



A outra face do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

The other side of the Attention Deficit Hyperactivity disorder

El otro rostro del Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad

Rita de Cassia Fernandes Signor*

Ana Paula de Oliveira Santana**

Resumo

É alta a procura pelo atendimento fonoaudiológico por sujeitos que, por terem desempenho escolar insatisfatório, são considerados portadores de “distúrbios” ou de “dificuldades” de leitura e escrita. Muitos desses sujeitos, ao serem avaliados por médicos, acabam recebendo diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade). Os estudos na área são muito abrangentes e é possível observar duas principais tendências teórico-metodológicas que tentam explicar o problema. De um lado, estão os pesquisadores (organicistas) que acreditam no caráter orgânico do TDAH e o tomam como um transtorno neurobiológico, de cunho genético, responsável pelo aparecimento de sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção. De outro lado, estão pesquisadores que veem nesse diagnóstico um processo de medicalização da educação. Nesta segunda vertente, que se enquadra no paradigma sócio-histórico, preconiza-se que os problemas de atenção e aprendizagem ocorrem em virtude de questões sociais, políticas e educacionais e não decorrem, portanto, de aspectos de ordem biológica. O objetivo deste trabalho é realizar uma discussão em torno dessas duas visões sobre o chamado TDAH e suas possíveis implicações para os processos de apropriação da linguagem escrita por escolares. Propõe-se, desse modo, uma reflexão conceitual tomando por escopo dois paradigmas antagônicos

Palavras-chave: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; transtornos de aprendizagem; medicalização.

*Doutora e mestre em Linguística pela UFSC. Fonoaudióloga do Hospital Infantil em Florianópolis. Pesquisadora do GELCE (Grupo de Estudos em Linguagem, Cognição e Educação) – UFSC/CNPq. Hospital Infantil Joana de Gusmão

**Doutora em Linguística pela UNICAMP. Professora titular do curso de Graduação em Fonoaudiologia e de Pós-graduação em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: RCFS participou do planejamento e estruturação do trabalho científico, do levantamento e análise bibliográfica, da geração e análise dos dados e da redação do texto. APS participou do planejamento e estruturação do trabalho científico, do levantamento bibliográfico, da análise dos dados, da revisão crítica e da redação do texto.

Endereço para correspondência: Rita Signor. Rua : Rodovia João Paulo, 820, C-603, Bairro João Paulo, Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88030-300E-mail: ritasignor@gmail.com

Recebido: 30/11/2014; **Aprovado:** 03/12/2014



Abstract

There are a high number of people that search for speech treatment due to unsatisfactory performance at school. They are considered to have writing and reading “disorders” or “difficulties”. Many of these subjects are diagnosed with ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). The studies on this field are very vast and it is possible to identify two theoretical and methodological tendencies that try to explain the problem. On the one hand there are the organicists who believe in the existence of the ADHD as a mental disorder that is responsible for symptoms like hyperactivity, lack of attention and impulsiveness. On the other hand, there are researchers who think that these diagnoses are a process of medicalization of education. This second point of view is related to a sociohistorical paradigm and its followers defend the idea that learning problems are related to social issues (not biological ones), i.e. learners are victims of inefficient pedagogical process. Thus, the objective of this paper is to develop a discussion about the diagnose of the ADHD. Here, we are going to consider the two presented points of view and their possible implications on the developing process of writing language and we are also going to propose a theoretical reflection about the scope of these paradigms.

Keywords: *Attention deficit disorder with hyperactivity; learning disorder; medicalization.*

Resumen

Es alta la demanda por terapia fonoaudiológica en sujetos que, debido a un rendimiento escolar insatisfactorio, son considerados portadores de “trastornos” o de “dificultades” en la lectura y la escritura. Muchos de estos sujetos, al ser evaluados por médicos, acaban por recibir el ser diagnóstico de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad). Los estudios en el área son muy anchos y es posible observar dos principales corrientes teórico-metodológicas que tratan de explicar el problema. De un lado están los investigadores organicistas, que creen en la naturaleza orgánica del TDAH y lo toman como un trastorno neurobiológico, de carácter genético, responsable de la aparición de los síntomas de impulsividad, hiperactividad y falta de atención. De otro lado están, investigadores que ven en este diagnóstico un proceso de medicalización la educación. En esta segunda vertiente, que se inscribe en el paradigma socio-histórico, se propone que los problemas de atención y aprendizaje se deben a cuestiones sociales, políticas y educacionales y, por lo tanto, no se deben a aspectos de orden biológico. El objetivo de este trabajo es realizar una discusión en torno a estos dos puntos de vista sobre el TDAH y sus posibles implicaciones para los procesos de apropiación de la lengua escrita por estudiantes. Se propone, de ese modo, una reflexión conceptual tomando por base dos paradigmas opuestos.

