de estratégias diversificadas para o ensino. No entanto, ela também é representada como possível fonte para as alterações comportamentais da criança, podendo contribuir também negativamente no processo de aprendizagem. Enquanto espaço primário de

sociação, a família constrói possibilidades diversas para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros. De tal maneira que ela está em constante transformação, tendo sua dinâmica influenciada por aspectos subjetivos de cada indivíduo que a constitui e por aspectos relacionados ao contexto social no qual estão inseridos (DESSEN; BRAZ, 2008).

As práticas sociais que ocorrem no interior da família se compõem a partir de das vivências individuais, mas são determinadas por valores culturais. A interação do sujeito com os diferentes grupos sociais, como a família e a escola produzem vivências singulares. De modo que cada sujeito e cada família significarão um processo atípico, como um adoecimento de um dos membros ou mesmo um evento escolar, de um modo particular.

A família, enquanto sujeito coletivo, possui processos internos, restrito os membros desse grupo, que determinará o modo de acessar diferentes recursos. Estes que, como afirma Saraceno (1989), “não são apenas aqueles corporificados nos assim chamados recursos materiais, isto é, renda, serviços, bens de consumo, redes de relações. São, por natureza, também culturais e simbólicos.” (apud BASTOS, 2008).

Diante de um evento como o TDAH e as características a ele atribuídas (como agitação, inquietação, desatenção, dificuldade de aprendizagem) a família estruturará as condutas internas adotadas e também as medidas externas. Dentre as medidas externas, temos a relação construída entre família e escola e o itinerário terapêutico adotado.

Algumas considerações sobre as condutas internas adotadas e sobre a relação escola-família.

Mapa 23 – Comportamentos Familiares

COMPORTAMENTOS FAMILIARES

F1- Aí eu continuei com as regrinhas... vai fazer isso tal hora! A gente até com a rotina em casa já sabe como é. Aí eu continuei: dando limite, tirando o celular, tirar do joguinho, não deixar brincar... mas mesmo tirando ainda está nesse estado...

F4 - Aí terça feira, brincado no meio da rua, inventando mentiras! Coisa que você não diz, mas ela diz que você falou! Aí eu me zanguei, realmente eu bati nela, dei duas cinturãozada e botei ela de joelho.

Aí a gente diz: “se você não se comportar a gente vai entregar você ao seu pai! Eu sei que é difícil porque eu criei você desde pequena, mas você não merece!” Minha mãe ta deitada, ela vai lá e bate palma no ouvido da minha mãe, bem alto! Quando não ela grita...

F7- Eu até discuti com uma professora lá também. Porque ela dizia que eu que não dava moral, não botava limite e não era verdade! Porque em casa eu dou moral, eu dou limite! Mas não entra na cabeça! Quando eu ensino uma coisa agora, quando dá fé ele ta fazendo! Mas ninguém entende isso! As pessoas acham que a culpa e da gente que não educa! Era a gente que não dá educação. Era isso que as pessoas diziam.

Mas o pai dele é muito difícil o pai dele. Quando a gente ia, ele dizia um monte de coisa ruim... e... ele não ajuda nesse sentido. Dizia logo que o menino é doido, que o menino é abestado! Aí ele não ajuda tudo isso né?

Fonte: Elaboração própria da autora

O comportamento familiar diante de um transtorno comportamental infantil se dá numa tentativa de obter o controle dos sujeitos infantis. O comportamento tido com errado, socialmente condenável, precisa ser controlado, seja através de regras e ‘imposição de limites’, ou através de punição, para que a atitude não volte a ocorrer. Essas ações por parte dos pais visam garantir que a conduta da criança não volte a ocorrer e que passem a agir conforme o esperado pela sociedade e por familiares.

Os comportamentos infantis tidos como atípicos, aqui representados pelo diagnóstico de TDAH, produzem diferentes ações dentro do núcleo familiar. Se, por um lado, vemos uma tentativa de controle, por outro, produzem sentimentos de impotência e fragilidade, por não saberem quais atitudes tomar ou o melhor caminho de cuidado a seguir. Ao mesmo tempo, recai sobre a família uma culpabilização. A sociedade a julga responsável pelo “mau comportamento” do filho, fazendo emergir um fracasso familiar.

A presença de um diagnóstico representa uma justificativa e, assim, eximir a família de culpa. No entanto, exige também a criança, e acaba por reduzi-la ao diagnóstico, sendo este utilizado cotidianamente para desresponsabilizá-lo.

A vivência de um diagnóstico é bastante singular, no entanto, confronta a família com uma série de questões e sentimentos. A angústia diante do atípico e por não saber como conduzir, o sentimento de incompetência no desenvolvimento de suas funções, o receio de como o filho se adaptará à sociedade... todos esses sentimentos são causadores de sofrimento e influenciarão no processo de subjetivação infantil.

5.3.3.2.1. Relação Escola-Família

Ao longo dos capítulos viemos defendendo a importância da escola e da família como principais contextos sociais, assumindo papéis fundamentais para o processo de aprendizagem e desenvolvimento infantil, transmitindo e construindo conhecimentos com base na sociedade e na cultura. No entanto, é importante dizermos que elas podem atuar como propulsoras como inibidoras. Essas duas instituições assumem papel fundamental para o desenvolvimento humano ao transmitir para a criança as funções sociais, as regras de convivência, os processos educacionais, conduzindo-a para um processo de evolução física, intelectual, emocional e social.

A vivência de uma situação de fracasso escolar traduz um fracasso em todos os processos que envolvem a aprendizagem e aquela criança, colocando em cheque as duas instituições: escola e família. O fracasso escolar é o fracasso da criança, da escola, da família

e da sociedade em garantirem a aquisição de habilidades fundamentais para a interação e inserção da criança com o mundo. De modo que os sentimentos de angústia e frustração são compartilhados por todos. De modo que nos interessou saber como a relação família-escola tem se estabelecido.

Mapa 24 – Como a Escola percebe a família

COMO A ESCOLA PERCEBE A FAMÍLIA

P1- Porque às vezes parecia que era um desinteresse, às vezes parecia que era uma brincadeira. Ele sorria pra mim, como quem diz assim... aquele momento que eu estava lhe dando um cartão não combinava esse sorriso... se fosse na frente da mãe, esse sorriso era muito mais... então eu cheguei a conversar com mãe “ele é filho único?” não era... não mas a avó mima muito... porque tinha esse comportamento como se fosse assim superprotegido... aquela coisa de criança que não traz a mochila, que é a mãe que carrega... então uma série de coisa!

