

## Capítulo V

O TDAH para a comunidade escolar

Rosana Aparecida Albuquerque Bonadio  
Nerli Nonato Ribeiro Mori

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BONADIO, RAA., and MORI, NNR. O TDAH para a comunidade escolar. In: *Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica* [online]. Maringá: Eduem, 2013, pp. 181-219. ISBN 978-85-7628-657-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

## Capítulo V

# O TDAH para a Comunidade Escolar

---

### **Introdução**

Os ideários de igualdade, fraternidade e liberdade advogaram ao indivíduo e às suas particularidades a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso social e escolar, visto que possibilidades oferecidas eram iguais para todos e, assim, a sociedade se caracterizava como justa. Patto (1996) discute como a ideologia liberal justificou a produção do fracasso escolar e contribuiu para a disseminação da prática de medicalização em razão dos problemas escolares.

A Psicologia e a Medicina, autorizadas pela Pedagogia Nova, adentram na escola e ganharam força com o Movimento Higienista. Classificaram e rotularam os menos aptos, a fim de formar classes homogêneas, compreendendo o campo da educação como um fenômeno psíquica e biologicamente determinado, não um fenômeno histórico, como discutido por Wanderbroock Júnior (2009).

O psiquismo passou a ser compreendido pelo olhar da Psicologia e da Biologia, ciências que fundamentavam a concepção de educação difundida pela Escola Nova e pelo movimento higienista. Sob esse prisma foi estabelecida no espaço escolar uma linha entre a normalidade e anormalidade.

Essa prática, divulgada no Brasil no século XX e apoiada pela Escola Nova, pela Psicologia e pelo Movimento Higienista, ganha novas proporções no século XXI, quando a escola solicita a presença e o aval de neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos para solucionar questões escolares, que são, em primeiro plano, de ordem pedagógica.

Por causa da dificuldade em lidar com os problemas de atenção e com os comportamentos inadequados dos alunos ao ambiente escolar, a escola recorreu a especialistas. Em busca de respostas rápidas, contribuiu para retirar o caráter histórico da educação, tornando-a uma prática naturalizada.

Guarido (2007) assinala que a invasão do campo educacional pelos especialistas no início do século XX colaborou para a expansão de um

discurso pedagógico normalizador e que validou o atendimento às crianças nas áreas de psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia e demais especialidades. Com isso, o discurso hegemônico da psiquiatria como referência ao sofrimento humano e às disfunções comportamentais e cognitivas das crianças aproximou ainda mais a educação dos discursos propalados pelos especialistas, afastando-a das dimensões políticas, econômicas e sociais.

### **Significados atribuídos aos diagnósticos**

Mediante os relatos das mães e dos registros disponibilizados pela escola, os diagnósticos de TDAH das crianças observadas nesta pesquisa se limitaram à avaliação do neurologista, pautada no relatório da escola e no relato dos pais ou responsáveis. Seis, dos oito diagnósticos, foram emitidos somente pelo neuropediatra, com auxílio do relato dos pais e do relatório escolar; um envolveu o neuropediatra e a psicopedagoga; e outro contou com o neuropediatra, a psicopedagoga, a psicóloga e a fonoaudióloga, que levantaram inicialmente a suspeita de um quadro de dislexia, mas, como na época da avaliação, a criança tinha apenas cinco anos, começaram a tratá-la como aluno com TDAH. Isto indica que, indiretamente, quem está diagnosticando a criança é a escola, com a contribuição dos pais.

Eidt (2004) revela que a avaliação diagnóstica não inclui observação sistematizada da escola e de atividades em demais contextos que compõem o universo da criança. Isto é comprovado ao verificar-se que do total dos prontuários analisados, 38 crianças (33,3%) foram avaliadas em apenas uma sessão. Tais dados confirmam o constatado nesta pesquisa, ou seja, do total de oito crianças pesquisadas, 75% foram avaliadas apenas pelo neuropediatra. As avaliações psicoeducacionais em contexto escolar, não se fizeram presentes nas avaliações verificadas nas pastas dos alunos pesquisados. Em razão do alto custo dessas avaliações; e pelo fato de o município não conseguir atender uma demanda crescente, os pais recorrem aos serviços de Psicologia, oferecidos pelas Instituições de Ensino Superior, para a realização das avaliações; quando não conseguem, limitam-se à avaliação do neurologista.

A escola tem claro que a criança apresenta dificuldades e seu desempenho é diferente das demais, mas como não consegue resolver o problema da não aprendizagem, autoriza a ciência médica a atuar diretamente em um problema que, frequentemente, é de ordem pedagógica. O neurologista lê o relatório da escola, a avaliação

psicoeducacional (quando feita), escuta os pais e, em alguns casos, solicita o eletroencefalograma e, com base nessas informações, conclui sua avaliação.

Mesmo a literatura pontuando o desuso do EEG para a elaboração do diagnóstico em detrimento das novas tecnologias, constatamos o uso deste procedimento pelos neuropediatras responsáveis pela avaliação de dois dos alunos pesquisados. Muitas vezes o exame é o único procedimento solicitado aos pais, além do relatório escolar, para o diagnóstico de TDAH.

Como não existe nenhum exame que identifique o TDAH, parecemos que um eletroencefalograma normal está sendo utilizado como indicativo do quadro; não apresentar alterações na atividade elétrica cerebral justifica a existência de uma possível disfunção. O EEG é indicado em casos de crises convulsivas, com o objetivo de esclarecer suas causas e direcionar o tratamento. As mães que mencionaram a realização do exame em seus filhos relataram que as crianças não apresentaram episódios convulsivos, o que descartaria a necessidade do procedimento; mesmo assim foi solicitado como parte da avaliação, como destacado nas falas a seguir:

*Ela fez tomo; tomo não, eletro. Fez eletro! É oftalmologista, otorrino, fez tudo pra saber se ela estava ouvindo e enxergando e até respirando. É normal, foi dado tudo normal. Quando foi o eletro, o doutor falou que tinha um distúrbio ali. O neuro disse que ela tinha Déficit de Atenção com Hiperatividade (MÃE A).*

*Então, ele tá sempre consultando, ele fez exames, ele fez eletro da cabeça, ele fez várias coisas, só que no eletro não deu nada, graças a Deus. Mas o medicamento é necessário pra ele prestar atenção e ter mais sossego (MÃE F).*

Como assinalam Moysés e Collares (2011), o eletroencefalograma se constitui no imaginário de pais, professores e de outros profissionais, como instrumento necessário para entender os motivos pelos quais a criança não aprende na escola ou está apresentando comportamentos inadequados às normas sociais.

A dificuldade em realizar uma avaliação diferencial entre o TDAH e a indisciplina escolar, além do ensaio terapêutico como instrumento de

avaliação, pode estar, segundo Eidt (2004), favorecendo o diagnóstico e a medicação indevida de crianças com problemas de escolarização.

Os pais, ao procurarem o neurologista, buscam respostas para a causa do problema dos filhos. Eles saem do consultório com o diagnóstico e uma receita que, para aquele momento, pode parecer a solução para a não aprendizagem.

O laudo emitido pelo neurologista serve de justificativa para a dificuldade de aprendizagem e para os comportamentos impróprios. O diagnóstico acalma os pais, os professores e a escola, reduzindo a ansiedade deles e isentando-os de responsabilidades em relação às dificuldades ou aos comportamentos inadequados da criança.

Compreendemos que a avaliação diagnóstica deve envolver pais, professores e demais profissionais, em um trabalho interdisciplinar, buscando compreender o comportamento apresentado pela criança em meio ao seu contexto escolar e social, indo às raízes da queixa produzida.

Mesmo quando questionam sobre o diagnóstico, os pais e as mães não se posicionam junto aos médicos. Por outro lado, as respostas pautadas na esfera orgânica, ao mesmo tempo em que acalma pais e professores, causam insegurança, pelo fato de a Ritalina ser um medicamento controlado. Mas, como questionar a ciência médica?

Os relatos de três professoras e de uma das mães revelam o poder do discurso médico:

*Eu sou contra o medicamento, ainda mais a Ritalina. Por mim, ela não tomaria, mas quem sou eu para questionar o médico (PROFESSORA I).*

*Então, mas eu acredito que se o médico indicou é porque ele necessita desse medicamento, apesar de eu ter é pena da criança que necessita de tomar o medicamento. Uma criança tão jovem e tem que tomar medicamentos tão fortes. Mas, se o médico indicou ... (PROFESSORA VI).*

*A minha opinião é mais pedagógica; o médico estabeleceu o que o José deveria tomar. Então, ao meu ver, está fazendo bem pra ele. Entendeu? (PROFESSORA VII).*

*Eu acho que a Ritalina ajudou meu filho, sim, com certeza, no sentido de se concentrar. E tem o fato dele tomar outro medicamento; é lógico que se o médico passou a Ritalina, e passou o remédio pra ansiedade, é porque ele precisa mesmo dos dois. (MAE G).*

Anula-se, dessa forma, a autoridade pedagógica que deveria ser assumida pelo professor. A autoridade médica, mesmo sem orientar os pais e professores, ainda tem o poder de dizer que aquela criança tem um transtorno e, por isso, não está aprendendo como deveria. Neste sentido, Guarido (2007, p. 157) destaca:

Se, por um lado, os profissionais da Educação se vêem destituídos de sua possibilidade de ação junto às crianças pela hegemonia do discurso das especialidades; por outro, ao assumir e validar os discursos médico-psicológicos, a pedagogia não deixa de fazer a manutenção dessa mesma prática, desresponsabilizando a escola e culpabilizando as crianças e suas famílias por seus fracassos.

Os discursos médico-psicológicos penetram no cotidiano da escola e, ao serem internalizados, passam a fazer parte dos discursos dos professores, dando voz às explicações organicistas e reducionistas do não aprender e, ao mesmo tempo, imobilizando o papel do educador como mediador entre o conhecimento científico e o aluno.

Será que não está havendo uma inversão de papéis no interior da escola? Quem conhece, ou melhor, deveria conhecer o processo ensino-aprendizagem é o professor; a ele é conferida a autoridade acadêmica e pedagógica para propor atividades que favoreçam o desenvolvimento da atenção de seus alunos, impedindo, muitas vezes, de encaminhá-los à área da saúde e, provavelmente, a um diagnóstico. Sua formação deveria prepará-lo para ensinar os alunos, reconhecendo suas particularidades, potencialidades e subjetividades, compreendendo-os como sujeitos capazes de aprender, apesar de suas dificuldades.