Palabras clave: *trastorno por déficit de atención con hiperactividad; trastornos del aprendizaje; medicalización.*

Introdução

Na clínica fonoaudiológica temos observado crescente procura partindo de crianças e adolescentes que, por não atenderem às expectativas da escola, são considerados portadores de “distúrbios” ou de “dificuldades” de leitura e escrita. Muitos desses sujeitos, ao serem avaliados por profissionais médicos (neurologistas, pediatras e psiquiatras), acabam recebendo o diagnóstico

de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Os estudos na área são bastante abrangentes e é possível observar duas principais tendências teórico-metodológicas que tentam explicar o problema. De um lado estão os pesquisadores organicistas¹⁻⁶, aqueles que acreditam no caráter neurobiológico do TDAH e o tomam como um transtorno neuropsiquiátrico, de origem genética, responsável pelo aparecimento de sintomas de

impulsividade, hiperatividade e desatenção. De outro lado, adeptos da corrente sócio-histórica, estão pesquisadores⁷⁻¹⁰ que veem nesse diagnóstico um processo de patologização/medicalização da educação.

O termo *medicalização* se refere a um processo de transformação de questões não-médicas, isto é, sociais, culturais, educacionais e políticas, em questões médicas. Ou seja, é tentar encontrar no campo da medicina as causas e soluções para problemas de ordem não patológica. A medicalização toma o processo saúde/doença como algo centrado no indivíduo, segundo uma abordagem organicista⁷. Quando medicalizadas, as questões sociais perdem sua dimensão coletiva; o problema deixa de ser de ordem social, histórica, política, interacional e afetiva e passa a ser um problema individual. À medida que outros profissionais (psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos), além dos médicos, foram se unindo em prol da “medicalização” da educação, houve uma ressignificação do termo que passou a se chamar: *patologização*.^{7,11}

Algumas crianças são saudáveis até ingressarem em uma escola excludente; acabam sendo pré-diagnosticadas como portadoras de doenças inventadas, por conta de fracassos que não são seus, e acabam confinadas em “instituições invisíveis”⁷. Por fim, essas crianças, ao receberem encaminhamentos para a realização de avaliações clínicas, terminam, muitas vezes, recebendo diagnósticos de transtornos/distúrbios por profissionais da área da saúde. Uma vez duplamente rotuladas, na escola e na clínica, adentram em um processo de baixa autoestima em relação à sua condição de aprendiz. Dizeres *como não sei, não consigo, escrevo tudo errado, detesto ler e escrever, sou hiperativo, tenho déficit de atenção*, entre outros, começam a permear o discurso do aluno que, distante cada vez mais da linguagem escrita, acaba absorvendo e sustentando uma condição de incompetência linguística. Massi¹², ao tratar do tema da apropriação da escrita por crianças “rotuladas” no contexto da escola, diz:

Considerando que a subjetividade infantil se constitui marcada por efeitos de sentidos discursivos, ao ser apontada como alguém que está “fracassando” na escola diante da aprendizagem da língua escrita, entendemos que qualquer criança pode apresentar baixa auto-estima e

pouco interesse por essa modalidade de linguagem, sobretudo quando a instituição escolar a anuncia como incapaz ou impossibilitada em função de hipóteses e “erros” que acompanham o processo de aprendizagem (p.18).

Partindo dessa problemática, objetivamos neste trabalho refletir sobre dois dos principais olhares sobre o mesmo objeto – o chamado TDAH – e as possíveis implicações desse diagnóstico para os processos de apropriação da linguagem escrita por escolares. Propomos, dessa forma, uma discussão conceitual tomando por escopo dois paradigmas antagônicos. Para isso, faremos uma revisão bibliográfica.

A História do TDAH

Uma das primeiras referências a uma criança com déficit de atenção foi encontrada em 1856, em poesias do médico alemão Heinrich Hoffman. O médico descrevia, por meio de poemas, as doenças infantis com as quais se deparava em sua prática clínica. Contudo, o mérito científico ficou com George Still e Alfred Tredgold, uma vez que dedicaram atenção clínica especial a uma condição peculiar do comportamento infantil que se aproximava bastante do que atualmente se conhece por TDAH. Os pesquisadores, estudando crianças que, segundo eles, tinham dificuldades para manter a atenção, acreditavam que esse “defeito” pudesse ser resultado de uma doença cerebral aguda que regrediria com a cura da doença¹.

Em 1917, na América do Norte, o interesse pelo TDAH surgiu após uma crise de encefalite, na qual as crianças que sobreviveram começaram a apresentar sequelas comportamentais e cognitivas importantes, ou seja, apresentavam sintomas encontrados no quadro clínico do TDAH, como limitações nas capacidades de atenção, memória e comportamento perturbador¹. O aparecimento de sequelas pós-encefalite criou uma hipótese de *causa e efeito*, uma vez que os pesquisadores começaram a supor que, se uma lesão no cérebro poderia ser responsável pelo surgimento de sintomas na área do comportamento e da atenção, então as crianças, desde a tenra idade, que já manifestassem esses “sintomas” (mesmo sem evidência de lesão) os teriam desenvolvido em decorrência de lesões congênitas no cérebro. Muitas dessas crianças começaram a ser tratadas fora de casa; foram

encaminhadas para escolas especiais distantes das instituições de educação normais¹.