Eu deixava ela fazendo a letra, se saísse de perto ela não tinha feito de novo. Então, durante o primeiro semestre, foi muito forte isso. Aí eu chamei a família, falei com a mãe, falei com a avó, que era quem cuidava e tal.. aí teve um momento, ainda no primeiro semestre, que a irmã dela, adolescente, 15 anos, se eu não me engano... arranjou um namorado e ela começou a vir com o namorado. Eles vinham os dois, pareciam um casalzinho, trazendo ela pelo braço. Nesse período ela começou a vir toda arrumadinha, toda bonitinha, banhada, toda penteada... e ela mudou muito em sala. Eu até conversei com a (*Coordenadora*) sobre isso. O comportamento dela mudou muito e as atitudes dela em relação às atividades também mudaram um pouco.

Hoje em dia, primeiro que fica muito a cargo da escola. Essa questão ela é muito séria. E você sabe que se você olha, se o pai olha a tarefa de casa, só isso, se ele olha a tarefa de casa todo o dia a criança já se comporta diferente. Isso vai alterar a formação dela. Se ele encontra em casa... é como se fosse um todo né? Porque na hora que eu estou aqui em sala e eu cobro isso eu cobro aquilo, tenho um cuidado com isso, um cuidado com aquilo e em casa ele não tem, quebrou. Essa formação ela vai ser alterada. Então nesse sentido eu acho que vem mudando muito. Ainda tem gente muito cuidadosa, mas tem pessoas que vão largando mesmo.

P3- Realmente o porquê a gente só sabe quando a gente investiga, né? A gente tenta conversar com os pais, algum pais que nos atendem, e alguns a gente detecta que tem uma vida familiar conflituosa.

PE1- Normalmente as famílias não aceitam, mas, como elas percebem que o filho tem uma agitação a mais, que tem um comportamento que chama a atenção, elas acabam por considerar, elas dizem: “eles têm alguma coisa”. “Meu filho tem alguma coisa que eu não sei o que é. Me ajude a descobrir” então elas vem com esse questionamento. Então a gente faz uma anamnese pra saber o que é que a gente pode descobrir nessa anamnese. Tem a parte emocional do sujeito, aí a gente pergunta sobre o comportamento

PE2- eu percebo que a maioria desses alunos retidos, a maioria tem um problema a pesquisar. Ou é um problema comportamental, dentro do contexto familiar... que eu percebo que muitas das dificuldades de aprendizado aqui não é nenhum distúrbio de aprendizado, nenhum transtorno. É um problema emocional que ta causando um problema na expressão da aprendizagem desse aluno. Porque ele não se acha capaz, não acredita mais nele. Então ele não se expressa. Então eu penso que a maioria tem um contexto familiar...

Fonte: Elaboração própria da autora

Mapa 25 – Como a família percebe a escola

COMO OS PAIS PERCEBEM A ESCOLA

F1-(sobre o diagnóstico de TDAH) Eu vejo isso mais na escola, porque em casa a gente bota ele de castigo... a família consegue ensinar mais do que a escola. Sou chamada mais atenção na escola mesmo.

É porque assim, tão me procurando para poder eu ver um jeito de ajudar ele né? Mas dessa professora eu não tô sentindo muito apoio porque ela já ta dizendo pra mim que ele... já ta desistindo.

Teve só um tempo que eu fui chamada que foi pra conversar com a psicóloga. Reunião tem assim, pra conversar sobre a escola... mas nada a ver com isso do (Aluno).

F2- Não, só foi esse mesmo... o encaminhamento para o NAPE que eu fui, e esse aí. Aí depois disso elas não falaram mais comigo, não me chamaram mais pra conversar...

Não... reunião de pais é sempre com a professora, ela diz né que ele... tem dificuldade...

F5- Aí de lá como não teve assim... é tipo assim... uma ajuda mesmo pra identificar o problema dele, aí era só reclamação! Todo dia, “Ah teu filho fez isso, teu filho fez aquilo”.

Quando eu ia pra Unifor, eles diziam assim “*E o colégio o quê que diz?*” né? “*O colégio está fazendo o quê?*” E eu: “*nada!*”. *Não faz nada!*” porque não estavam fazendo nada.

Eu até discuti com uma professora lá também. Porque ela dizia que eu que não dava moral, não botava limite e não era verdade!

F6- até eu mesma não sabia que tinha esse acompanhamento La! Se eu soubesse, eu teria procurado isso de início. Mas eu não sabia... até porque assim, eu não vivo dentro da escola. Eu tento ao Maximo estar nas reuniões, mas por conta do trabalho eu não tinha tempo. Então quando eu ia conversar geralmente eu conversava com o professor. Eu só pegava o boletim e ia embora. Ou então falava com a coordenadora educacional de lá.

F7- É, lá no colégio 1, eu recebi essa assistência, aí aqui também to gostando muito, do atendimento, ela liga pra gente pra saber se aconteceu alguma coisa, se acontecer alguma coisa no recreio ela já liga, já falei com a do... serviço social né, a menina... esqueci o nome dela... é muito bom, eu tô gostando do atendimento, eu tô recebendo assistência sim.

F8- Aí tinha uma professora... assim, como em todo canto, tem às vezes umas professoras não muito boa, não muito simpática, que não gosta mesmo de criança... tá ali porque precisa do emprego, mas não gosta de criança. Aí ele não se adaptou muito com essa professora.

Fonte: Elaboração própria da autora

Percebemos a partir dos discursos apresentados que família e escola ainda atuam na lógica da culpabilização, buscando causas para o fracasso no outro. Compreendemos que os fatores vivenciados em ambos espaços e as mudanças na configuração social impactam diretamente na formação do indivíduo. As questões apresentadas como conflitos familiares, vivências como a mudança de referencial familiar impactam diretamente nas questões emocionais e comportamentais da criança, no entanto, a partir da fala dos familiares, notamos uma ausência de uma relação família-escola mais efetiva. As mães queixam-se da falta de acompanhamento e ausência de reuniões ou outros momentos para conversar sobre o aluno e construir formas de cuidado.

Esses contextos possuem suas singularidades, mas também suas similaridades, representando espaços fundamentais para o desenvolvimento infantil. Há, portanto, a necessidade de uma maior aproximação entre esses dois contextos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender os sentidos atribuídos à infância a partir do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é reconhecer que estamos diante de uma infância plural e multifacetada. Tratamos, portanto, de infâncias, onde cada uma representa um constructo complexo, sendo significada e vivenciada a partir da interação de distintos fatores sociais, econômicas, políticos, culturais, subjetivos...

Compreendendo a multiplicidade desses fatores que perpassam a constituição subjetiva do ser infantil, defendemos que o olhar e a significação que os sujeitos sociais operam sobre a criança ocupam papel fundamental no processo constitutivo. Nessa perspectiva, operamos uma análise a partir de uma semântica biológica, em que as significações e representações verbais de pais e educadores nos apresentam indícios de um modo de ser e se constituir criança.

Essa complexa rede discursiva, ao significar a infância, faz emergir em cada tempo histórico, diferentes formas de cuidado, proteção e condução de modos de vida. Elas não apenas estruturam o “ser criança”, mas determinam a condução da infância na sociedade, os papéis a ela atribuídos, os espaços ocupados, além de produzir subjetividades e identidades.