Como afirma Kuenzer (1999, p. 182), as políticas de formação de professores “[...] descaracterizam o professor como cientista e pesquisador da educação, função exercida apenas por aqueles que vão atuar no ensino superior”. Para a população mais pobre, em especial uma maioria, que conseguirá concluir apenas a educação fundamental, é destinada uma educação aligeirada, menos especializada e que cumprirá o

caminho natural à exclusão, àqueles a quem não se justificam altos investimentos.

Este processo retira do professor a oportunidade de uma formação qualificada para atender as demandas da sociedade. E ainda acaba servindo para justificar baixos salários, condições precárias de trabalho e ausência de políticas de valorização da carreira de professor.

A redução dos postos de trabalho, com a precarização cultural e econômica, atrelada aos poucos investimentos na educação pública, exige do professor uma formação ainda mais específica e qualificada. Ele precisa suprir uma escola precarizada, com poucos recursos e condições de trabalho deficitário, unido às deficiências culturais, originárias da classe social da maioria dos alunos. Seria ingenuidade acreditar que a escola pública, por si só, é capaz de mudar esse quadro. Para isso, seria necessário alterar as estruturas que produzem as desigualdades sociais. Mas, também, como se refere Kuenzer (1999, p. 173-174), é indiscutível o compromisso da escola e dos professores para o “[...] enfrentamento das desigualdades pela democratização dos conhecimentos que minimamente permitirão aos alunos participar, da melhor forma possível, da vida social”.

Uma educação emancipatória tem como compromisso preparar o aluno para os embates de uma sociedade desigual e excludente em suas mais variadas dimensões, instrumentalizando-o e tornando-o capaz de transformar sua *práxis*. Mas ocorre o contrário, a escola passa a ser palco de concepções naturalizadas, tornando patológicos os problemas de aprendizagem e de comportamento, como se estes fossem apenas de origem orgânica, individual e não social.

Nesse compasso, a Medicina vem, há muito tempo, normatizando as mais diversas áreas da vida humana e garantindo soluções aos problemas que afligem a sociedade. Assim, a medicalização da vida, segundo Moysés (2008), transforma praticamente todos os problemas do homem em questões individuais e biológicas, passíveis de atuação médica.

Não estamos dizendo que não existam crianças que necessitem de acompanhamento neurológico, psicológico e fonoaudiológico, ou de atendimento educacional especializado. Referimo-nos ao excesso ou aos superdiagnósticos de TDAH de crianças que, em sua maioria, precisam de atenção pedagógica especial, muito mais do que de medicamentos.

A questão não é rechaçar todo e qualquer uso de psicofármacos, visto que muitas são as evidências positivas em casos de tratamento e cuidado das doenças mentais no século XX. O condenável é o discurso

que naturaliza o sofrimento das pessoas e nelas coloca a responsabilidade da causa e da cura.

Para Guarido (2007, p. 154), esse processo de racionalização é próprio da economia neoliberal e provoca uma inversão na lógica da construção do diagnóstico; o medicamento está participando da nomeação do transtorno. Não há mais uma historicidade ou etiologia “[...] a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou a outro diagnóstico”.

Esse caráter experimental atribuído à medicação, alterando o medicamento e seu uso de acordo com a variação dos sintomas em um período determinado é identificado na pesquisa de Eidt (2007) como Ensaio Terapêutico, que se caracteriza por uma prática médica, comum e eficaz. A criança chega com a suspeita de TDAH e o médico prescreve o uso do medicamento; se a criança melhorar, a queixa é confirmada, se piorar, é descartada, suspende-se o medicamento e indica-se outro. Para a área médica, segundo a análise da autora, medicar é muito mais fácil que mobilizar a família e a escola em busca de informações que auxiliem no diagnóstico.

Mas, alerta Wannmacher (2006), é necessário considerar que a resposta positiva ao uso de medicamentos estimulantes não confirmam o diagnóstico de TDAH na criança. Os estimulantes alteram o equilíbrio dos neurotransmissores na zona cerebral, porém essa resposta não deve ser entendida como um diagnóstico. Crianças ditas normais expressaram resultados positivos quanto ao desempenho cognitivo e comportamental, quando submetidas aos estimulantes, entretanto isto não justifica seu uso, sem a realização de um diagnóstico extenso e minucioso. São raras as pesquisas nas quais os pesquisados não apresentam outros quadros. Os sintomas, quando acompanhados de outras manifestações, tornam ainda mais difícil o diagnóstico.

Ortega et al. (2010) identificaram em pesquisa a relação estabelecida entre a construção do diagnóstico e o medicamento. A correlação entre TDAH e a Ritalina esteve presente nos artigos científicos e nas informações divulgadas pela mídia, foco de sua pesquisa, quando defende que a hipótese do TDAH se dá no momento em que o indivíduo responde positivamente ao tratamento medicamentoso. A questão não é discutir a veracidade das pesquisas, mas,

[...] a constatação de uma tendência no modo como se constroem as condições de investigação desse fato, e o papel das concepções subjacentes à patologia, ao indivíduo



desatento e hiperativo e aos efeitos da medicação sobre o organismo como confirmação do diagnóstico (ORTEGA et al., 2010).

Assim, o uso indiscriminado do medicamento vem colaborando, de maneira decisiva, na produção de indivíduos hiperativos e desatentos. A relação estabelecida entre a eficácia do tratamento e o diagnóstico está contribuindo com a ampliação do diagnóstico e do chamado efeito rebote. Ampliam-se as categorias sintomáticas, levando um número maior de pessoas a se identificarem como tendo o TDAH. Tal realidade produz a demanda pelo tratamento e, conseqüentemente, pela medicação, aumentando, também, o interesse da população pelo tema.

A continuar nesse caminho, uma parcela cada vez maior da população se enquadrará nas características nosológicas do TDAH descritas no DSM.

Diagnosticar sem compreender o contexto em que a queixa escolar foi produzida e descartar o trabalho multidisciplinar é, de acordo com Eidt (2004), usar o ensaio terapêutico como instrumento de medicalização e tornar patológicas as dificuldades escolares, depositando no aluno a responsabilidade por seu fracasso escolar. A autora chega a questionar se não seria o ensaio terapêutico uma prática utilizada pelos profissionais da saúde pública para dar uma resposta rápida à escola e à família.

Por causa do grande número de crianças encaminhadas para a avaliação neurológica, muitos pais, mesmo com poucas condições financeiras, procuram os serviços particulares no afã de resolver o problema do filho. As buscas comumente são marcadas pela angústia de uma provável anormalidade e a pressa para que ela seja resolvida.

Conforme ressaltam Lewontin, Rose e Kamin (1984), nesse processo ganham força os métodos bioquímicos e os eletrochoques, considerados mais rápidos do que, por exemplo, as psicoterapias.

Nossa sociedade busca soluções rápidas aos comportamentos que anteriormente eram considerados normais, como o desalento, os problemas existenciais e o sofrimento. Predomina um modo de pensar que esses problemas podem ser eliminados com uma pílula quase mágica, seja ela um antidepressivo, um ansiolítico ou um estimulante.

A solução para o desalento social e existencial da sociedade capitalista não pode se limitar à manipulação biológica dos sujeitos que a compõem, visto que:

[...] a natureza da sociedade em que vivemos afecta profundamente a nossa biologia e também o nosso comportamento. Numa sociedade mais saudável e socialmente mais justa, embora a dor, a doença e a morte não possam ser eliminadas, as nossas próprias biologias individuais serão, contudo, bem diferentes e mais saudáveis (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 1984, p. 209).

Entender como as relações de produção interferem no comportamento das pessoas, retira do sujeito o peso por seu fracasso e exige reconhecer que as questões biológicas são perpassadas pelas dimensões econômicas, políticas e sociais, e o quanto os mediadores culturais são necessários ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

### **Tratamento e conhecimentos sobre o medicamento**

O metilfenidato, conhecido comercialmente por Ritalina®, no Brasil e internacionalmente, é o mais indicado e utilizado em casos de TDAH (BENCZIK, 2000; ROTTA, 2006; BARKLEY, 2010). Apresenta-se em comprimidos de 10 mg, com a duração de ação de três a quatro horas; e a Ritalina LA ® (cápsulas de liberação modificada) de 20mg, 30 mg e 40 mg, com duração de ação aproximada de seis a oito horas.

A Ritalina® é administrada via oral, tem absorção rápida e praticamente completa, começa a agir depois de 20 minutos e o pico máximo de atuação ocorre duas horas após a sua ingestão.

Todas as crianças que participaram desta pesquisa fazem uso desse medicamento há mais de um ano; cinco delas, além da Ritalina®, tomam remédios manipulados ou controlados como Tofranil®, Tegretol®, Risperidona®, no período da noite. Além do medicamento, três das oito crianças fazem outros tratamentos: uma, com psicólogo e psicopedagoga; outra com psicopedagoga; e outra frequenta aulas de reforço escolar. Autores como Barkley (2008), Rotta (2006), Benczik (2000) mencionam que o tratamento não deve se limitar à terapia farmacológica, sendo que em alguns casos, são necessários: terapia cognitivo-comportamental, ocupacional e apoio escolar.

Mesmo Barkley (2008) destacando a necessidade de, em alguns casos, associar medicamento a outra terapia, afirma ser o medicamento o **único** tratamento que oferece melhoras significativas aos sintomas de TDAH. O autor, ao defender essa posição, exclui a possibilidade de

suspensão do medicamento, em qualquer que seja o caso, e mais uma vez delega ao orgânico um papel central frente os mediadores culturais.

Algumas orientações são dadas aos professores, por autores como Benczik (2000) e Rotta (2006), os quais indicam como pais e professores devem agir com a criança que apresenta TDAH; além do tratamento farmacológico e da psicoterapia, o ajuste acadêmico e a alteração do comportamento, são destacados pelos autores. Os pais devem ser informados sobre os riscos e a possibilidade de envolvimento maior com drogas e álcool, e com atos delinquentes, quando seus filhos se tornarem jovens. Aos professores, cabe compreender a situação do aluno, colocá-lo nas primeiras carteiras, em turmas menores, assim como, oferecer aulas de reforço e um tempo maior para ele concluir as atividades. As orientações são válidas e importantes, mas todas se dirigem apenas à criança, não há orientação para que o professor altere a forma de organizar a aula ou de trabalhar os conteúdos com a turma; tampouco há indicação para que os pais organizem um ambiente que favoreça o desenvolvimento da atenção e do controle voluntário do comportamento.