Nos anos que se passaram foram muitos os estudos que tentaram comprovar que as alterações no comportamento poderiam ser resultado de uma lesão cerebral. Os traumas perinatais, doenças como o sarampo, a toxicidade por chumbo, a epilepsia e os traumas no crânio começaram a ser estudados e correlacionados com características de comportamento e a alterações cognitivas, muitas das quais encontradas na tríade (hiperatividade, desatenção e impulsividade) do chamado TDAH¹.

Em 1930, houve alguns estudos que tentaram correlacionar os sintomas de hiperatividade em primatas que haviam sofrido lesão nos lobos frontais às alterações comportamentais em crianças. Na década seguinte, considerava-se que toda e qualquer criança com hiperatividade sofresse de dano cerebral. Como não havia sinais perceptíveis de acometimento no cérebro, começou-se a utilizar a expressão “lesão cerebral mínima”, preconizada por Strauss. Utilizava-se o termo “mínima” porque a lesão era considerada pequena demais para afetar outras funções neurológicas além do comportamento e da aprendizagem¹³. No entanto, em um workshop ocorrido em Oxford, na década de 60, comprovou-se – por meio de estudos anatomopatológicos de cérebros de pessoas que foram acompanhadas até a sua morte – “o erro de Strauss”: não havia lesão¹³. Assim, a expressão “lesão cerebral mínima” evoluiu para “disfunção cerebral mínima”.

O termo disfunção foi uma alternativa encontrada para a falta de evidência de lesão no cérebro; significava uma função cerebral alterada, que poderia gerar sintomas como dificuldades de atenção e memória¹. Na atualidade prevalece a noção de que o suposto TDAH ocorreria em virtude de uma “disfunção”; não uma disfunção mínima, mas especificamente um mau funcionamento do córtex pré-frontal.

Para Massi¹², a teoria que defende a ideia de “disfunção no cérebro” se associa à corrente organicista, vertente esta que não consegue comprovar o que propõe. Nos termos da autora:

[...] tal disfunção seria caracterizada em termos de anormalidades de neurotransmissores – elementos químicos naturais que transmitem mensagens entre as células cerebrais. Essas anormalidades poderiam

originar distúrbios de comportamento infantil descritos como parte de uma síndrome hipercinética que, por sua vez, ocasionaria dificuldade de aprendizagem. Porém, como todas as hipóteses apresentadas, essa explicação não passa de uma suposição (p.36).

É forte a tendência em se acreditar que a possível etiologia do TDAH seja decorrente de desequilíbrios em neurotransmissores, sobretudo relacionados a uma redução da dopamina cerebral. Contudo, mesmo os organicistas admitem que as “poucas evidências” que parecem apontar para uma deficiência seletiva na disponibilidade de dopamina e de norepinefrina não podem ser consideradas conclusivas neste momento¹. Tal ineficiência do sistema dopaminérgico ocorreria em virtude de uma falha genética que, por seu turno, levaria à disfunção da parte frontal do cérebro.

A disfunção a que a corrente organicista alude se apoia nos resultados de exames de neuroimagem, que mostram uma menor função nas áreas ligadas à atenção, no caso do TDAH, e leitura, no que diz respeito à dislexia¹³. Contudo, em funções cerebrais nada é tão simples e linear, uma vez que diante de um texto em língua desconhecida saudavelmente nos desligamos e “nosso pensamento voa por outras paisagens; nesse momento, um exame de neuroimagem mostrará que as áreas da atenção e da leitura estão funcionando pouco”¹³. Mas isso também ocorre com pessoas que não sabem ler. Então, tais resultados são previsíveis, porque óbvios; dessa forma, os exames de neuroimagem não são instrumentos confiáveis para que se possa, apenas por meio deles, afirmar que uma pessoa tenha dislexia e/ou TDAH¹³.

Retornando à trajetória do TDAH, no decorrer da década de 60 surgiram críticas ao conceito de disfunção cerebral mínima; ele foi considerado vago demais, sem evidências neurológicas e com pouco valor descritivo. Barkley¹ afirma que o termo disfunção cerebral mínima

finalmente foi substituído pelos rótulos mais específicos aplicados a transtornos cognitivos, comportamentais e da aprendizagem que eram um pouco mais homogêneos, como “dislexia”, “transtornos da linguagem”, “dificuldades de aprendizagem” e “hiperatividade”.

Esses novos rótulos baseavam-se nos déficits observáveis e descritivos das crianças, em vez de algum mecanismo etiológico subjacente ao cérebro, que não poderia ser observado. À medida que crescia a insatisfação com o termo “disfunção cerebral mínima”, os investigadores clínicos mudaram sua ênfase para o sintoma comportamental considerado mais característico do transtorno – a hiperatividade (p.20).