Em nossa cultura, um dos principais papéis sociais exigidos à infância é o desenvolvimento da aprendizagem escolar, essa que deve se subordinar a padrões estabelecidos. Esses padrões educacionais são definidos tendo como referência prioritária as características observadas em cada idade cronológica, o que fundamenta a divisão do ensino regular por ano letivo.

A ocorrência de eventos que fogem a norma é constantemente vivenciada com angústia e encarada como uma possibilidade de um fracasso no processo educacional. Na tentativa de evitá-lo ou amenizá-lo, inicia-se um processo de investigação das possíveis causas para os comportamentos e padrões de aprendizagem atípicos. Nesse processo de investigação, o discurso científico é constantemente evocado e, dentre eles, com predominância o discurso biomédico no campo da saúde mental.

A não aprendizagem nos coloca diante da possibilidade de uma situação de fracasso escolar. Mas de quem é o fracasso? Fracasso da instituição, que não possibilitou o ensino satisfatório; fracasso do professor, que não conseguiu transmitir o conhecimento; fracasso da família, que não prestou o devido apoio no processo de aprendizagem da criança; fracasso do sujeito infantil, que não atendeu ao padrão normativo de aprendizagem...

No cotidiano das instituições escolares é possível perceber que é crescente o processo de individualização das causas da não aprendizagem, sendo a responsabilidade constantemente atribuída ao aluno. Essa perspectiva corrobora com a visão do fracasso escolar a partir de uma ótica individualizante e patologizante, em que a não aprendizagem é tida como uma disfunção do organismo, devendo, portanto, ser tratado no campo da saúde. É nessa relação entre processos educacionais e saúde mental que se insere o diagnóstico de TDAH.

Apontado como uma das causas para a não aprendizagem, sua notoriedade no campo da educação se justifica a partir de um quadro sintomatológico que se relaciona diretamente a processos cognitivos como atenção e concentração, que, por sua vez, exercem papel fundamental no processo de aprendizagem. Além disso, por possuir um quadro sintomatológico por demais abrangente, o diagnóstico é um tanto quanto impreciso e fundamentalmente clínico. A ausência de clareza quanto ao quadro clínico e a inexistência de exames e parâmetros seguros contribuem para a ampla difusão desse diagnóstico.

A expansão do diagnóstico de TDAH é notória em nossos dias. No entanto, embora o TDAH seja reconhecido como um dos transtornos mais difundidos na infância, ao investigarmos os dados epidemiológicos, nos deparamos com a não existência de números precisos que indiquem sua incidência. Não há referência precisa em bancos de dados da Rede de Saúde ou de Educação do município de Fortaleza. Essa ausência de quantitativo tem a ver com o modo de estruturação da política de Saúde Mental que, embora possua fluxo preestabelecido, não consegue garantir um cuidado ampliado por não haver uma comunicação efetiva entre os diversos dispositivos da rede. Além disso, eventos como a não informatização de alguns dispositivos dificultam a elaboração e o acesso aos dados.

Outro fator que dificulta a obtenção de dados é a abrangência e inespecificidade encontrada em políticas de Educação como a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEI). Segundo as prerrogativas dessa política, o Atendimento Educacional Especializado é determinado para um público específico, definido a partir de algumas situações de saúde que envolva deficiências (de natureza física, intelectual, mental ou sensorial), transtornos globais do desenvolvimento (alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, como autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett...) e altas habilidades/superdotação. Embora o TDAH não se enquadre nos grupos alvo da política, a criança que apresenta tal transtorno é percebida como um problema no contexto educacional. Em busca de maior suporte e auxílio nas dificuldades educacionais e comportamentais presentes no cotidiano, há uma tentativa de inseri-los dentro da política, fazendo com que

profissionais de saúde e educação recorram ao enquadramento do TDAH dentro de diagnósticos mais abrangentes como o de Deficiência Intelectual. Essa distorção na nomenclatura diagnóstica torna os dados ainda mais imprecisos.

Além da inespecificidade dos dados, a regulação de uma política educacional a partir de nomenclaturas diagnósticas corrobora com um processo de individualização da não-aprendizagem e consequente patologização do fracasso escolar, transferindo questões educacionais ao campo das ciências biomédicas. Percebemos que, historicamente, ao adentrar ao espaço escolar, o saber biomédico colaborou na construção de uma criança “normal”, padronizando comportamentos, processos de aprendizagem e desenvolvimento. Em oposição, emergiu a criança “anormal”, aquela que se encontra fora do padrão constituído. Coube a medicina a busca por reconduzir a criança anormal a um estado de normalidade.

As ciências biomédicas construíram um novo olhar sobre o sujeito, para além do campo fisiológico. Estabeleceram, assim, um novo discurso sobre os seus corpos, seu funcionamento e comportamentos, operando uma categorização e determinando um ideal de funcionamento. Nessa lógica, os sinais de desvio à norma estabelecida são tidos como sinais de um desenvolvimento patológico.

A compreensão da não aprendizagem a partir de uma perspectiva biomédica é traduzida nas práticas de cuidado adotadas por familiares e educadores. Constatamos que, nas escolas pesquisadas, na detecção de um comportamento problema ou de um padrão de aprendizagem fora do esperado, inicia-se um processo de avaliação. Esse processo avaliativo tem início ainda na escola, e tem como figura central a psicopedagoga, responsável por elaborar um primeiro parecer e, junto aos professores e familiares, estabelecer o fluxo assistencial no qual a criança será inserida. Nesse fluxo, observamos que os principais profissionais buscados são psicólogos e terapeutas ocupacionais – tidos como responsáveis pelo acompanhamento e auxílio na superação da dificuldade – e médicos neurologistas e psiquiatras – apontados como responsáveis pelo diagnóstico e tratamento medicamentoso.

Aspectos sintomatológicos de patologias como o TDAH vão sendo assim incorporadas ao imaginário e discursos dos sujeitos, havendo uma forte tendência a homogeneização dos comportamentos, operando uma classificação das crianças negligenciando fatores de ordem social e relacional que podem estar associados ao comportamento tido por desviante.

Ao realizarmos um mapeamento dos significantes utilizados para descrever as crianças, constatamos que familiares e educadores se apropriam de termos técnicos e utilizam aspectos sintomatológicos do TDAH como qualificadores. Ao discorrerem sobre o TDAH, os

entrevistados o caracterizaram por ‘agitação’, ‘inquietação’, ‘dificuldade de concentração’, ‘dispersão’, ‘dificuldade de leitura e escrita’, ‘uma condição inerente ao ser’, ‘dificuldade de selecionar estímulos’ e ‘agressividade’. Em paralelo, as crianças foram significadas a partir de seus processos cognitivos (aspectos da inteligência – como memória e raciocínio – e capacidade de foco e atenção) e aspectos comportamentais (características como ‘agitado’, ‘agressivo’ e ‘inquieto’... ou em oposição a essas, descritos por ‘comportado’, ‘tranquilo’, ‘calmo’ e ‘quieto’).