Constatamos que das oito professoras entrevistadas nesta pesquisa, apenas uma não sabia o nome do medicamento utilizado por seu aluno e se justificou, dizendo que não lhe foi passada nenhuma informação sobre isso, apenas o diagnóstico.

Em relação ao tempo de duração do medicamento, quatro professoras disseram que o medicamento age por cinco horas, mas que, depois deste tempo, já percebem mudanças no comportamento do aluno. Uma comentou que o efeito devia ser de duas horas, mas que não via diferença na criança com o uso ou não do medicamento. Duas delas disseram não ter conhecimento sobre o tempo de duração da ação do medicamento e alegaram que o desconhecimento se devia ao fato de que era a supervisora/coordenadora, quem ministrava o medicamento na escola.

Entre as oito mães também entrevistadas, duas sabiam superficialmente sobre a atuação do medicamento; as demais mencionaram que sabiam que a Ritalina era um remédio muito forte. O medicamento geralmente é administrado antes de a criança ir para a escola, mas algumas mães afirmaram esquecer-se de administrá-lo para a criança.

As informações contidas na bula do medicamento deixam claro que o mecanismo de ação nos seres humanos ainda não foi completamente esclarecido, e que hipóteses indicam a ativação do

sistema de excitação do córtex e do tronco cerebral. Além disso, os efeitos psíquicos e comportamentais, nas crianças e no SNC, não foram devidamente definidos.

Duas das escolas pesquisadas, com autorização dos pais<sup>36</sup>, ministram o medicamento nos dias em que as crianças não vêm medicadas de casa. Verificamos que esta prática está se tornando comum, o que retira ainda mais a responsabilidade dos pais, delegando à escola a função paterna e médica.

Essa postura adotada em relação à administração do medicamento, em espaço escolar, remete-nos às concepções higienistas, as quais, na década de 1920 e 1930, vislumbravam a escola como palco ideal para suas práticas. A escola educa, alimenta, cuida e, agora, medica, porém, em que momento irá ensinar os conhecimentos científicos? Na década de 1980, as crianças faziam fila para usar o flúor. Em 2013, farão fila para tomar o medicamento?

Verificamos que a maioria das professoras e das mães não conhece os sintomas do TDAH e os efeitos do medicamento, apenas reforçam que o período de duração do remédio é de quatro horas, tempo adequado à permanência da criança na escola. Uma das professoras pontuou que o comportamento de sua aluna piorava quando estava chegando o final do período. Contudo, as observações em sala foram realizadas antes e depois do lanche e indicaram os mesmos comportamentos, no início e no fim da aula.

Cinco professoras disseram desconhecer os efeitos colaterais do medicamento; duas conheciam a existência deles, mas não souberam dizer quais eram; e uma relatou acreditar que o remédio não tinha efeito colateral. Uma das professoras, ao responder qual a opinião dela sobre a indicação do medicamento, no caso da aluna Bia, respondeu:

*Como professora, eu acho ótimo o dia que ela vem medicada. É uma aluna que colabora, é uma pessoa extremamente prestativa, qualquer favor que a gente peça ela faz. No meu ponto de vista, pra ela é extremamente necessário. Sobre os efeitos colaterais que você falou [referindo-se a uma das perguntas feitas anteriormente], me veio à cabeça agora: isso vai ter um reflexo lá na frente! Ela vai ser uma aluna que vai sobreviver sem a Ritalina, vai conseguir fazer os afazeres sem essa Ritalina? (PROFESSORA II).*

<sup>36</sup> As duas mães entrevistadas relataram que deixam uma quantidade de medicamento na escola para que seja administrado nos dias em que a criança não vem medicada. Estas informações foram confirmadas pelas professoras e em conversas informais com a equipe pedagógica.

A fala desta professora expressa um sentimento comum às professoras. Ainda que não conheçam os efeitos colaterais, suas propriedades e o que ele pode desencadear na criança, no presente ou em um futuro próximo, o consumo do medicamento pelos alunos parece provocar alguma preocupação. No entanto, isso é amenizado pelos benefícios provocados pela droga, em especial sobre o controle do comportamento.

Ross (1979) destaca que algumas crianças demonstram melhoras, outras pioram quando utilizam um estimulante como o metilfenidato, entretanto não há como garantir qual destas consequências será desencadeada em cada criança. Sabe-se, porém, que a ingestão da droga causa implicações negativas e que há pouco conhecimento de seu efeito em longo prazo.

De acordo com o relato das mães, três crianças não apresentaram reações com o uso do medicamento; duas reclamaram de dores de cabeça; duas apresentaram falta de apetite, uma delas acompanhada de dificuldades no sono e em outra houve aumento da frequência ao banheiro.

Os principais efeitos colaterais são dores de cabeça, dificuldade para dormir, perda de apetite, náuseas, ansiedade, irritabilidade, tendência ao choro, tiques nervosos, desinteresse, tristeza, olhar parado, efeitos cardiovasculares, supressão do crescimento, além de uma possível dependência ao medicamento, quando utilizado em longo prazo. O farmacêutico Antonio Barbosa, presidente do IDUM, alerta para os efeitos colaterais da Ritalina e solicita que os médicos tenham cautela em prescrever a droga, tendo em vista os riscos e a falta de testes com crianças (IDUM, 2009).

Sete professoras conseguiam identificar quando seu aluno fazia uso ou não do medicamento; elas descreveram que a criança se tornava menos agressiva, mais calma e chegava e sentava na própria carteira. Apenas uma professora relatou que o comportamento da criança era o mesmo, com ou sem o medicamento.

Para as professoras, o medicamento acalma o aluno, diminui a agitação, a agressividade, o andar de um lado para outro na sala. Diminuem as conversas sobre assuntos não relacionados ao tema da aula e o aluno não responde ao professor. Mas algumas professoras registraram também a apatia e a falta de vida e de alegria nas crianças medicadas.

*Eu sei bem pouco, o que eu sei é assim o popular. Que as crianças ficam mais assim apáticas. Eu penso que dá uma segurada, um pouco assim, na ansiedade da criança (PROFESSORA IV).*

*E agora, que vejo que ele, com esse medicamento, ele se concentra, ele trabalha, sabe? Tem dias que eu nem percebo que ele tá na sala de aula, de tão assim ele fica [pausa]. Só que eu vejo assim, o medicamento deixa ele tão assim ó [pausa]; parece que, na minha opinião, mata um pouco a criança. Tira a vida da criança, aquela alegria, espontaneidade; ele fica mais para dormir (PROFESSORA VI).*

As observações confirmaram o relato da professora VI. Nos dias em que foram realizadas as observações, o aluno permaneceu sentado durante toda a aula, não conversou com os colegas, nem com a professora, manteve-se ali, copiando, sem qualquer movimento ou reação ao comportamento da turma. Este é justamente um dos efeitos colaterais do medicamento; a Ritalina funciona como um colete de forças químicas. Para Lewontin; Rose; Kamin (1984), o remédio é utilizado para acalmar o aluno, deixá-lo dócil, tornando, assim, mais fácil para o professor manter a classe em ordem.

Assim como as mães, os professores demonstraram desconhecimento em relação ao medicamento, efeitos colaterais e a atuação no sistema nervoso central. Duas delas acreditam que a Ritalina melhora a concentração; uma relata que diminui a ansiedade e outra diz que não acredita no medicamento. Uma delas estabeleceu a seguinte relação:

*[...] a ligação no cérebro, com algum neurotransmissor ou coisa assim. Eu me lembro de que era na parte frontal do cérebro onde ele agia (PROFESSORA II).*

Duas professoras relataram que ouviram sobre o TDAH em uma palestra ministrada por um médico, o qual havia comentado sobre outro medicamento (não souberam dizer o nome), com maior duração, mas pouco vendido, por ser mais caro que a Ritalina. Acreditamos que elas se referiam ao metilfenidato Concerta®, com duração de ação entre dez e 12 horas, que também vem sendo comercializado, porém em menor

frequência, por causa do custo maior. Por ter ação mais prolongada, uma dose por dia é suficiente, o que evita a exposição do aluno ao uso do medicamento na escola, benefício este apontado por Rotta (2006). A criança fica mais tempo sob o efeito da droga, o que melhora seu comportamento não só na escola como no período em que está em casa. Seria isso um benefício? Para quem?

No caso dos pais, as informações sobre o TDAH foram obtidas mediante a consulta com o neurologista, em pesquisas na *Internet* e reportagens divulgadas em programas de televisão. O acesso fácil e rápido a *sites* que especificam a sintomatologia do TDAH em questionários simplificados tem forte influência entre pais e professores, que enquadram a criança no transtorno, ao responder positivamente umas poucas sentenças.

Ortega et al. (2010) apresentam os resultados de uma pesquisa referente à representação social da Ritalina no Brasil entre os anos de 1998 e 2008, focando o incremento do uso do medicamento e sua expansão para fins não terapêuticos. Ao analisar artigos e periódicos científicos, revistas e jornais de maior circulação no país, os autores traçam um panorama da divulgação e veiculação na mídia acerca dos benefícios do metilfenidato em quadros de TDAH.

Podemos inferir que este número abusivo de encaminhamentos ocorre, em boa parte, por causa das divulgações na mídia, de informações sobre o quadro nosológico do TDAH e dos benefícios advindos de um tratamento medicamentoso. Em relação a esta questão, Ortega et al. (2010, p. 512) enfatizam que:

A publicação dos resultados das pesquisas na mídia tem ocupado um papel importante na difusão das informações sobre o transtorno e no aumento da demanda por seu tratamento. Podemos confirmar que também aqui se reproduz uma tendência, já identificada em outros países, de se criarem condições sociais que favoreçam a extensão da população que pode ser incluída no diagnóstico e alcançada pela medicação.

O discurso médico, divulgado na mídia, por meio de artigos simplistas e que naturalizam o sofrimento psíquico ou os problemas de aprendizagem, faz-se cada vez mais presente no espaço escolar. É comum a prática de professores e coordenadores, profetizando o TDAH mediante a observação de certos comportamentos dos alunos,

encaminhando-os para a avaliação neurológica, psiquiátrica ou psicológica (GUARIDO, 2007).

Mesmo sendo uma das queixas mais recorrentes no interior das escolas, o tema envolvendo o TDAH não é discutido pelos professores, coordenação e as famílias. A ausência de informações limita a elaboração de estratégias de ensino que favoreçam o desenvolvimento da atenção voluntária e o controle da conduta pelo professor e pela família.