Há mais de um século sucedem-se inúmeras hipóteses sobre possíveis transtornos neurológicos que comprometeriam exclusivamente a aprendizagem e/ou o comportamento. Hipóteses essas que nunca puderam ser provadas e que são refutadas também por profissionais e pesquisadores médicos¹⁴. Nesse percurso, sempre que algum questionamento alcança um nível considerado crítico, há uma transmutação de uma hipótese para outra; mudam-se as nomenclaturas com o desejo de que se chegue a algum lugar¹⁴.

Assim, a insatisfação com o termo DCM fez surgir o conceito de *hiperatividade* que foi definido por Chess¹⁵ da seguinte forma: a criança com hiperatividade é aquela que conduz suas atividades em uma velocidade acima da normal observada na criança média, ou que está sempre se movimentando, ou ambos. Aqui se percebe na expressão “criança média” a visão de sujeito, saúde e normalidade presente nos estudos da corrente organicista.

Foi nessa época que a hiperatividade, tal como definida por Chess, apareceu na nomenclatura diagnóstica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II, *American Psychiatric Association* de 1968). No fim da década de 1970, as características definidoras do quadro hipercinético foram ampliadas. Incluíram-se outras características que antes eram consideradas apenas alterações associadas como a impulsividade, a baixa capacidade de atenção, a pequena tolerância a frustrações e a agressividade¹.

Ainda na década de 1970, a pesquisadora Virginia Douglas¹⁶ produziu um artigo no qual argumentava que os déficits de atenção eram sintomas mais significativos e mais prováveis de serem observados do que a hiperatividade, ou seja, o traço *desatenção* era mais relevante do que o de hiperatividade. Tal evidência, segundo ela, era verificável uma vez que a medicação estimulante

parecia surtir mais efeitos no sintoma de desatenção, sendo menos eficaz para a hiperatividade. As pesquisas de Douglas foram tão influentes que geraram uma redefinição do transtorno, que acabou por ser nomeado como Transtorno de Déficit de Atenção – TDA – no DSM III (em 1984), ou seja, os déficits de atenção foram reconhecidos como de maior significância para o diagnóstico do que a própria hiperatividade. Foram criados subtipos de TDA, sem ou com hiperatividade¹.

Em 1987, em decorrência de estudos que questionaram a prevalência do sintoma da desatenção, o DSM-III sofreu uma revisão (DSM-III-R) e o TDA sofreu nova mudança de nomenclatura: o TDAH. As revisões foram significativas em vários pontos. Agora, uma lista de sintomas veio substituir as três listas anteriores (do DSM-III), que dividiam os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade¹.

Moysés e Collares¹³ citam essas mudanças de nomenclatura usando os termos originais em inglês:

Em 1984, a Academia Americana de Psiquiatria, considerando que os critérios diagnósticos da DCM eram vagos, subjetivos e confusos e, também, que o *defeito* localizar-se-ia na área da atenção, propõe nova mudança lançando no mercado a mais nova sensação: a Attention Deficit Disorders (ADD), cujos critérios eram ainda mais vagos, todos iniciados com *frequentemente*, acrescido de ações como parece não ouvir, age sem pensar, falha em terminar tarefas, tem dificuldades de aprendizagem. Pretender que tais critérios sejam objetivos, quantificáveis, de fácil avaliação, e que uma criança só se encaixaria neles se tivesse algum problema neurológico foge de qualquer racionalidade científica (p.78).

E continuam:

Menos de dois anos depois, nova mudança cosmética: a ADD foi subdividida em dois subgrupos: ADD e, quando também houvesse hiperatividade relevante, ADD-H. Embora mantendo o déficit de atenção como problema central, a hiperatividade recuperava sua importância,

retornando ao palco. Pouco depois, nova alteração: [surge o] ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorders). No Brasil, talvez pelas críticas, o termo distúrbio – equivalente a disorder na língua inglesa – foi trocado por transtorno (p.78).

As “mudanças” continuaram e, em 1994, foi criado o DSM-IV com novos critérios para o diagnóstico. Tais critérios começaram a levar em conta as diferentes manifestações do transtorno: tipo predominantemente desatento (TDAH-PD ou TDAH-D), em que predominam sintomas de desatenção; tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, em que há o predomínio de sintomas de hiperatividade; ou tipo combinado (TDAH-C), em que há a presença de sintomas de desatenção e hiperatividade de forma equivalente. Os critérios ainda consideram a globalidade dos sinais e sintomas entre os ambientes e sugerem que exista um comprometimento significativo em pelo menos dois contextos da vida do sujeito.

Na seção seguinte, discute-se com mais detalhes os critérios diagnósticos.

O Diagnóstico do TDAH

Lembramos que o diagnóstico do chamado TDAH só pode ser dado por um profissional médico. No entanto, a medicalização da infância [e da aprendizagem], e suas implicações, é um problema de relevância social; é, portanto, um problema de toda a sociedade.