O discurso científico então reverbera nos discursos de familiares e educadores. A utilização de nomenclaturas biomédicas e de aspectos sintomatológicos auxilia na constituição de um modo de ser criança. Mais que descrevê-la, o modo de significar a infância é fator determinante para a construção do papel social a ser desempenhado, dos espaços sociais que deverão ser ocupados por ela, os processos subjetivos desenvolvidos e das práticas de cuidado direcionadas a este grupo.

A construção do diagnóstico de um transtorno como o TDAH no contexto escolar tem início fundamentalmente diante de situações de não aprendizagem e de questões comportamentais. Na maioria dos casos investigados, a queixa se originou na escola, sendo localizadas predominantemente na fase escolar de alfabetização, com crianças que apresentavam atraso no processo de letramento. As professoras ocupam assim relevante papel na identificação e significação de um comportamento como problema e na condução do cuidado. No contexto aqui apresentado, diante de tal constatação, as crianças foram encaminhadas para a psicopedagoga, que foi a responsável por dar início ao processo de investigação diagnóstica. A partir da análise psicopedagógica, era então traçado um fluxo de cuidado para cada criança em questão. Esse fluxo geralmente consistia em solicitação de auxílio diagnóstico a profissionais médicos.

Os encaminhamentos de crianças com questões escolares para o campo da saúde nos apontam a necessidade de um trabalho interprofissional no processo de significação dos processos infantis, no entanto, a escolha por uma categoria específica no campo da saúde e a ausência de comunicação efetiva entre os profissionais dos dispositivos da rede de educação e de saúde, nos sugere um modo de entender e pensar as queixas educacionais que corroboram com um processo biologizante e patologizante da aprendizagem. Tal conjuntura, ao mesmo tempo em que faz emergir questões relacionadas à estruturação e funcionamento das redes, nos coloca diante de um processo ideológico científico que o campo de saber biomédico ainda impera nos processos de cuidado.

Inseridas na rede de Educação, ao observarmos as microrrelações estabelecidas no contexto das práticas de educação e de cuidado, percebemos que, ao lidar com situações de comportamentos atípicos, professores e familiares ainda recorrem a práticas coercitivas, através de punições e castigos. A ausência de resultados considerados por eles como satisfatórios, os levam a buscar soluções no campo da saúde. A classificação da criança a partir de um diagnóstico médico é percebida como justificativa para o comportamento-problema, ao mesmo tempo em que apresenta a possibilidade de ‘cura’ – através de terapêuticas medicamentosas – ou outros paliativos. O laudo torna ainda possível a inserção da criança em políticas educacionais especiais, como a PNEEI, que visa garantir o ensino regular, dando uma atenção diferenciada. No entanto, percebemos que a orientação e suporte aos professores para uma prática pedagógica inclusiva é ineficiente ou mesmo inexistente de modo que o diagnóstico, mais que terapêutico, torna-se um rótulo, além de haver uma desresponsabilização da escola e da família pelo processo de aprendizagem.

No campo da educação inclusiva, é incontestável a importância da figura do professor do AEE junto aos alunos com necessidades específicas, seja no auxílio no processo de aprendizagem, na ampliação do cuidado dentro do ambiente escolar, ou mesmo no apoio pedagógico à equipe de professores, contribuindo para a construção de práticas escolares inclusivas. Entretanto, tais ações se encontram fragilizadas: não há sistematização para as trocas pedagógicas entre professor do AEE e professores do ensino regular, ocorrendo de modo individualizado, além disso, as ações do AEE não são incorporadas nos planejamentos pedagógicos da instituição. Tal configuração acaba por resultar na constituição do AEE enquanto serviço especializado que, embora ocorra dentro da instituição escolar, não reverbera nas ações de sala de aula.

Professores e educadores apontaram ainda uma angústia frente ao modelo educacional adotado na rede de educação, principalmente, nos anos escolares responsáveis pelo processo de alfabetização. As exigências por resultado e a adoção de um modelo avaliativo pautado nas avaliações externas (seja municipal ou nacional) vão de encontro a uma perspectiva de educação inclusiva e acabam por reduzir as possibilidades pedagógicas, não permitindo a manifestação das singularidades dos sujeitos, sejam alunos ou professores.

Na rede de Educação, testemunhamos ainda ao enfraquecimento das ações educacionais que lidam diretamente com dificuldades escolares. Programas como o ‘Mais Educação’ que surgiu com o objetivo de melhorar a aprendizagem em português e matemática no ensino fundamental por meio da ampliação da jornada escolar, e atualmente encontra-se fragilizado, com ações diversas e diferentes das contidas na sua prerrogativa original além de

não estar presente nem sistematizado em todas as escolas da rede, o que impossibilita a garantia do suporte pedagógico necessário.

Na rede de saúde, a demanda por avaliação infantil com queixas relacionadas a processos de aprendizagem habitualmente são encaminhadas para serviços de Atenção Primária, mais especificamente para as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Nas UAPS, a criança é direcionada para atendimento médico, onde será investigada sua situação de saúde e desenvolvimento e avaliada a necessidade de encaminhamento para profissional especialista.

No território investigado, as Escolas contavam com o apoio de uma UAPS de referência. Nessa, além dos profissionais previstos da equipe de Saúde de Família (médico, enfermeiro e agente de saúde), havia o suporte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Composto por uma equipe multidisciplinar – entre eles, psicólogos e terapeuta ocupacional – o núcleo visa à ampliação do cuidado em saúde, para além de práticas biomédicas e curativistas. A partir dos relatos, percebemos a potência de um processo avaliativo e mesmo terapêutico a partir de uma ótica interprofissional, no entanto, tais equipes não estão presentes em todos os territórios.

Diante da detecção de algum transtorno, ou na necessidade de auxílio diagnóstico, os profissionais da UAPS solicitavam a avaliação de médicos especialistas, encaminhando as crianças para serviços da Atenção Secundária. Dentre os dispositivos de referência, merecem destaque o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e as policlínicas. O CAPSi com o cuidado voltado para a saúde mental, a criança era encaminhada para psicólogo e psiquiatra. Já na policlínica, com serviços ambulatoriais especializados, o encaminhamento era feito para o neurologista. Nesses dispositivos da rede os médicos psiquiatras e neurologistas surgem como responsáveis por fechar o diagnóstico de TDAH e definir a conduta terapêutica e medicamentosa a ser adotada.