A duração do medicamento é uma das poucas informações que circulam no espaço escolar, cravando, no aluno, a sua incapacidade orgânica em se manter atento. Parece-nos que o medicamento fará pela criança tudo o que não foi feito até o momento; organizará sua rotina de estudo e em sala de aula; fará a tarefa, garantirá que aprenda como deveria para sua idade e série; torná-lo-á responsável, educado, quieto, como se essas habilidades estivessem contidas em um único medicamento e não fossem desenvolvidas socialmente.

Assim, o processo de medicalização das dificuldades escolares produz uma construção social que, segundo Moysés e Collares (2011) leva os profissionais da educação e os pais a se renderem ao diagnóstico e ao medicamento no lugar de promover a efetiva aprendizagem dos conteúdos escolares.

Quando a intervenção da família e da escola se limita ao medicamento, é como se delegasse a ele e à criança a responsabilidade por sua aprendizagem e desenvolvimento psíquico, reduzindo a atenção voluntária, função tipicamente humana, a reações bioquímicas do cérebro.

Ao retomarmos ao desenvolvimento da atenção voluntária e o controle voluntário do comportamento, devemos considerar o papel dos pais como mediadores. É pela linguagem que a família organiza a rotina da criança, horários e hábitos de estudo, possibilitando o desenvolvimento do trabalho coletivo e do respeito ao outro. Neste sentido, quando a criança internaliza experiências externas significativas, como instruções, regras, normas sociais, respeito ao outro, passa a apresentar os comportamentos aprendidos nas relações sociais estabelecidas, seja em casa ou na escola.

Wannmacher (2006) frisa que os estudos envolvendo o tratamento com metilfenidato apresentam, em sua maioria, metodologia pobre e baixa possibilidade de generalização, devido a ausência de estudos longitudinais e de instrumentos. Frente aos riscos comprovados, para a prescrição do remédio é necessário um balanço entre os benefícios e malefícios, especialmente quando o tratamento for de longo prazo.



Em consideração a todos os efeitos colaterais e às incertezas quanto ao diagnóstico do TDAH e ainda aos benefícios decorrentes do uso da medicação, somos favoráveis às afirmações de Eidt (2004, p. 108), quanto à decisão pelo uso da medicação, concordando que esta “[...] deve ser feita depois de uma avaliação ampla e exaustiva e de esgotadas todas as possibilidades de intervenção, utilizando mediações culturais”. Com isso, se poderia evitar, o uso abusivo do metilfenidato e os riscos em adotar a terapia medicamentosa sem conhecer em longo prazo seus efeitos físicos e psicológicos.

Ross (1979) assinala a necessidade de levar em conta as questões metodológicas quando se busca estudar e conhecer a eficiência de uma droga. Tais questões podem se tornar obstáculos para respostas mais efetivas sobre a hiperatividade ou distúrbios de aprendizagem. É correto afirmar a incerteza dos conhecimentos produzidos nesta área, assim como a difusão indiscriminada do uso do medicamento na escola.

## O fetiche da pílula

Conforme Lewontin, Rose e Kamin (1984), apesar do alto consumo de Ritalina por crianças nos Estados Unidos, não há consenso quanto aos reais efeitos do medicamento e o alcance do que os autores caracterizam como efeito placebo. O poder sugestivo da droga pode ser ilustrado pelos seguintes relatos:

*A criança toma o remédio na secretaria da escola e, ao entrar na sala, senta e presta atenção. Com certeza parece que ele interiorizou que ele precisa daquele medicamento. Porque se ele não tomasse aquele medicamento, ele não estava ficando uma pessoa normal. O que não é verdade. (PROFESSORA VII).*

*E ele mesmo, eu não sei se é uma coisa da cabeça dele, agora ele já melhorou bem. Ele fala que se ele não tomar o remédio, ele não consegue fazer[...] Se ele vem pra escola hoje, acabou o remédio dele aqui, e eu não estou sabendo ainda, daí hoje ele não tomou o comprimido. Então, eu tenho o costume de falar:*

*\_ Filho, como você foi na escola hoje? Você fez todas as tarefas? Sempre pergunto. Ai ele fala assim:*

*\_ Ai, mãe, hoje eu não consegui fazer nada, porque hoje eu não tomei o meu remédio . (MÃE G).*

A mãe e a professora desconfiam do efeito placebo sobre o aluno que modifica o comportamento já no momento da ingestão do medicamento. A professora ainda assinala se a mãe não seria responsável por reafirmar, no remédio, um poder mágico, de superação de dificuldades.

*Ele se torna outra pessoa, é engraçado. Eu falo:*

*– José, você já tomou o medicamento?*

*– Não.*

*Ele sai; quando volta e abre a porta, parece outro José. O medicamento nem caiu direito no estomago e ele já é outra pessoa. É psicológico, é dele. Eu não sei também, se é a mãe que fala que ele tem que tomar, mas é psicológico; não pode fazer um efeito tão rápido na criança (PROFESSORA VII).*

*Eu tenho certa dúvida se é realmente porque ele não tomou o remédio mesmo; eu percebo ser um pouco da cabeça dele, que ele está usando um pouco o remédio de muleta também. Mas se ele não toma o remédio, ele já também não se esforça, porque ele já põe na cabeça que é porque não tomou o remédio. Então, eu percebo assim que nem eu disse, não é que a Ritalina, ele sem a Ritalina, eu acredito assim que ele rende menos. Mas eu tenho uma desconfiança, cá pra mim com os meus botões, que ele usa sim, de muleta também. Porque ele acostumou assim, com esse negócio de tomar o remédio, que só com o remédio, ele consegue (MÃE G).*

Lewontin, Rose e Kamin (1984, p. 206) afirmam que “Não é só a intensidade, mas também a direção em que uma droga pode alterar o feitio e comportamento de uma pessoa dependem materialmente do contexto social”. O simples fato de dizer à pessoa que aquela droga eliminará os sintomas da depressão, ou que lhe aliviará a dor, é suficiente para que ela se sinta melhor.

O medicamento começa a agir vinte minutos após ser ingerido, o que comprova, nesse caso, o efeito placebo da Ritalina. A mudança de comportamento e a atenção apresentada pelo aluno demonstram a possibilidade do autocontrole, antes mesmo que o remédio faça efeito.

Para Ross (1979, p. 163), as crianças

[...] que atribuem a habilidade que acabam de adquirir, de se sentarem quietas e prestarem atenção às lições, ao efeito de uma droga, terão, em relação a esse desempenho, atitude diferente de crianças que atribuem a

alteração ao fato de terem dominado seu próprio comportamento através da aprendizagem.

As crianças que depositam na droga o motivo pelo controle de seu comportamento manterão essas habilidades durante o tempo que estiverem tomando o medicamento, porém, a suspensão ocasionará o retorno da desatenção e da inquietação. Diferentemente daquelas crianças que, ao se utilizar os mediadores culturais, aprendem a prestar atenção e a desenvolver o controle voluntário do comportamento.

A esperança é transmitida para a criança que passa a acreditar nos poderes de um comprimido para melhorar sua inteligência, como foi expresso no relato das mães, quando questionadas sobre a importância que seus filhos dão ao medicamento:

*Ela fala que vai ficar inteligente.*

*\_ Mãe, eu vou tomar hoje, eu tenho prova. Mãe, hoje eu vou tomar, não posso esquecer.*

*Ela gosta de tomar porque ela mesmo vem e fala assim para mim:*

*\_ Mãe, eu vou tomar Ritalina porque antes com Ritalina do que sem [...] (MÃE A).*

*Agora ele tá dando importância, ele tá lembrando, tem que tomar o remédio. Entendeu? Mas antes não (MÃE E).*

*Eu fico meio assim, se não é um pouco de... Como eu disse, nessa fase, agora que ele já tá bem, eu acho até que se ele se esforçar, eu acho que se ele se esforçasse, ele talvez, ele não precisasse tomar mais (MÃE G).*

Quando questionadas se a criança sabe o motivo de tomar o medicamento, todas as mães responderam que sim; seus filhos foram informados pelo neurologista ou por eles próprios sobre este aspecto. Segundo o relato das mães, entre as oito crianças pesquisadas, quatro aceitaram tomar o medicamento sem muitas explicações; uma questionou com a mãe sobre o remédio. Das oito crianças, três expressaram verbalmente a recusa pelo uso do medicamento; uma por torná-la quieta em momentos que gostaria de estar se movimentando, brincando, como na aula de educação física; e as outras duas, pelo

fato de os colegas dizerem que são loucas, que têm problemas na cabeça e são problemáticas.

*Ela sabe que é por causa da atenção dela; por isso, ela fala que vai tomar pra ficar ligada. Ela sabe que é por causa da atenção (MÃE A)*

*Sabe. Olha ela reluta um pouquinho em tomar porque geralmente quando ela toma ela fica quietinha no canto né, e criança gosta de bagunça. Tem aquele dia que acho que ela quer brincar na sala de aula, ou é o dia que tem educação física e ela quer ficar mais solta (MÃE B).*

*Mais ou menos, ele sabe um pouquinho sim, porque eu falei que ele tem que tomar. Tanto que quando ele não toma, quando eu esqueço, ele me cobra em casa:  
\_ Mãe, eu não tomei o remédio. Ou ele fala pra professora que não tomou o remédio (MÃE C).*

*Sabe porque eu comentei com ela; ela pediu pra mim, eu falei que ela era muito desinquieta, não presta atenção na sala de aula, essas coisas assim [...] (MÃE D).*

*Eu falei pra ele, assim, meio por alto, que ele tem que tomar. E ele falou:  
\_ Ah, tá bom (MÃE E).*

*Sim, ele sabe. Da parte dele, ele não gosta não. Ele não gosta de tomar o remédio; se deixar por ele, ele não toma. É porque as crianças o chamam de louco. Quando ele vai tomar o remédio na escola, as crianças ficam falando que ele é doente, louco, débil mental. Ele fica muito bravo com isto (MÃE F).*

*Ele sabe que precisa tomar pra conseguir prestar atenção na escola e fazer as coisas (MÃE G).*

É um reducionismo biológico medicar questões escolares sem compreendê-las em sua totalidade. Assim, a causa dos problemas de atenção e dos comportamentos inadequados é atribuída ao aluno e à sua herança genética. Como o problema é visto como orgânico, não é preciso desenvolver a atenção dos alunos; para garantir a atenção e a aprendizagem, basta atentar para o uso correto do medicamento.

Para Guarido (2007), é comum a escola questionar os pais de crianças em tratamento medicamentoso se elas manifestaram comportamentos inesperados ou não desejados. Esta postura, adotada pela escola e, em algumas vezes, pelos pais, demonstra a crença de que a variação do uso do remédio pode alterar o comportamento e o estado psíquico das crianças, desconsiderando as mudanças e as experiências ocorridas na dinâmica escolar.