Abaixo, então, os critérios diagnósticos do DSM-IV. Cabe observar que os critérios elencados estão pautados em sinais que são recorrentemente citados pelos professores em seus relatórios de avaliação da criança. Importante que nos atentemos ao uso dos termos “com frequência” ou “frequentemente”, algo já alertado por Moysés em suas pesquisas. Vejamos:

A.Ou B (1) ou (2)

(1)**seis (ou mais)** dos seguintes sintomas de desatenção persistiram pelo período mínimo de seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

(a) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras;

(b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

(c) com frequência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra;

(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

(f) com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p.ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) **seis (ou mais)** dos seguimentos de hiperatividade persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;

(f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade

(a) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completamente formuladas;

(b) com frequência tem dificuldade para aguardar a sua vez;

(c) frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p. ex. em conversas ou brincadeiras).

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de comprometimento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, nem são melhor explicados por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

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

314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

Verifica-se que dezoito itens completam a lista de sintomas. Respondendo de forma afirmativa a seis itens em um subgrupo é realizado o diagnóstico de predominância de déficit de atenção ou de

hiperatividade no TDAH; diagnóstico esse que já havia sido definido quando os familiares foram alertados de que o filho tinha problemas.¹³

A respeito dessas constantes alterações nos critérios que pautam os diagnósticos na área da Psiquiatria, dizem Moysés e Collares¹³:

Mudam as aparências, mas a carcaça continua a mesma... Nascida sob o discurso da cientificidade e da objetividade – para avaliar comportamentos e aprendizagem, nunca é demais lembrar –, como é diagnosticada a mais nova versão, o TDAH? Basta visitar a página da associação que organiza, rege e controla os discursos sobre ela. Lá se encontram os critérios diagnósticos que não apresentam alterações importantes, nem mesmo cosméticas, em relação aos da DCM [Disfunção Cerebral Mínima], atestando e autenticando seu caráter metamorfoseado (p. 78-79).

Ao visitar a página citada no excerto acima, é possível observar que houve novas alterações nos critérios diagnósticos, pois, em 2013, foi lançado o DSM V. Neste, a lista de sintomas permaneceu inalterada em relação ao DSM IV, mas o número de itens afirmativos para o recebimento do “rótulo” foi reduzido para cinco (em vez de seis) no caso de adultos, ampliando as possibilidades do diagnóstico para esse grupo. Para as crianças, as possibilidades do diagnóstico foram ampliadas também, uma vez que houve uma alteração no critério etário. Antes, recomendava-se que alguns sintomas deveriam estar presentes antes dos sete anos. Pelos critérios atuais, a idade passou a ser de doze anos, isto é, alimenta-se a noção de que os sinais de desatenção/hiperatividade surgem na escola.

Vale dizer que esse critério já era utilizado de forma recorrente na prática médica. Ainda, o termo “subtipo” foi substituído pelo termo “apresentação”. Na citada página do TDAH consta a seguinte explicação:

Os subtipos foram retirados do manual, ao invés disso, optou-se pelo emprego do termo “apresentação”, denotando que o perfil de sintomas atuais pode se modificar com o tempo (o que é bastante comum). O termo subtipo favorece

uma interpretação errada que aquela era uma categoria estável, fixa, do TDAH. As apresentações mantêm as mesmas divisões que os antigos subtipos: com predomínio de desatenção, com predomínio hiperatividade-impulsividade e apresentação combinada.

Convém destacar que a substituição de “subtipo” para “apresentação” tem por objetivo favorecer a noção de que o perfil de sintomas se modifica, o que significa, entenda-se, que quando a criança crescer e *deixar de correr* ou *de escalar em demasia* não deixará de ter TDAH, apenas haverá uma modificação na “apresentação” do diagnóstico. Tal entendimento já é preconizado pela literatura organicista mais recente. Segundo alguns pesquisadores², até a década de 1980 acreditava-se que o transtorno poderia ser curado com a chegada da idade adulta. Nos dias atuais, ao contrário, é amplamente divulgado que o TDAH é de caráter crônico, ou seja, acompanha o indivíduo no decorrer de toda a sua vida. Desse modo, a mudança na nomenclatura só vem fortalecer a ideia de que o chamado TDAH, além de ser uma doença mental, é incurável.

Assim, percebe-se que a fragilidade manifesta nos critérios diagnósticos vai se acentuando no decorrer dos anos. Uma das maiores inconsistências presentes nesse instrumento diagnóstico, e que se mantém no DSM V, é a menção de que “algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos” (casa e escola, por exemplo). Sugere-se, portanto, que ora os sintomas estão presentes, ora não estão; algo que fortalece a visão de que o problema é de ordem interacional/contextual/social e não patológica.