A rede de saúde, com seus serviços assistenciais organizados de forma hierárquica (atenção primária, secundária e terciária), apresenta um fluxo assistencial bem definido. No entanto, observamos que há dificuldade para acessar os serviços devido à discrepância entre a demanda e ofertada. Tal fator torna o processo avaliativo moroso, ficando a criança numa lista de espera para o atendimento com especialista. Essa longa espera prejudica o processo de desenvolvimento e aprendizagem infantil, que deixa de receber a estimulação adequada.

No caso específico do TDAH o diagnóstico é fundamentalmente clínico, de modo que uma equipe de UAPS e NASF orientada para essa avaliação e cuidado, em uma atuação interdisciplinar, pode realizar o diagnóstico e orientar familiares e escola nesse processo de

cuidado. A ausência de equipe multiprofissional e processos de formação continuada que capacitem os profissionais da atenção básica para eventos cotidianos como o TDAH acaba por burocratizar o serviço, centrando o cuidado nos níveis de atenção especializada. Percebemos ainda a ausência de interlocução entre os serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção, contribuindo para a fragmentação do cuidado e tornando-o, conseqüentemente, descontínuo.

Ao observarmos as redes públicas de Educação e de Saúde, constatamos uma frágil relação estabelecida, em que o diálogo entre os distintos dispositivos é bastante incipiente e ineficaz. A ocorrência de transtornos como o TDAH faz emergir a necessidade de aproximação entre as distintas políticas públicas no processo de co-construção do diagnóstico e na corresponsabilização no processo de cuidado.

A fragilidade nas ações relacionadas às dificuldades de aprendizagem leva a escola a demandar um parecer sobre a criança para a rede de saúde. No campo da saúde, é iniciado um processo de investigação diagnóstica. A ausência de comunicação entre as redes faz com que a queixa que antes estava sob governo dos processos educacionais, seja transferida para o campo da saúde. Como consequência, a criança tem seus processos cognitivos reduzidos a um único campo científico, segmentando sua subjetividade e desconsiderando fatores sociais e culturais que também constituem o psiquismo humano.

Percebemos que o paradigma biomédico ainda possui grande representatividade nos processos de cuidado de saúde. E também a escola – enquanto instituição social – e as políticas públicas educacionais operam sob uma lógica que contribui para a manutenção das diferenças. Ao reproduzir discursos do campo da saúde para descrever processos de aprendizagem e dar ênfase em justificativas biologicistas em detrimento das questões pedagógicas, corroboram para o fortalecimento de uma ideologia patologizante

A criança, enquanto ser em processo, vivencia conflitos e dificuldades próprias da fase da vida e das etapas de aprendizagem. A forma de lidar com essas adversidades, mais que a manifestação de um sintoma, pode representar uma tentativa de solução diante de um conflito vivenciado. Cada criança apresentará uma forma singular de se expressar e buscar soluções para as questões da vida. Faz-se necessário a apreensão das necessidades infantis a partir de uma concepção de sujeito integral, condicionado por aspectos biopsicossociais, e, como tal, dotado de subjetividade e singularidade, numa complexa relação entre processos educacionais e da saúde.

Merece destaque um projeto exitoso (embora ainda incipiente): os Núcleos de Atendimento Pedagógico Especializado (NAPE). Esses dispositivos da política de Educação Especial compõem a rede Estadual da Educação e possuem uma visão ampla dos eventos

relacionados a não aprendizagem, para além do campo biomédico, considerado saúde e educação como processos complementares. Eventos como o TDAH são multifacetados e necessitam de uma compreensão ampliada dos processos infantis para garantir um cuidado integral, o que pode ser facilitado a partir da perspectiva de trabalho interdisciplinar, com uma equipe multiprofissional.

Para além de um processo individual e patológico, a aprendizagem envolve desde processos pedagógicos incorporados nas etapas do ensino escolar até questões familiares e sociais transversais ao ambiente escolar que afetam o processo de aprendizagem. Vivemos atualmente em uma sociedade marcada por relações sociais rápidas, imediatista, acompanhada por um momento de crise capitalista, desemprego estrutural, pobreza e outras situações de vulnerabilidades sociais que estão presentes no interior das famílias. O sujeito infantil é perpassado por toda uma multiplicidade de fatores, que afetam suas manifestações emocionais e seu comportamento, e não podem ser avaliados fora do contexto ao qual estão inseridos.

Defendemos que o processo de ensino-aprendizagem precisa ser reconhecido a partir da interação desses diferentes fatores, sejam eles orgânicos, cognitivos, emocionais, sociais ou pedagógicos. Do mesmo modo, também é necessário reconhecer o sujeito em sua integralidade, a partir da interação dos fatores biopsicossociais e, como tal, repleto de singularidades. Reduzir a análise do sujeito a um desses fatores seria reduzir suas possibilidades de existência.

Também o entendimento das Redes de Educação e Saúde e as políticas públicas que as constituem precisam ser pensadas de forma ampliada, para além de barreiras existentes entre os campos de saberes. Pensar a possibilidade de trabalhos interprofissionais e interredes é uma perspectiva desafiadora e que tende a romper com o paradigma ainda hoje vigente. Procuramos discutir essas relações a partir de um campo de cuidado específico, delimitado pelo diagnóstico de TDAH. Não temos, no entanto, a pretensão de esgotar tais questões, tendo em vista sua amplitude e profundidade. Acreditamos que fomentar discussões críticas sobre tais configurações de rede e ideologias que operam são de profunda relevância e esperamos que esse trabalho torne-se meio agregador para novos estudos nesse campo de investigação.

7. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (ABDA). **Transtorno Do Déficit De Atenção Com Hiperatividade**, 2017 Disponível em: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/cartilha%20ABDA.final%2032pg%20otm.pdf>

Associação Brasileira do Déficit de Atenção. (ABDA) **O que é o TDAH?**. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>. Acesso em: 03 de outubro de 2018.

ABREU, H. R. M. **A medicalização da vida escolar**. Dissertação de Mestrado, Escola de Educação, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ALBUQUERQUE, M. E. C.. **A criança na escola [manuscrito]: os sentidos da escolarização para alunos tidos como “problemáticos”**. 2010.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

American Psychiatric Association (APA). **DSM-II – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 1978.

American Psychiatric Association (APA) **DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

American Psychiatric Association (APA). **DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; COELHO, L.C.A. A estratégia Saúde da Família e o SUS. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. Epidemiologia & Saúde*. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013

ANGELUCCI BIANCHA, C.; KALMUS, J.; PAPARELLI, R.; PATTO SOUZA, M. H., O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 51-72, Abr. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022004000100004&lng=en&nrm=iso Acessado em: 07 Mar. 2018.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. – 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AYRES, J. R. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 28(4), 311-319, 1994.

AZEVEDO, A. M. L. A Invenção de uma infância: breves reflexões sobre a criança como categoria histórico-filosófica **Revista Fórum**, V. 01, N. 01. jul/dez 2013.