### **A atenção como herança genética**

Delegar ao componente genético a origem do problema é tirar do alvo os pais, os professores e a escola, deixando somente a criança. Se hereditário e, portanto, biológico, não há muito o que fazer e o diagnóstico é suficiente para medicar e não questionar a qualidade da educação e os demais fatores que geram as chamadas doenças escolares, como assinala Sroufe (2012). Assim, este determinismo reducionista passa a ser apresentado:

[...] como uma verdade biológica que explica o homem e a sociedade em todas as suas complexidades, torna inúteis todos os reforços de reforma social, visto que tudo o que o homem faz ou pensa está determinado nos seus genes e governado por eles, nenhuma modificação no meio social ou físico poderá alterar a sua condição resultante de genes que devam a sua existência a milhões de anos de seleção (SACARRÃO, 1984, p. 10).

Ao identificar no sujeito a existência de genes bons ou ruins, legitimam-se as desigualdades sociais, contribuindo para desarmar a luta por uma escola de qualidade, promotora da apropriação dos conhecimentos culturalmente elaborados e de condições para que a criança se desenvolva psiquicamente e supere dificuldades escolares.

O componente hereditário indica a fatalidade de carregar os genes considerados ruins e herdados dos pais, como demonstram as falas de três mães:

*Como minha filha mais velha tem o mesmo quadro e também, estudava na mesma creche na época elas me chamaram e conversaram comigo sobre o problema da Bia. [...] na época quando nós resolvemos fazer a consulta, optamos pela Dra. J., ela fez uma pesquisa, um laudo, ela fez uma entrevista tanto comigo quanto com o pai das meninas e ao final dessa entrevista, desses exames, ficou constatado que é referente ao pai das meninas. Ele é agitado, bem agitado (MÃE B).*

*O médico disse que é hereditário, ele pesquisou e concluiu que eu e minha mãe também somos (MÃE C).*

*A impressão é que eu tinha, porque quando eu era criança, também tive essa dificuldade. E o pai dele também tem o déficit de atenção, [...] eu voltava no tempo e eu consegui imaginar o que estava acontecendo com a cabeça dele. Trava, dá um branco na cabeça da gente; eu me lembrava de mim, aí eu vi isso nele. Ele não conseguiu pescar as informações que eu estava dando. Não chega ao cérebro, não chegava ao lugar que tem que chegar. É horrível, é horrível; eu sei como é (MÃE H).*

A herança genética faz-se mais forte, é vista como fatalidade. Como explicam Lewontin, Rose e Kamin (1984, p. 26): “[...] tudo o que é biológico é dado pela natureza e provado pela ciência”. Mediante esta afirmação nos questionamos: se o TDAH ainda não foi comprovado cientificamente, por que delegar ao biológico um papel mais preponderante que as relações sociais?

Os autores alertam para o cuidado que se deve ter não só com o determinismo biológico, como também com o determinismo cultural, explicações que separam os fenômenos dicotomicamente, como biologia e cultura, corpo e espírito, devem ser superadas e entendidas dialeticamente.

Compreender dialeticamente a relação entre o biológico e o cultural é o primeiro passo para traçarmos estratégias pedagógicas ampliadoras de uma capacidade que inicialmente é natural. O substrato biológico possibilita-nos movimentar e agir frente ao mundo; ao mesmo tempo, essa ação altera todo o funcionamento do nosso organismo, em que novas sinapses acontecem, músculos se fortalecem, substâncias são produzidas e mobilizadas pelo contato com o outro e pelas estimulações recebidas.

A educação escolar intencionalmente organizada provocará na criança o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, promovendo níveis de pensamento cada vez mais elaborados e complexos, superando os conceitos espontâneos. Neste sentido, autores como Vigotski (1998) e Smirnov e Gonobolin (1969) entendem a aprendizagem escolar e o professor como figuras necessárias ao desenvolvimento da atenção voluntária.

## O uso do medicamento e a aprendizagem

O medicamento acalma, mas será que contribui para a aprendizagem? Nas falas dos professores, pais e nas observações em sala, buscamos alguns indicadores sobre os efeitos do medicamento na aprendizagem.

A professora (VI), de Willian, relata que o aluno é agressivo, violento, quando não está medicado: “[...] estando medicado, ele não dá trabalho, como você mesmo pôde observar, talvez ele seja um dos que me deu menos trabalho, neste período que você observou”. O alívio oferecido pelo medicamento é maior para o professor do que para o aluno, só o fato de permanecer sentado e copiando é suficiente, visto que, enquanto o remédio está fazendo efeito, a criança não tumultua a sala.

Quando questionadas sobre a relação do medicamento com a aprendizagem do aluno, as professoras responderam:

*O dia em que ela toma medicamento ela consegue se concentrar e fazer a leitura de um livro infantil, de um artigo de jornal que a gente traga pra escola. Eu vejo que a leitura dela é em melhor no dia em que está medicada (PROFESSORA II).*

*A própria escrita dele melhorou, a organização dos materiais, a participação dele de uma forma geral nos conteúdos. Mas eu não posso estar esquecendo uma coisa, que ele está defasado de conteúdo; por isso, quando eu proponho, [...] aula diferente pra ele é porque ele está defasado de conteúdo. Não a forma que ele vai resolver, mas o conteúdo em si eu tenho que dar sempre levando em consideração que ele não absorveu todos os conteúdos porque ele ficou um bom tempo sem acompanhamento (PROFESSORA III).*

*É o medicamento. Eu acho assim, como ela conseguiu ficar mais concentrada, ela conseguiu prestar mais atenção, ela se desenvolveu mais (PROFESSORA IV).*

*O nível que ele chegou; ele já chegou no nível alfabético e continua no nível alfabético. Agora ele vai avançar mais em outras questões. A leitura dele vai ficar mais fluente, tudo mais, e a escrita. O meu trabalho com o Leo é na questão da escrita. Agora; ele vai avançar mais (PROFESSORA V).*

*Bom, eu acho que o uso da medicação está ajudando ele aprender, porque sem o medicamento ele não consegue fazer nada. Com o medicamento ele consegue se concentrar um pouco e trabalhar. Quando ele está medicado, ele trabalha; da forma dele, com as dificuldades dele, mas ele trabalha. Com esse medicamento, ele se concentra, ele trabalha. Tem dias que eu nem percebo que ele está na sala de aula, de tão assim que ele fica. Só que eu vejo assim: o medicamento o deixa tão assim, parece que, mata um pouco a criança, tira a sua vida, alegria e espontaneidade. Ele fica mais para dormir, do que para... (PROFESSORA VI).*

*É assim, eu acho que com o medicamento, ele fica um pouco mais calmo, pelo menos parte do período ele consegue se concentrar melhor. Ele presta mais atenção, principalmente, no primeiro período, até o intervalo. Então ajuda porque, ele consegue se concentrar melhor, ele consegue ler, calcular, com um pouco mais de tranquilidade. (PROFESSORA VIII).*

Todas as mães e quatro professoras consideram que o medicamento contribuiu para a criança melhorar a atenção, controlar o comportamento e ajudou na aprendizagem. Porém, em nossas observações, ficou muito evidente em dois casos, que as crianças se mantinham apáticas durante todo o período da aula; outras, mesmo com o medicamento, não realizavam as atividades. As falas remetem mais à mudança no comportamento do que aos aspectos relacionados à aprendizagem. Duas professoras não souberam dizer os benefícios que o medicamento trouxe à aprendizagem:

*Não sei falar, porque eu não sei falar, porque eu não sei, eu nunca sei se ela está sem ou não (PROFESSORA I).*



*Olha, faz bem pra ele. Eu não posso falar assim, faz mal, porque eu não conheço o José antes, entendeu? Eu conheço o José agora, pra mim, ele está bem (PROFESSORA VII).*

Sucupira (1985) destaca as divergências na área médica em relação à utilização do medicamento. Alguns profissionais identificam melhora na atenção e no comportamento, porém, para a aprendizagem, há pouco efeito. Outros profissionais defendem o uso do medicamento, associado a outras medidas terapêuticas como no caso da terapia comportamental.

Uma única professora posicionou-se contra o uso do medicamento, expressando o quanto a escola deposita no médico e no remédio a solução para a dificuldade da criança:

*Não percebi nenhuma melhora na aprendizagem dela. Ela já veio anteriormente medicada com todos os problemas e dificuldades, não sei onde iniciou isso. Dá a impressão que a solução é o médico e o remédio, até para a escola, criança especial, criança do AEE. Eu não vejo assim, eu não acredito nisso (se referindo ao medicamento), a gente tem cobrar limite (PROFESSORA I).*

A fala de uma das professoras ampara-se na ideia segundo a qual as leis que regem o desenvolvimento mental são leis naturais e o uso do medicamento, atrelado ao amadurecimento decorrente da idade, é considerado aspecto fundamental para a atenção e a concentração do aluno em sala de aula:

*É o medicamento. Eu acho que como consegui ficar mais concentrada, prestar mais atenção, ela se desenvolveu mais. Também tem a questão da idade; ela deu uma amadurecida. Então, em minha opinião, o remédio fez um bom trabalho (PROFESSORA IV).*

A fala da professora indica a crença de que o amadurecimento da criança e o medicamento concorreram para um bom resultado. E a sua contribuição no processo de aprendizagem? As observações da sua prática pedagógica revelaram aspectos que contribuem para o desenvolvimento da atenção, como: aulas planejadas; atividades curtas, porém com continuidade; exigência quanto ao caderno; capricho, ordem

na cópia das atividades, organização em sala; participação oral dos alunos. Sua prática pedagógica com certeza contribuiu para a aprendizagem e desenvolvimento do aluno, mas, ela parece não se dar conta de que está cumprindo sua tarefa como educadora.

[...] a tarefa da educação com relação aos processos de aprendizagem consiste em estabelecer em que medida desenvolveram-se na criança aquelas funções, aqueles modos de atividade e faculdades intelectuais que são indispensáveis para assimilar certos campos do conhecimento e adquirir certas habilidades (VIGOTSKI, 2004, p. 467).

A teoria formulada por Vigotski reconceitualiza, segundo Beatón (2005), o conceito de biológico, entendido como fixo e imutável pela Psicologia Tradicional, tratando-o como moldável e flexível, chegando a postular que, no ser humano, o biológico é mediatizado pela cultura e pelo social.