Indo na direção que preconiza a *alternância* dos sintomas, Barkley¹ afirma que é comum que “essas crianças” consigam mascarar os sinais da doença no consultório. Desse modo, se elas se mostrarem comportadas, atentas, organizadas, centradas, é porque são “hábeis” para disfarçar o problema; e tais atitudes “saúdáveis”, mostradas na frente do clínico, devem ser desconsideradas para fins de diagnóstico. Em outras palavras, são os relatos dos professores sobre a criança que geralmente têm valor para enquadrá-la como sendo portadora de um suposto transtorno e não sua atitude em situação de avaliação ou, ainda, suas inserções socioculturais.

Nos termos de Martins, Tramontina e Rodhe¹⁷:

Uma entrevista adequada de desenvolvimento deve ser realizada com a criança ou o adolescente avaliando a sua visão sobre a presença dos sintomas da doença. É fundamental lembrar que a ausência de sintomas no consultório médico não exclui o diagnóstico. Essas crianças com frequência são capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário ou em atividades de grande interesse. Por isso, muitas vezes, conseguem passar horas diante do computador ou do *video-game*, mas não mais do que alguns minutos na frente de um livro ou na sala de aula (p.154).

Parece consensual entre os defensores da corrente dominante (a organicista) que as crianças sejam capazes de controlar os sintomas em situação de avaliação. Tais discursos nada mais fazem do que denunciar as contradições presentes nos estudos que tentam comprovar o caráter neurobiológico do chamado TDAH. O discurso acima vai além disso, mostra a visão distorcida acerca das condições de leitura no Brasil. Importante comentar que os autores citados são brasileiros. Nesse sentido, caberia perguntar: quem no Brasil passa mais do que alguns minutos na frente de um livro?

Pesquisas¹⁹ relatam que os brasileiros não são afeitos à leitura de obras literárias, principalmente por sujeitos oriundos das camadas mais populares. Se a não leitura ‘de livro’ faz parte da realidade do país em que vivemos, como pesquisadores brasileiros, provavelmente cientes disso, dizem que as crianças com TDAH passam horas na frente do computador e não passam mais do que alguns minutos na frente de um livro? Este poderia ser um critério para se pensar num suposto transtorno?

Com relação ao uso do computador e *videogame*, vale perguntar: é possível acreditar que uma criança que passe horas na frente de qualquer atividade intelectual tenha um distúrbio de atenção ou seja hiperativa? Ainda no que diz respeito à leitura, é fato que, para que as crianças manifestem o gosto de ler, em geral, elas têm de ser inseridas em eventos de letramento significativos desde pequenas. Como uma criança que não ouvia histórias

lidas por seus pais/professores ou os via lendo pode manifestar o gosto de ler literatura? O gosto pela leitura tem de ser construído; é um construto principalmente social. Não pode ser tomado como um critério diagnóstico. O fato de não se prender à leitura de livros literários faz parte do coletivo, da realidade brasileira, não é específico de um grupo.

Ainda, a finalidade da avaliação, para pesquisadores organicistas¹⁷, é estabelecer o diagnóstico diferencial para que se possa estabelecer um plano de tratamento. É necessário que sejam investigados os motivos pelos quais a família procurou o atendimento clínico¹⁷. Para que o diagnóstico possa ser feito de maneira adequada é importante que o médico seja conhecedor do desenvolvimento infantil e esteja atento ao que é esperado em termos de comportamentos para cada faixa etária¹⁷.

Sobre essa última informação, podemos indagar: o que é esperado em termos de comportamento para cada faixa etária? As crianças são idênticas umas às outras? Evoluem por estágios? E sua realidade? Sua história? Seu entorno social e cultural? Suas relações sociais? Será que esses fatores não podem influenciar o “comportamento” de quem quer que seja? Como as diferentes trajetórias de vida influenciam as relações que as pessoas estabelecem com o mundo à sua volta e com elas mesmas? Como isso pode ser mensurado? Como pensar um ser humano apartado de sua historicidade? Como pensar o comportamento em termos de faixa etária?

Para os defensores da corrente hegemônica, o diagnóstico inclui ainda avaliações complementares em outras especialidades médicas. Por exemplo, é necessário que haja uma avaliação nas capacidades visuais e auditivas, uma vez que déficits de atenção podem ocorrer na vigência de alterações sensoriais¹⁷. Além disso, é importante que os professores da criança respondam a um questionário, com escalas objetivas para medir a desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade¹⁷. Mais uma vez questionamos: como medir o comportamento? Por meio de escalas objetivas?

Os organicistas^{1,17} afirmam que as informações da escola são relevantes para a conclusão do diagnóstico. Contudo, segundo eles, alguns professores tendem a maximizar os sintomas, sobretudo quando há uma associação com outros transtornos, como o transtorno desafiador de oposição, mais um rótulo que ocorre com frequência associado ao chamado TDAH (é um transtorno comórbido)¹⁷. Tais pesquisadores defendem que

a avaliação neurológica é necessária para que se descartem patologias que possam ser confundidas com o TDAH¹⁷. Preconizam ainda que a avaliação neurológica evolutiva, sobretudo a prova de persistência motora, pode ser importante para um fechamento diagnóstico¹⁷. Na avaliação neuropsicológica, um dos instrumentos mais confiáveis, conforme o paradigma organicista, é o *Wechsler Intelligence Scale for Children*, em sua terceira versão, o WISC III¹⁷. Este instrumento representa uma escala de inteligência para crianças e já existe na norma brasileira¹⁷.