BARBOSA, R. M.; MARINHO-ARAÚJO, C. M.. Psicologia escolar no Brasil: considerações e reflexões históricas. **Estud. Psicol**, Campinas , v. 27, n. 3, p. 393-402, Set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000300011&lng=en&nrm=iso Acessado em: 28 Fev 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000300011>.

BASTOS, A. C. de S.; TRAD, L. A. B. A Família enquanto Contexto de Desenvolvimento Humano: Implicações para a Investigação em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 106-115, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100106&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 07 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319983100272014>.

BOARINI, M. L., BORGES, R. F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, v.3 n. 1 p.83-108, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a05v03n1.pdf> Acessado em: 24 nov 2018.

BORSA, J.C.. O papel da escola no processo de socialização infantil,2007. Disponível em www.psicologia.com.pt Acessado em 23 de ago de 2008.

BRAND, E. M. et al. Profissionais da saúde acerca do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Saúde em redes**. v.3 n.3 p.222-229, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia**. v.2, n. 2; 2012.

BRASIL. Ministério da Educação (1996). **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm Acessado em: 13 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Educação (2005). **Lei Nº 11.114, de 16 de maio de 2005**. Altera os arts. 6º, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade. Brasília, DF, 2005 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm Acessado em: 20 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Educação (2006). **Lei nº 11.274, de 06 de fevereiro de 2006**. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Brasília, DF, 2006 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm Acessado em: 23 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial.(2008) **Decreto nº 6.571, de 18 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007. Brasília, DF, 2008 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6571.htm Acessado em 22 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Educação (2011). **Decreto Nº 7.611, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília, DF, 2011 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm Acessado em: 15 mar 2019

BRASIL. Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira(2019) **Portaria Nº 366, de 29 de abril de 2019** Estabelece as diretrizes de realização do Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) no ano de 2019. Brasília, DF, 2019 Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-366-de-29-de-abril-de-2019-86232542> Acessado em 22 fev 201

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, 33, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. (2014) TDAH atinge de 3 a 6% da população mundial.. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34273-tdah-atinge-de-3-a-6-da-populacao-mundial-saiba-mais-sobre-o-transtorno.html> Acessado em: 23 mar. 2018

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade** Ano VIII nº 23| março de 2014

CALIMAN, L. V. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH **Psicologia Ciência E Profissão**, v.30 n.1 p.45-61, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000100005&script=sci_abstract&tlng=pt Acessado em: set 2018

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, F. A. H.. Neurociências e educação: uma articulação necessária na formação docente. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 537-550, Nov. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300012&lng=en&nrm=iso Acessado em: 12 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300012>.

CÓCCO, Maria F. e HAILER, Marco Antônio. Didática da alfabetização: decifrar o mundo. **Alfabetização e Socioconstrutivismo**. São Paulo: Ed. FTD, 1996.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: *Medicalização de Crianças e Adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DECOTELLI, K. M, BOHRE, L. C. T., & BICALHO, P. P. G. **A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política**. *Psicol. cienc. prof.* [online], v. 33(2), p. 446-459. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200014 Acessado em: 12 Aug. 2018

DESSEN, M. A.; BRAZ, M.P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento

humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. (Orgs.), **A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras** (pp. 132-151). Porto Alegre: Artmed Editora S.A. 2008.

DESSSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. (Orgs.), **A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras** (pp. 132-151). Porto Alegre: Artmed Editora S.A. 2008.

DESSSEN, M. A.; POLONIA, A.C.. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000100003&lng=en&nrm=iso. Acessado em 10 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100003>.

EDINGTON, V. L. T. **A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica**. Salvador, 2012. Dissertação (pós-graduação) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C.. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 40, n. 139, p. 121-146, Abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000100007&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 07 Ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000100007>.

ESTEBAN, M. T. Considerações sobre a política de avaliação da alfabetização: pensando a partir do cotidiano escolar **Revista Brasileira de Educação**, v. 17, n. 51, set-dez, 2012, pp. 573-592 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/05.pdf> Acessado em: 15 jan 2019

FARIAS, J. M. **Experiência e produção de sentidos de familiares cuidadores de crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno mental**. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2016

FERNANDES, P. D.; OLIVEIRA, K. K. S. **Movimento Higienista E O Atendimento À Criança**, 2012.

FERRAZZA, D. A, & ROCHA, L. C. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. **r. inter. interdisc. interthesis**, Florianópolis, v.8, p. 237-251, 2011. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2011v8n2p237> Acessado em: 22 ago 2018

FERREIRA, P. V. C. Uma Revisão Teórica sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Estratégias Educacionais de Atendimento ao Aluno com TDAH **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 2 n. 2, p. 57-75, jul./dez. 2011

FIGLIARO, M. A. Medicalização do corpo na infância: Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, 1(1), 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S0103-7331200900040001400007&lng=pt Acessado em: 11 mai 2019

FONTANELLA B. J. B., MAGDALENO JR R.. **Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas**. *Psicol Estudo* [Internet]. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf> Acessado em: 21 mai 2019

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **Os anormais - Cursos do Collège de France 1974-75** (E. Brandão, Trad). São Paulo: Martins Fontes, 2001

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 12. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

FOUCAULT, M.. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GIOVANELLA, L., et AL. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação local. **Saúde em Debate** (Rio de Janeiro). 2002; 26(60): 37-61.

GIUSTI, K. G. **A medicalização da infância: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016

HENICK, A. C.; FARIA. P. M. F. **História Da Infância No Brasil**. XII Congresso Nacional De Educação – Educere, Paraná, 2015

ILLICH I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. In: **Ciência saúde coletiva** [online]., vol.18, n.3, 2013pp.803-816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300026&script=sci_abstract&lng=pt Acessado em: 26 nov 2018

LOBO, L. F. O nascimento da criança anormal e a expansão da psiquiatria no Brasil. *In*: RESENDE, H. (Org.) **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2015.

MADUREIRA, A. F. A.; BRANCO, A. U.. A pesquisa qualitativa em psicologia do desenvolvimento: questões epistemológicas e implicações metodológicas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 1, p. 63-75, abr. 2001 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2001000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 ago. 2019.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, A. O biopoder e a medicalização da vida: novas reflexões In Comissão de Direitos Humanos do CRP–RJ (org). **Direitos humanos?: o que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: CRP-RJ, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

MORAES, A.A., **Educação Infantil: Uma Análise das Concepções de Criança e de sua Educação na Produção Acadêmica Recente (1997-2002)**. Florianópolis, 2005. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal de Santa Catarina.

NETO, J. C. S. História da Criança e do Adolescente no Brasil. **Revista unifeo**, Centro Universitário FIEO . v.2, n. 3, 2000.

NEVES, R.A.; DAMIANI, M. F. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. **Unirevista**, v. 1, n. 2, p.1-10, abr. 2006. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/3453> Acessado em 17 nov 2018.