Com base nesses pressupostos, é possível vislumbrar que um ensino escolar organizado e intencional, mediado pelo professor, impulsiona o desenvolvimento mental do aluno, possibilitando conexões neuronais e a ampliação da capacidade de abstração, generalização e demais funções psicológicas superiores. O professor, ao atuar diretamente na zona de desenvolvimento proximal, levantando questões, dando pistas, instigando a participação, possibilita ao aluno resolver sozinho no futuro, as atividades que anteriormente fazia, com a ajuda do professor ou de crianças mais experientes.

Para a perspectiva Histórico-Cultural, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores não parte de um processo que tem em seu princípio estruturas elementares pré-existentes e que se desenvolvem individualmente. Esta visão torna o desenvolvimento psicológico natural e linear, em que a memória mecânica se converte em memória lógica; a atenção involuntária, em voluntária; o pensamento concreto, em abstrato e generalizado; a imaginação reprodutiva, em criadora.

Para Beatón (2005, p. 187), Vigotski vai além da visão mecânica, ao conceber dialeticamente o desenvolvimento das funções psicológicas complexas do homem, compreendendo-as como:

[...] produto do entrelaçamento de duas histórias: a que se tem produzido na evolução biológica e a que contém o processo de construção da cultura e da sociedade humana.

Estas duas histórias em plano filogenético se cruzaram em um momento determinado da sucessão das duas histórias e se entrelaçaram, dando lugar a uma nova qualidade, a psicologia humana<sup>37</sup> [...] (BEATÓN, 2005, p.187).

Quanto ao desenvolvimento ontogenético, o autor identifica uma síntese de milhões de anos entre essas duas histórias. Entretanto, esta síntese não é de natureza diferente da filogenia. O desenvolvimento ontogenético sofreu e sofre interferência do ensino, da educação e da aprendizagem dos conteúdos elaborados socialmente e culturalmente pelo homem, expressos individualmente em cada pessoa, dependendo de suas experiências, comunicações e relações estabelecidas ao longo da vida.

Nessas afirmações, identificamos a influência do papel da educação escolar e da cultura no plano ontogenético, confirmando o caráter social e cultural das funções psicológicas superiores e a possibilidade de desenvolvê-las na escola, por meio de mediações culturais significativas.

## **A organização da prática pedagógica mediante o diagnóstico**

Quando nos referimos à prática pedagógica, devemos localizá-la em seu contexto, isto inclui compreendermos a escola como uma instituição que recebe influência da sociedade capitalista, excludente, mas que, ao mesmo tempo, a influencia, cumprindo seu papel emancipatório.

Pimenta (2005), ao iniciar suas discussões a respeito da prática do professor, define como prática o ato de fazer, realizar uma ação, que necessita de conhecimento e de instrumentos disponíveis e adequados aos objetivos que se pretende alcançar. A autora não define o conceito pedagógico, mas nos apresenta o conceito de pedagogia como a ciência da educação, portanto entendemos como pedagógico a ciência que fundamenta a prática do professor, oferecendo-lhe instrumentos para a realização da sua atividade docente.

A pedagogia, como ciência que estuda a educação, tem em seu campo de investigação a atividade docente, especificamente, o preparo

---

<sup>37</sup> “[...] producto del entrecruzamiento de dos historias: la que se ha producido en la evolución biológica y la que contiene el proceso de construcción de la cultura y de la sociedad humana. Estas dos historias em plano filogenético se cruzaran en un momento determinado del devenir de las dos historias y se entrecruzaron, dando lugar a una nueva cualidad, la psicologia humana [...]” (BEATÓN, 2005, p.187).

técnico-instrumental e o exercício desta profissão. A prática pedagógica destaca Pimenta (2005, p. 105), requer preparo, que não se encerra nos cursos de formação profissional:

[...] mas para o qual o curso pode ter uma contribuição específica enquanto conhecimento sistemático da realidade do ensino-aprendizagem na sociedade historicamente situada, enquanto possibilidade de antever a realidade que se quer [...] Enfim, enquanto formação teórica (onde a unidade teoria e prática é fundamental) para a práxis transformadora, [...] (PIMENTA, 2005 p. 105).

Essa *práxis* humana, transformadora, discutida por Pimenta (2005) e fundamentada em Marx, representa a possibilidade de o professor, em sua *práxis*, transformar as condições da realidade que impossibilitam a humanização dos homens. Desta perspectiva, a atividade do professor é uma atividade de educação, e como a educação é uma prática social, logo, a atividade docente assim o é (*práxis*).

Em nossas escolas, percebemos uma miscelânea de tendências pedagógicas, situadas entre Pedagogia Tradicional, Pedagogia Nova e Construtivismo, direcionando a prática pedagógica e a postura do professor em relação ao não aprender. Esta indefinição conceitual, assim denominada por Klein (2002), representa as mudanças nas perspectivas teóricas que fundamentam a prática pedagógica do professor, em especial, na alfabetização, conduzindo sua atuação e apontando para um discurso que reforça as questões orgânicas como uma das justificativas para o fracasso escolar.

A Pedagogia Tradicional permaneceu e ainda permanece direcionando a prática pedagógica das escolas, camuflando-se com a Pedagogia Nova incorporada pelo Construtivismo e pelo dilema do aprender a aprender, discutido amplamente por Duarte (2006). Durante nossas observações percebemos uma prática pedagógica que, em sua maioria, mescla-se com a Pedagogia Tradicional e com a Pedagogia Nova em sua versão Construtivista, difundida a partir da década de 1980. No Plano Político-Pedagógico das escolas consta a Psicologia Histórico-Cultural e a Pedagogia Histórico-Crítica como fundamentos para a prática pedagógica do professor.

Em cinco das oito turmas observadas, presenciamos atividades longas, em sua maioria questionários a serem respondidos com apoio no livro didático, ou cópias do quadro. As professoras solicitavam a

participação limitada dos alunos e, quando estes se empolgavam com o conteúdo, passava-se para novas questões, a fim de impedir o tumulto em sala. Os alunos mais estimulados à participação eram aqueles com respostas mais elaboradas e considerados, pelos professores, alunos com ótimo rendimento escolar. Em seis das turmas observadas, as carteiras eram dispostas em filas e o professor dirigia alguns alunos para lugares específicos, para evitar conversas e tumulto durante a aula.

Carvalho (2000) destaca que a implantação das reformas educacionais, em especial o Ciclo Básico, em São Paulo, não provocou mudanças radicais na forma de alfabetizar e, isto se justificou pela falta de conhecimentos sobre os princípios e as medidas que impulsionaram as políticas. Assim, as alterações propostas pelas reformas educacionais provocaram no professor das séries iniciais incertezas quanto às questões teóricas e práticas.

Algumas modificações metodológicas aconteceram, entretanto não foram, suficientes para colocar, em prática e efetivamente, o referencial construtivista que embasava a proposta do Ciclo Básico. A pesquisa revela que os professores tinham vontade e iniciativa para implantar a proposta; contudo, não contavam com uma fundamentação teórica sólida e com uma didática consistente para subsidiar seu trabalho. A solução era pinçar aspectos isolados da proposta e mesclar com sua prática e com o conhecimento teórico que a sustentava. Carvalho (2000) alerta para os riscos em implantar uma nova proposta pedagógica, quando não se prepara teoricamente o professor para colocá-la em prática.

Os depoimentos das professoras entrevistadas expressam essa fragilidade de formação para lidar com a criança diagnosticada com TDAH:

*A inclusão é algo que não dá para negar, mas ela não está sendo colocada na prática. Os profissionais que têm lidar com essas crianças de inclusão, as informações, as teorias que eles teriam que estar recebendo, se fundamentando sobre, é pouca; ela está muito devagar. Primeiro se insere na prática, depois vamos ver como nós vamos fazer para estar lidando com essa situação. Do que eu tenho de conhecimento, eu procurei particularmente estudar sobre o assunto (PROFESSORA III).*

As professoras não foram orientadas para trabalhar com esses alunos; apenas os recebem e estes são vistos como crianças com um problema orgânico e necessidade de medicamento:

*Nunca fui e nem ... pela psicopedagoga, porque eu nunca falei com a psicopedagoga; não sei se ela ia nos dias em que eu não estava ou ela ia e não me chamavam (PROFESSORA I).*

*Não. Não recebi nenhuma orientação. Eu faço o que sempre fiz com os demais alunos. Estou sempre cobrando, dizendo que é necessário fazer, pedindo que faça [...] (PROFESSORA II).*

*Não. Porque a escola, de uma forma geral, ela não está preparada (PROFESSORA III.)*

*Não (PROFESSORA IV).*

*Eu fui descobrindo o Leo. Eu entrei na sala, vi o comportamento dele, vim conversar, chamamos a mãe, aí então fiquei sabendo que o Leo tinha esse diagnóstico, que já tomava o medicamento. Eu o conheci, vim buscar orientação e aí, sim, fui orientada (PROFESSORA V).*

*Não. A gente não tem nenhuma preparação pra isto, pra trabalhar com crianças com este tipo de problema. E tendo em vista que não é só o Willian, pois na sala que eu atuo, deve ter uns dez alunos na mesma situação. Eu não tenho nenhuma formação e orientação pra isso (PROFESSORA VI).*

*Não, eu não fui orientada. Quando eu comecei nessa escola, as minhas colegas de trabalho, me falaram:*

*\_ Você tem um aluno que toma Ritalina.*

*Mas assim, orientada, na forma como eu tinha que agir com ele, o que eu tinha que fazer, não. Isso eu estou aprendendo com a minha experiência, com a minha convivência com ele no dia-a-dia (PROFESSORA VII).*

O fato de receber uma criança com um quadro específico não alterou o planejamento das aulas das professoras, elas foram unânimes

em relação a essa questão. As mudanças ocorridas foram referentes à forma com que passaram a olhar o aluno e a tratá-lo: uma criança mais lenta, com dificuldades, merecedora de complacência. A prática pedagógica não sofreu alteração em sua organização e estratégias didáticas; a identificação do aluno diagnosticado com TDAH apenas tornou o professor mais compreensivo frente ao problema orgânico do aluno, tendo pouco a contribuir para o desenvolvimento de sua atenção.