Chegamos aqui em um ponto bastante controverso entre os pesquisadores, que é a utilização de baterias de testes em situação de avaliação clínica. Na clínica médica, fonoaudiológica, psicológica, psicopedagógica e neuropsicológica a maioria dos especialistas sustenta suas avaliações por meio de testes aplicados aleatoriamente a quaisquer sujeitos, como se todas as pessoas fossem iguais; homogêneas em sua condição humana. Tais testes acabam subsidiando diagnósticos equivocados, pois desconsideram justamente o que deveriam considerar: o sujeito. As escalas de avaliação de inteligência, por exemplo, vêm sendo fortemente criticadas por estudiosos da vertente sócio-histórica por sua inconsistência avaliativa. Moysés e Collares⁸ acreditam que a única função dos testes é classificar pessoas:

Os testes de inteligência, instrumentos que visam, essencialmente, a classificação das pessoas, são filiados ao ideário eugenista. Neles, a psicologia dá visibilidade a seus alicerces no pensamento clínico, pela necessidade de abstrair o sujeito, silenciando-o, para conseguir opor sobre ele seu “olhar clínico”. Discute-se a necessidade de subverter as avaliações, abandonando a busca de defeitos para tentar encontrar a criança concreta, enquanto ser histórico (p.63).

Concordamos com as autoras e acrescentamos que não apenas os testes de inteligência, mas qualquer situação de testagem em clínica, seja em que área for, tem como fim apagar o sujeito, e são usados em larga escala por serem de fácil utilização. Ora, é muito simples marcar um ‘x’ em questões objetivas e depois contar erros e acertos e por meio de pontuações predeterminadas chegar a

conclusões diagnósticas. Os testes de inteligência apresentam equívocos conceituais decorrentes de sua própria concepção⁸.

Tomemos um exemplo relacionado à avaliação da coordenação visomotora⁸:

Algumas crianças fazem pipas, outras desenham. Ambas com a mesma coordenação motora. Cada uma das expressões diferentes da mesma coordenação. Expressões cuja aquisição é estimulada, direcionada por valores de sua pertença social. Qual das duas atividades melhor representa a coordenação viso-motora, qual deve ser eleita como parâmetro de normalidade? Nenhuma pode ser considerada a melhor, na medida em que ambas são apenas expressões diferentes, sem hierarquia entre si, de uma mesma coordenação, à qual não se tem acesso⁸ (p.65).

Assim, não se tem acesso à coordenação motora em si e sim a expressões dessa coordenação. Ocorre que os testes elegem uma das muitas expressões possíveis como parâmetro de normalidade⁸. Se uma criança apresenta dificuldades para desenhar uma cruz em uma situação de teste, mas consegue fazer pipas, andar de skate, subir em árvores, construir brinquedos de madeira, mesmo assim, é considerada deficitária nessa área⁸. No entanto, mesmo constatando que a criança tenha capacidades ilimitadas de movimentos que permita andar de skate, fazer pipa e subir em árvore, não se tem acesso à coordenação motora em si e sim a esses movimentos. “A partir daí, desta observação direta dos movimentos, à luz de referenciais conceituais, deduzimos teoricamente a coordenação, o equilíbrio etc”⁸.

Além disso, há de ser problematizado o fato de que muitas das questões dos testes estão completamente desvinculadas da realidade de algumas crianças. Tais questões estão voltadas para as expressões das classes sociais mais privilegiadas. Por exemplo: Quem foi Monteiro Lobato? O que o piano e o violão têm em comum? O que são hieróglifos? Quais são as crianças que podem responder a essas perguntas? Qual o sentido em realizá-las? O que é possível ser avaliado por meio delas? A maioria das crianças que obtém altos índices nos escores de QI é porque cresceram em condições

favoráveis¹⁸. No entanto, o WISC tem sido considerado um importante medidor das funções cognitivas da criança. Os testes são utilizados em larga escala e têm servido como instrumento para o diagnóstico do TDAH.

O que deve ser avaliada é a barreira cultural, política e social imposta às possibilidades de desenvolvimento das crianças⁸. Tal avaliação deve ter por finalidade estabelecer formas de enfrentamento e superação dessas barreiras socialmente construídas, e não o produto, a saber, a diferença entre as crianças, “transformado em mais uma justificativa para a desigualdade social”⁸. Ainda:

A transferência de pressupostos da teoria darwinista – o evolucionismo e a seleção natural – para o entendimento de fenômenos que ocorrem nas sociedades humanas constitui o terreno onde se fundam as teorias que tentam justificar a discriminação entre os homens. E neste ponto não podemos esquecer que Galton, o idealizador dos testes de inteligência, tinha por objetivo a seleção dos mais capazes para o aprimoramento da espécie humana, em postura explicitamente eugênica; primo de Darwin, Galton é considerado um dos criadores do darwinismo social e até hoje os testes de inteligência fundam-se no eugenismo e no social-darwinismo⁸ (p.66).