OKAMOTO, M.Y. A patologização e a medicalização da infância: um olhar sobre a família e as crianças. In: EMIDIO, T.S.; HASHIMOTO, F. (Org.) **A Psicologia e seus campos de atuação: demandas contemporâneas**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. p. 85-111.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). **CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. São Paulo: Edusp. 1993.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf Acessado em: 21 nov 2018

Organização Pan-Americana de saúde. (OPAS) **Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes**. Atualizada em setembro de 2018 Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839 Acessado em: 21 mar 2019

PANDE, M .N. R. **Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças**. / 2016 Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20783>

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **O desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In.: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ªEd. Cortez, São Paulo, 2004.

PRIORE, Mary Del (Org.). **História das crianças no Brasil**. 7. ed. 1. reimpressão. São Paulo: Contexto, 2013.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. **Vygotsky e o desenvolvimento humano**. Disponível em: <https://josesilveira.com/wp-content/uploads/2018/07/Artigo-Vygotsky-e-o-desenvolvimento-humano.pdf> Acessado em: 20 jan 2019

RESENDE, H. A infância sob o olhar da pedagogia: traços da escolaridade na Modernidade. In.: RESENDE, H. (Org.) **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2015.

RODRIGUES, R. O. **A produção histórica da criança/infância, sua apropriação pelos discursos médico, pedagógico e psicológico e o devir criança que escapa aos efeitos desses enunciados**. Assis : [s.n.], 2010.

SALVARI, L. F. C.; DIAS, C. M. S. B.. Os problemas de aprendizagem e o papel da família: uma análise a partir da clínica. **Estud. psicol.**, Campinas , v. 23, n. 3, p. 251-259, Sept. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000300004&lng=en&nrm=iso Acessado em 07 jul 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300004>.

SAMPAIO, J.J.C. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013

SANCHES, V. N. L; AMARANTE, P. D. C. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental**. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 506-514, JUL-SET 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300506&script=sci_abstract&tlng=pt Acessado em: 03 jul 2018

SARMENTO, M. J. **As Culturas da Infância nas encruzilhadas da 2ª Modernidade**. Instituto de Estudo da Criança. Universidade do Minho. Braga, Portugal. Sem ano.

SHIGUNOV NETO, A.; MACIEL, L. S. B. O ensino jesuítico no período colonial brasileiro: algumas discussões. **Educar**, Editora UFPR -Curitiba, n. 31, p. 169-189, 2008.

SILVA, M. M. A Saúde Mental e a Fabricação da Normalidade: Uma Crítica aos Excessos do Ideal Normalizador a Partir das Obras de Foucault e Canguilhem. **Interação em Psicologia**, 12(1), p. 141-150. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/8322> Acessado em: 20 jun 2018

SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ªEd. Cortez, São Paulo, 2004.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 61-76, Jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso Acessado em 07 Mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>.

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE,M.T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2014, v.63, n.4, pp.360-372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=en&nrm=iso Acessado em: 17 Abr. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Biblioteca Universitária. **Guia de normalização de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2013.

VEIGA-NETO, A. Por que governar a infância? In.: RESENDE, H. (Org.) **Michel Foucault:**

o governo da infância. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2015.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): A produção de sentidos sobre a infância na perspectiva de cuidadores e educadores”, sob a responsabilidade da pesquisadora Karina de Andrade Batista e orientação Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Essa pesquisa será realizada nas Escolas Municipais de Ensino Infantil e Ensino Fundamental I e II do município de Fortaleza-CE. Tem por objetivo compreender a produção de sentidos sobre a infância na perspectiva de cuidadores e educadores de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Desse modo, pretendemos ouvir as percepções e significados sobre infância, o TDAH e as Práticas de Cuidado desenvolvidas.

Sua participação é voluntária e, caso se efetive, se dará por meio de uma entrevista aberta, que será realizada individualmente e será gravada, para posterior escuta e transcrição do pesquisador.

Participando desse estudo, o(a) Sr(a) contribuirá com a discussão sobre o processo de cuidado das crianças com TDAH, ajudando a qualificar as ações desenvolvidas nas instituições de ensino e na rede de saúde do município.

Os riscos decorrentes de sua participação nessa pesquisa são mínimos e dizem respeito a possíveis vazamentos de informações sigilosas, fato que, se vier a ocorrer, será imediatamente reparado. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará quaisquer prejuízos.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Se você optar por participar deste estudo, será garantido que as informações que você fornecer serão mantidas de maneira estritamente confidencial e sigilosa. Somente a equipe de pesquisa, aqueles responsáveis pelo estudo e os órgãos regulatórios terão acesso às suas informações, na medida estrita e necessária para a boa condução das atividades do estudo, de acordo com as normas e restrições legais vigentes (Resolução 466/2012: sobre pesquisa envolvendo seres humanos - Conselho Nacional de Saúde).

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa:

Karina de Andrade Batista
Mestrado em Saúde Pública – UFC
Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar Bairro Rodolfo Teófilo
Telefone: (85) 99988.9749

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O presente termo de consentimento foi emitido em duas vias assinadas pelo participante e pelo pesquisador.

Assinando abaixo, estou reconhecendo que:

- Estou participando da pesquisa de livre e espontânea vontade
- Li cuidadosamente e entendi este termo de consentimento livre e esclarecido.
- Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo deste termo e sobre a pesquisa.
- Recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas
- Dou a minha permissão para usarem e compartilharem as informações por mim repassadas, de modo sigiloso e confidencial, conforme descrito neste termo de consentimento.

Eu _____, _____ anos,
RG: _____ declaro estar recebendo uma via original deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador do estudo, tendo sido todas as folhas por nós rubricadas. Tenho conhecimento de que a outra via original será guardada no arquivo do pesquisador do estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Nome do participante

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS (IPD):

Roteiro Para Observação Sistemática

Escola:	
Localização:	

Dados da Escola	
Séries:	
Turnos:	
Nº de alunos:	
Quadro de Professores:	
Professores por sala:	
Apoio Pedagógico:	

Dados do AEE	
Nº de alunos	
Público alvo:	
Como Funciona o acompanhamento:	
Fluxo Interno	
Hierarquias no cuidado	
Relações interpessoais	
Rede de apoio institucional	
Fluxo Externo	

APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS (IPD):**Entrevista 1****(Familiares ou cuidadores)**

Instituição de Ensino: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

DADOS GERAIS

- Sexo: () M () F Idade: ____ anos

Escolaridade: _____

Possui grau de parentesco com a criança? _____ Qual? _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

DADOS DA CRIANÇA

- Sexo: () M () F - Idade: ____ anos Ano letivo: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale sobre a criança....
2. Como é o comportamento da criança em questão?
3. Quando ele(a) começou apresentar comportamento diferente?
4. Quem foi a primeira pessoa a notar?
5. O(A) Senhor(a) considera que ele(a) era diferente das outras crianças? Por quê?
6. Quem deu o diagnóstico? Quando foi dado?
7. O que mudou depois do diagnóstico?
8. Ele(a) é acompanhado(a) por algum profissional? (médico, psicólogo, pedagogo)
9. Se sim, como é esse acompanhamento/tratamento?
10. Existe algum tipo de apoio para os pais na escola ou na comunidade?
11. Como é a relação dele(a) com as outras pessoas em casa, na escola ou na comunidade?
12. Para o(a) Senhor(a), as crianças dos dias de hoje são diferentes das crianças de sua época? Por quê?