A fragilidade teórica também pode ser identificada em uma prática divergente do proposto no Plano Político Pedagógico das escolas (PPP). A fundamentação teórica contida no PPP inclui a Psicologia Histórico-Cultural e a Pedagogia Histórico-Crítica, as quais concebem a aprendizagem escolar como impulsionadora do desenvolvimento mental do aluno e o professor como mediador entre a criança e o conhecimento. Nesta direção, a prática dos professores deveria estar centrada em atividades potencializadoras das funções psicológicas superiores, como no caso da atenção voluntária e não em concepções voltadas ao amadurecimento e à espontaneidade do psiquismo:

*Dentro do que a gente tem de conhecimento é que o hiperativo não sara, um tratamento que fazer chegar um momento e pronto, ele não é mais hiperativo. A não ser que com novas descobertas e avanços na medicina, isso possa se inverter (PROFESSORA IV).*

Ao se pautarem exclusivamente em respostas biológicas, médicos, professores e pais apoiam-se em uma concepção de desenvolvimento natural, espontâneo, resultado de um amadurecimento orgânico, e a aprendizagem como um fenômeno que despontará a partir do momento em que a criança for crescendo. Neste sentido, a alteração do planejamento escolar não será necessária, já que a atenção e o controle do comportamento serão movimentados muito mais pelo uso do medicamento que por uma prática pedagógica organizada e intencional.

A pesquisa realizada por Eidt (2004) envolvendo profissionais da saúde, atuantes em Unidades Básicas de Saúde e responsáveis pelo diagnóstico de TDAH, demonstrou a falta de orientação aos professores após o diagnóstico, deixando a cargo dos pais o retorno à escola das informações sobre o quadro, como se estes tivessem o domínio acadêmico suficiente para possíveis orientações.

O diagnóstico centra suas forças na disfunção orgânica da criança e, com frequência, indica o uso do medicamento como recurso, não oferecendo aos pais, nem a escola, estratégias que auxiliam no

atendimento às necessidades específicas desse aluno, muito menos no desenvolvimento da atenção voluntária. Os pais deixam o laudo na escola e os professores são informados do diagnóstico, apenas informados, como apontado nas falas de todas as professoras entrevistadas:

*Eu não tinha só a Camila com dificuldade, eu tinha mais oito com dificuldades, um eu tinha que alfabetizar. Eu fui mais lenta no planejamento, sempre estava muito atenta a ela, passava no quadro e olhava no caderno dela; dei uma atenção exclusiva a ela (PROFESSORA I).*

*Não, eu não fiz nenhuma mudança no meu planejamento. Também não foi pedido que eu fizesse, mas eu sempre tive uma maneira bem complacente de ouvir a Bia, sempre levei em consideração qualquer atividade dela, o menor esforço sempre foi considerado da Bia, nunca houve uma cobrança maior por parte dela, infelizmente eu não tive essa orientação no meu planejamento (PROFESSORA II).*

*Bem, assim, na fase inicial, eu fui procurando trabalhar por eu ter um conhecimento prévio. Não acredito que seja um conhecimento tão amplo assim, até porque minha visão em um primeiro momento era mais de um pedagogo clínico, psicopedagogo, porque trabalhava em uma clínica, do que enquanto professor. O planejamento que eu tinha eu procurava buscar sem muita certeza se esse era o caminho correto, nesse sentido (PROFESSORA III).*

*No meu planejamento, não. Eu mudei é o meu jeito de tratar a aluna; a gente conseguia ver que ela tinha alguma dificuldade, um déficit de atenção, só que até se descobrir se isso era realmente verdadeiro ou não, ela era uma aluna como outra qualquer dentro da sala. Não que agora ela tenha mudado, mas a partir do momento que você sabe que o aluno é daquele jeito, você tem que mudar a forma de tratar. Então, eu não mudei meu planejamento, eu mudei a forma de tratar a aluna (PROFESSORA IV).*

*No planejamento, não. Eu tive mudanças assim, de trazê-lo mais próximo, já mudei de carteira, coloquei-o numa posição melhor, mas o que eu passo para o Leo é o que eu trabalho com a turma toda (PROFESSORA V).*



*A gente tenta mudar, tenta manejar, usar mais pra jogos. Eu trabalho o jogo do bingo, da tabuada; nessa atividade ele participa bastante. [...] mas, algumas atividades não tem como você modificar. Se está no currículo, você tem que trabalhar, não tem como. (PROFESSORA VI).*

*Não, nenhum. O que eu dou pra ele, eu dou pra todos. Eu, eu não faço essa diferença. Porque eu acho que não tem nem necessidade, ele acompanha tudo, ele é assim, pra mim, não tem nada para falar do José, ele é excelente na sala (PROFESSORA VII).*

*No planejamento, propriamente não. Mas às vezes no encaminhamento de algumas atividades (PROFESSORA VIII).*

Ser complacente com o aluno não é suficiente para desenvolver os seus potenciais. É preciso organizar as aulas, elaborar um planejamento voltado ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores de toda a turma. Atividades intencionais, interessantes e com significado são fortes potencializadores da atenção e da aprendizagem escolar.

Ao retomarmos os potenciais evocados, discutido por Luria (1981), entendemos que uma aula organizada, um professor que explique antecipadamente aos alunos os conteúdos a serem estudados naquele dia, um conteúdo mais complicado do que aquele que o aluno já aprendeu, são capazes de ampliar os potenciais evocados, excitando zonas do córtex cerebral responsáveis pela atenção. A expectativa ativa, ou a complicação da tarefa, conforme indica o autor, são mobilizadores de processos fisiológicos presentes na base da atenção.

Em todas as turmas observadas, a aula teve início com a cópia de um roteiro, no qual havia a sequência das atividades que seriam desenvolvidas durante a aula como por exemplo: oração, correção da tarefa, português e matemática. Entretanto, o que mais nos chamou a atenção foi o fato de que o roteiro era apenas copiado de forma mecânica pelos alunos, sem objetivo algum, incluindo-o à rotina da aula. Se a instrução da fala aumenta a amplitude dos potenciais evocados, mobilizando zonas do córtex cerebral responsáveis pela atenção, como apresentado nos estudos de Luria (1981), o professor, ao explicar antecipadamente quais seriam as atividades daquele dia, o conteúdo a ser

trabalhado e os materiais que usariam, estaria mobilizando processos fisiológicos que são a base da atenção, sendo possível mantê-la; neste sentido, o roteiro se faz importante em sala de aula.

Compreendemos que o desenvolvimento da atenção voluntária ocorre gradativamente, pela mediação do adulto e a apropriação da linguagem exterior que, posteriormente, se converterá em interior. Estas considerações tornam evidentes os riscos de diagnósticos precoces, como vêm ocorrendo nos casos dos problemas de atenção. Cada vez mais cedo, a queixa dos pais e de professores estão chegando aos especialistas que formulam a hipótese de TDAH em crianças com cinco e seis anos de idade.

Como diagnosticar uma criança nessa idade, se a atenção voluntária começa a se estabilizar a partir dos cinco anos? Se a atenção voluntária, como postula a teoria Histórico-Cultural, é caracteristicamente social e se desenvolve mediante o contato com o social, não estaríamos menosprezando o papel do professor como mediador em detrimento de um tratamento medicamentoso, em muitos casos, como única alternativa?

Das oito crianças pesquisadas, uma tinha seis anos e frequentava o 1º ano do ensino de nove anos, ou seja, série equivalente ao último estágio da Educação Infantil, do ciclo anterior. Nesta faixa etária, Smirnov e Gonobolin (1969) indicam a utilização de jogos como estratégia de ensino, que contribui para o desenvolvimento da intensidade, da concentração e da constância da atenção da criança. A habilidade e o manejo com os jogos vão se aprimorando com a idade; uma criança de quatro e cinco anos consegue manter a atenção em um jogo por aproximadamente 20 a 25 minutos, enquanto uma criança de seis anos pode permanecer jogando por até uma hora.

O autor é enfático ao afirmar que, na idade pré-escolar, a criança adquire certa experiência em manipular sua atenção, demonstrando sua preparação para o ensino escolar.

De sete observações realizadas na turma de Gustavo, 1º ano, apenas em uma, a professora fez uso do jogo como passatempo; distribuiu os jogos para as crianças, que, sozinhas ou em grupos, brincaram de forma independente no fundo da sala, enquanto a professora passava, no caderno dos alunos, a tarefa de casa. Os alunos olhavam, tocavam e brincavam com as peças, sem qualquer direcionamento e organização, jogando aleatoriamente.

O jogo ocupa papel de destaque no desenvolvimento psíquico do ser humano, como assinala Elkonin (1969), seja ele o jogo de movimento

em que desenvolve a cooperação, disciplina e o trabalho em grupo, seja ele intelectual, com regras, como xadrez, dama, dominó, jogo da memória, kala, charadas ou até mesmo jogos em que as crianças assumem papéis de heróis. O jogo pode ser um recurso pedagógico poderoso, se o professor utilizá-lo intencionalmente; desta forma é possível desenvolver a atenção voluntária, a memória, a percepção e abstração quando se joga.

Nos anos iniciais, há o predomínio da atenção involuntária que depende, em boa parte, do interesse em relação à tarefa proposta, ao que o aluno vê, escuta e sente na escola. Nesse período, pode passar despercebido à criança o que é fundamental para sua aprendizagem, focando-se em estímulos secundários, julgando-os, no momento, mais interessantes. O volume da atenção também é menor e se limita a dois ou três objetos, enquanto que o adulto é capaz de abranger de quatro a seis objetos, por isso de acordo com Smirnov e Gonobolin (1969), é fundamental uma percepção mais prolongada e repetitiva dos objetos neste período.

Ainda nas fases iniciais de escolarização, a criança não consegue dividir sua atenção; por exemplo, se está concentrada na escrita, é comum estar inadequadamente sentada, segurando o lápis incorretamente ou com o caderno inclinado. Por isso, é imprescindível a atuação do professor no sentido de ajudar o aluno a organizar seus materiais e a rotina escolar, situá-lo quanto ao conteúdo, espaço no caderno a ser ocupado, postura adequada ao se sentar, como pegar o lápis para traçar as letras. O aluno aprenderá a controlar sua conduta e a se posicionar frente ao aprender se esta for mediada pelo professor via linguagem.

Smirnov e Gonobolin (1969) apontam que o desenvolvimento insuficiente da atenção voluntária produz uma percepção superficial. Erros na leitura são comuns no início da alfabetização. O aluno percebe algumas partes da palavra, outras não, o que acarreta a leitura incorreta. Aprender a ficar atento é algo determinante no princípio da vida escolar de uma criança; sua aprendizagem dependerá disso e, para tanto, o professor deve cobrar uma postura do aluno frente à atividade planejada, para direcionar e organizar sua atenção.

Para o autor, a forma como o professor expõe o conteúdo faz toda a diferença para a manutenção do foco dos alunos. Em nossas observações, a professora IV, passou a maior parte da aula sentada, iniciou as atividades com a correção da tarefa oralmente e depois indicou qual lição deveriam copiar. Raramente passava pelas carteiras dos alunos,

verificando a realização dos exercícios. Em todas as observações, a professora, depois de corrigir a tarefa, perguntava aos alunos em que página do livro havia parado, para, assim, dar continuidade ao conteúdo, demonstrando não ter preparado a aula. Sua saída da sala era frequente, ora para buscar materiais, ora para conversar com a coordenação, sua ausência provocava a maior agitação nos alunos e poucos permaneciam sentados copiando. A falta de planejamento, o permanecer sentada ao corrigir a tarefa, ou ao indicar o que os alunos iriam fazer, tornaram a aula monótona, sem organização e sem expectativa frente ao conteúdo, o que não favorecia o desenvolvimento da atenção por parte dos alunos.

Em contrapartida, todas as aulas da professora VIII se diferenciaram das demais turmas observadas. A professora usava um tom de voz baixo e toda a turma também permanecia na gradação de sua voz. Houve momentos de conversas paralelas, os alunos levantavam-se das carteiras, mas tudo de maneira organizada e as conversas não atrapalhavam o andamento da aula. O conteúdo era explicado detalhadamente e a professora, em algumas aulas, retomou o conteúdo anterior para que os alunos compreendessem o que iriam desenvolver na atividade proposta.

A retomada do conteúdo provoca novas associações e a apropriação do conteúdo trabalhado. Este é um dos aspectos destacados por Smirnov e Gonobolin (1969), ao tratar das especificidades da atenção, dentre elas, a intensidade. A criança fica tão concentrada em sua atividade que não vê, nem ouve os demais estímulos, ou seja, a atividade torna-se figura, por ter significado, enquanto os estímulos secundários se tornam fundo. Neste caso, a atenção foi alcançada quando a professora, ao explicar a atividade, tornou os estímulos subdominantes, subordinados aos exercícios que o aluno estava realizando, e que não estavam ausentes da consciência.

É necessário que o professor administre os estímulos secundários que estarão presentes em menor ou em maior frequência e considere que uma sala de aula organizada, com menor ruído e melhor iluminação, faz toda a diferença para a manutenção da atenção e, conseqüentemente, à realização da tarefa e à aprendizagem.

Em observação da cena pedagógica das professoras IV e VIII, mesmo assumindo uma postura enérgica, observamos a participação e a constância maior da atenção dos alunos, em decorrência do desenvolvimento de várias atividades curtas, referentes ao mesmo conteúdo. Percebemos um maior envolvimento por parte dos alunos, sendo que todos concluíram as atividades incluindo Taís e Mário.

Uma das condições principais para manter a atenção é que as impressões que se recebem ou as ações que se executam sejam variadas, haja vista o monótono rapidamente diminuir a atenção. Quando um mesmo estímulo atua de uma maneira prolongada, a excitação, segundo a lei da indução negativa, causa uma inibição nesta zona do córtex, e isto serve de base fisiológica para a diminuição da atenção. Se há uma troca de objetos ou de ações que se efetuam, a atenção conserva-se durante muito tempo a um nível alto.

Para conservar a atenção sobre um objeto, é insuficiente olhá-lo por muito tempo, mas sim buscar nele novos detalhes e, assim, variar a percepção que se tem dele.

Smirnov e Gonobolin (1969) ressaltam ainda a importância das ações com os objetos, das operações que se fazem com eles, pois além de excitarem diferentes zonas cerebrais, elas ampliam a percepção e enriquecem as impressões sobre eles. A utilização de recursos em sala de aula pelo professor movimenta a atenção involuntária e auxilia na manutenção da atenção durante a realização da atividade proposta.

Em relação à avaliação da aprendizagem, cinco professoras foram unânimes em afirmar que utilizam o mesmo instrumento de avaliação para todos os alunos, independentemente do diagnóstico:

*Não é, mas assim, por exemplo, a Camila se ela começar a fazer a avaliação hoje igual de todo se ela não terminar amanhã continua, (PROFESSORA I).*

*Eu estou avaliando a Taís da mesma forma que eu avalio os normais. Por quê? Porque ela tem o mesmo ritmo ou até melhor de muitos daqueles da sala. Agora, eu posso avaliar a Taís da mesma forma que eu avalio os outros (PROFESSORA IV).*

*Geralmente esses alunos de revisão tem uma avaliação diferente. Eu avalio da mesma forma, mas chega no Conselho de Classe, a avaliação é diferenciada. Eu, enquanto professora da turma, avalio todos da mesma forma, porque ali eu trabalhei tudo igual, embora eu saiba que ele tenha essa dificuldade, tenha o medicamento, e às vezes até com o medicamento. Mas eu procuro avaliar da mesma forma (PROFESSORA VI)*

*O José, eu avalio da mesma forma. Todos são avaliados da mesma forma. Não há diferença alguma (PROFESSORA VII).*

*E quanto à avaliação, ela é constante. A gente está avaliando em todas as atividades, desde a realização na sala, até aquelas que a gente pede pra que eles realizem, é de forma individual. O Mário entra nos mesmos critérios, só que com ele temos uma tolerância maior, por conta da dificuldade de concentração (PROFESSORA VIII).*

Um ponto comum nas falas das professoras é o reconhecimento das dificuldades da criança e, ao mesmo tempo, o princípio de utilizar uma única forma de avaliar na sala de aula. Desse modo, eles acreditam estarem lidando com todos de forma semelhante. No momento da avaliação todos os alunos são iguais, uma igualdade abstrata, que se revela no discurso e não na prática.

Uma professora apontou que as avaliações da aluna sempre eram feitas junto à orientação da escola, porém não deixou claro se a prova era ou não uma prova diferenciada:

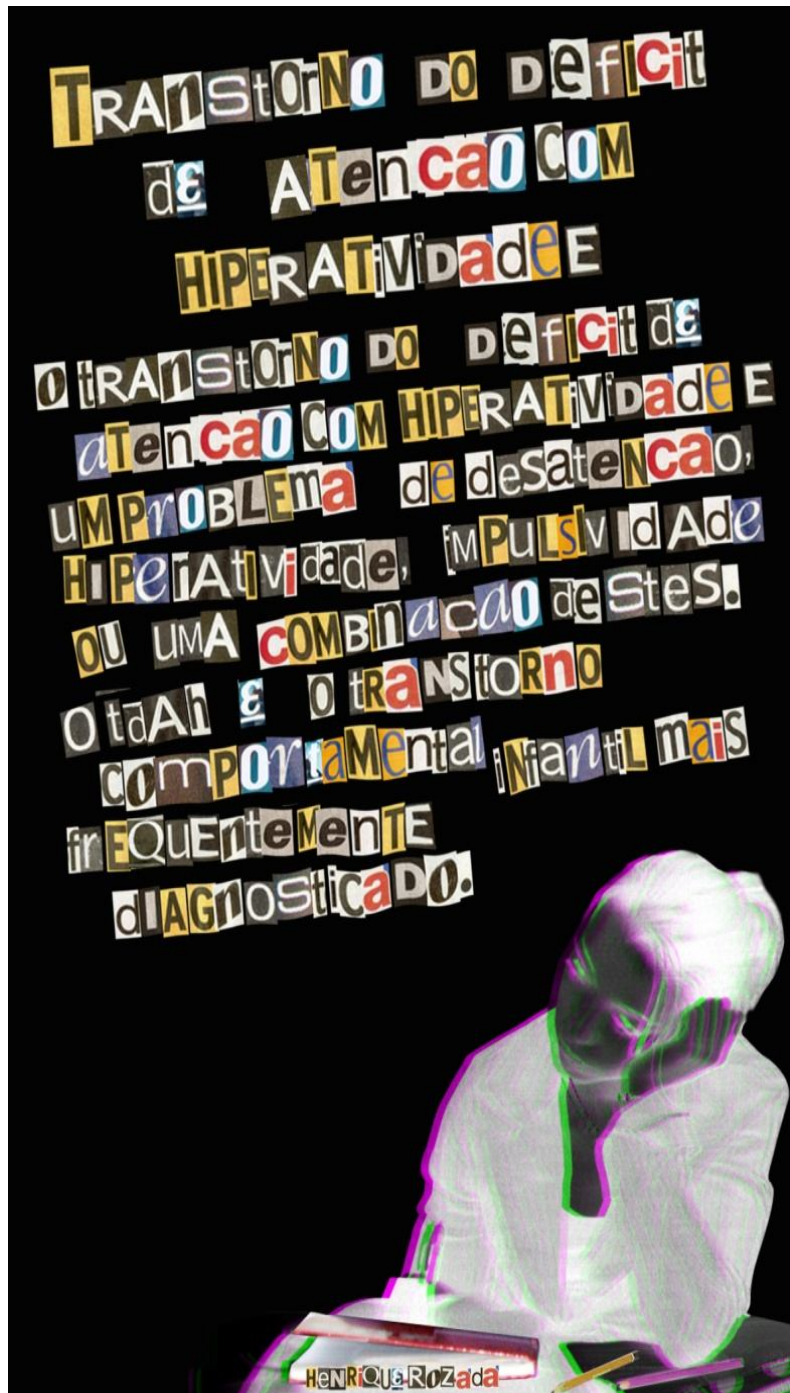
*A Bia não é avaliada da mesma forma, eu sempre fiz a avaliação dela junto com a orientação da escola. Sempre consideramos cada pequeno esforço da Bia. Por exemplo, a evolução na tabuada (PROFESSORA II).*

Os alunos Gustavo e Leo estão em fase inicial de alfabetização; por isso, são avaliados constantemente, por ser necessário considerar o nível em que o aluno se encontra e os resultados alcançados frente às dificuldades apresentadas. Na perspectiva da professora, o medicamento confere ao aluno

*[...] a mesma possibilidade de avançar como os demais. Mas eu não posso esquecer essa parte também, dele sem o medicamento, sem o tratamento, que ele fique aquém. Eu avalio ele com potencial, inteligente (PROFESSORA III).*

As possibilidades de aprendizagem são oferecidas pelo medicamento em primeiro plano. Ele aproxima o aluno dos demais,

oportunizando a tão defendida igualdade. O remédio potencializa a atenção, controla o comportamento e prepara o aluno para aprender e ao professor cabe aproveitar os efeitos do medicamento para ensinar.



Henrique de Castro Rozada. TDAH. Técnica mista, 2013.