(Professores)

Instituição de Ensino: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

DADOS GERAIS

- Sexo: () M () F Idade: ____ anos

Graduação: _____

Ano de Conclusão: _____ Instituição: _____

Residência/especialização? S() N () Área: _____

Ano: _____ Instituição: _____

Há quanto tempo trabalha nessa I.E: _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

DADOS DA CRIANÇA

- Sexo: () M () F - Idade: ____ anos Ano letivo: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que você entende por TDAH?
2. Sabemos que atualmente existe um aumento das crianças que são diagnosticadas com TDAH. Na opinião do(a) senhor(a), por que isso acontece?
3. É o primeiro ano da criança em questão como seu aluno?
4. Como é o comportamento dessa criança em sala de aula?
5. Como está o processo de aprendizagem? Quais as maiores dificuldades dele(a)?
6. Como é a relação dele(a) com as outras crianças? E com você e os outros professores?
7. Em sua(s) sala(s) de aula, existem outras crianças com diagnóstico ou com comportamento parecido ao dessa criança em questão?
8. Qual o seu maior desafio enquanto professor?
9. Em sua opinião, quais os maiores desafios das Instituições de Ensino na condução do processo formativo dessas crianças?
10. Para o(a) Senhor(a), as crianças dos dias de hoje são diferentes das crianças de sua época? Por quê?

(Outros Profissionais Educadores)

Instituição de Ensino: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

DADOS GERAIS

- Sexo: () M () F Idade: ____ anos

Graduação: _____

Ano de Conclusão: _____ Instituição: _____

Residência/especialização? S() N () Área: _____

Ano: _____ Instituição: _____

Há quanto tempo trabalha nessa I.E: _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Vi que aqui nessa escola existem X crianças com diagnóstico de TDAH. Na opinião do(a) senhor(a), esse número condiz com a realidade da escola? Por quê? Existem mais ou menos crianças?
2. O que o(a) senhor(a) percebe de diferente no comportamento dessas crianças? E no processo de aprendizagem? Quais as maiores dificuldades dele(a) (*Se houver*)?
3. A rede de educação proporciona algum acompanhamento diferencial para essas crianças? Qual? Possui parcerias com as outras redes (saúde, assistência)?
4. Em sua opinião, quais os maiores desafios das Instituições de Ensino na condução do processo formativo dessas crianças?
5. Sabemos que atualmente existe um aumento das crianças que são diagnosticadas com TDAH. Na opinião do(a) senhor(a), por que isso acontece?
6. Para o(a) Senhor(a), as crianças dos dias de hoje são diferentes das crianças de sua época? Por quê?

APÊNDICE D - LISTA DE CÓDIGOS DE SIGNIFICANTES

LISTA DE CÓDIGOS DE SIGNIFICANTES	
1. Infância	
1.1. Aprendizagem	
1.1.1. Inteligente	10
1.1.1.1. Memória	1
1.1.1.2. Raciocínio	1
1.1.2. Atenção/Concentração	8
1.1.2.1. Atenção Seletiva	1
1.1.2.2. Falta de foco	3
1.1.2.3. Dispersão/Fuga da realidade	8
1.1.2.4. Se distrai com qualquer coisa	1
1.1.2.5. Desinteresse	3
1.2. Comportamento	0
1.2.1. Agitado	12
1.2.1.1. Inquieto	13
1.2.1.1.1. Controle do movimento	1
1.2.2. Agressivo	2
1.2.2.1. Confusões	2
1.2.3. Ansiedade	1
1.2.4. Indisciplina	1
1.2.5. Bom/Comportado	3
1.2.5.1. Tranquilo	2
1.2.5.2. Calmo	1
1.2.5.3. Quietos	1
1.2.5.4. Participativo	1
1.3. Fatores sociais	0
1.3.1. Rendimento escolar	4
1.3.1.1. Atraso na Alfabetização	7
1.3.1.1.1. Trocar letras	1
1.3.1.2. Lento	3
1.3.1.3. Preguiça	3
1.3.2. Anormal/Doido	6
1.3.2.1. Normal	5
1.3.3. Infâncias	0
1.3.3.1. Diferença em relação às outras crianças	6
1.3.3.1.1. Infantil	1
1.3.3.2. Infância de Antes	3
1.3.3.3. Infância de Hoje	15
2. TDAH	5
2.1. Características	4
2.2. Conceitos	10
3. Processo Diagnóstico	6
3.1. Diagnóstico	13
3.1.1. Dificuldade SUS	10
3.1.2. Laudo	11
3.2. Histórico de saúde	4
3.2.1. Parto	10

3.2.2. Desenvolvimento	11
3.3. Início da investigação diagnóstica	2
3.3.1. Quem foi o primeiro a perceber?	0
3.3.1.1. Escola	4
3.3.1.2. Família	1
3.4. De quem é a demanda?	8
3.5. Encaminhamento	0
3.5.1. Quem encaminha?	
3.5.1.1. Outro	1
3.5.1.2. Posto	2
3.5.1.3. Escola	15
3.5.2. Para onde encaminha?	1
3.5.2.1. Neurologista	6
3.5.2.2. Psicólogo	3
3.5.2.3. NAPE	3
3.5.2.4. Posto	5
3.5.2.5. Exames	6
3.6. Acompanhamento/Tratamento	6
3.6.1. Acompanhamento T.O.	3
3.6.2. Acompanhamento Psicopedagógico	5
3.6.3. Acompanhamento Psicológico	7
3.6.3.1. Diagnóstico Comportamental	1
3.6.4. Acompanhamento Médico	18
3.6.4.1. Medicação	10
3.7. Educação e saúde	8
3.7.1. Fluxo entre redes	7
4. Questões Escolares	9
4.1. Práticas Pedagógicas	14
4.1.1. Trabalhar com inclusão	2
4.2. Encaminhamentos internos	5
4.2.1. AEE	14
4.2.2. Mais Educação	2
4.3. Alfabetização	4
4.3.1. SPAECE	12
4.4. E o professor?	
4.4.1. Dificuldades	21
4.4.1.1. Diferença ensino público e privado	3
4.4.2. Formação permanente	2
5. Família	
5.1. Relação familiar	21
5.1.1. Práticas de Cuidado	2
5.1.2. PC Regras/Rotina	2
5.1.3. Questões emocionais	1
5.2. Relação Escola-Família	17
5.3. Relação família – comunidade	2