Mesmo admitindo o elemento orgânico das funções intelectuais, não é possível relativizar que só temos acesso às expressões dessas funções⁸. Assim, não se tem acesso à cognição, não se tem acesso à aprendizagem ou à inteligência. Só temos acesso a expressões dessas dimensões e estas carregam em si traços de histórias de vida de cada sujeito e de suas inserções socioculturais⁸.

O TDAH na clínica Fonoaudiológica

Na clínica fonoaudiológica, no que diz respeito à aplicação de testes-padrão, a situação não é diferente da descrita na seção anterior. Embora sejam considerados, na avaliação das habilidades linguísticas, alguns aspectos de ordem qualitativa, o que domina na avaliação de linguagem oral e escrita são as aplicações de testes, onde podemos constatar, por meio de análise desses instrumentos,

que não se prestam ao que propõem, ou seja, não avaliam a linguagem em toda a sua complexidade.

Ressaltamos, ainda, que na fonoaudiologia há a aderência, por parte dos filiados ao paradigma organicista, aos pressupostos que defendem que os sintomas podem ser “controlados” pelos sujeitos a depender da situação em que se encontram. Afirma-se, seguindo esse entendimento, que as dificuldades de escrita podem ser mascaradas durante a avaliação, porque, nessa situação, as crianças com [o suposto] TDAH tendem a caprichar mais e acabam se organizando mais do que de costume²⁰. Isso pode ser constatado ao se comparar o desempenho na situação de avaliação com os cadernos dessas crianças, que, frequentemente encontram-se sujos, amassados e rasgados, colocando em evidência sua dificuldade no planejamento motor, na organização espacial e no traçado da letra, que muitas vezes é do tipo ilegível²⁰.

O discurso que preconiza que os sintomas podem ser “mascarados” em situação de avaliação provoca reflexões: Como é possível que uma criança, em situação de avaliação, produza um texto mais organizado, com letra mais legível e, mesmo assim, porque apresenta cadernos “sujos e amassados”, seja considerada portadora de dificuldades? Ainda, dar tamanha relevância às condições motoras e espaciais é considerar a linguagem escrita? Qual é a concepção de *linguagem* que atravessa a prática clínica dita tradicional? Para Costa Lima e Albuquerque²⁰

A escrita pode ser explicada, de modo simplificado, como um conjunto de processos de conceitualização, lexicalização e formulação, em que representações semânticas são associadas a representações fonológicas, passando a seguir pela conversão fonema/grafema, que caracteriza a descoberta da base alfabética de nosso sistema de escrita. O passo seguinte é a aquisição da ortografia (p.124).

Ao analisar a concepção de escrita acima é possível compreender que a avaliação pautada no paradigma organicista desconsidera a linguagem em si, ou seja, o texto como lugar de produção de sentidos. Em vez disso, o olhar é dirigido, sobretudo, para uma dimensão da escrita: o código escrito. A escrita é tomada como um código e, vista dessa maneira, é “natural” que às crianças sejam

dados diagnósticos de distúrbios ou transtornos, uma vez que, ao se olhar para a forma, o que se vê não é o discurso escrito; o que se vê é a limpeza do caderno, a folha amassada, o traçado da letra, se faltam letras, se sobram letras, se estas estão invertidas. Mais problemático do isso, ao se olhar para as letras que sobram e as letras que faltam, o profissional desconsidera que tais acontecimentos não representam sinais de um distúrbio; fazem parte sim do processo de apropriação da linguagem escrita.

Com relação aos procedimentos de análise da escrita, Costa Lima e Albuquerque²⁰ realizam a avaliação em “quatro etapas”: cópia, ditado, autoditado (por meio da apresentação de figuras) e produção textual. “Em todas essas tarefas são observados os aspectos grafomotores, as estratégias de escrita, o domínio da correspondência fonema/grafema, a discriminação de grafemas e a aquisição e fixação das convenções ortográficas”²⁰ (p.135).

O ditado é realizado com palavras e pseudo-palavras e alertam as autoras²⁰ que “nada pode ser repetido”, pois é importante verificar se a criança tem uma boa memória de trabalho. “Avalia-se, assim, a capacidade de retenção das representações fonológicas a serem transcritas a partir de um estímulo auditivo”²⁰ (p.135). Pela análise da “etapa de ditado”, entende-se que o que se visa não é avaliar a linguagem; o objetivo maior é avaliar a memória de trabalho. Mas, por quê? Por que avaliar a memória de trabalho e não a linguagem, que é o objeto do fonoaudiólogo? Será que é por que apregoam os adeptos da corrente dominante que a criança com o chamado TDAH tenha uma alteração nessa área? Mas, para se produzir um texto, um bilhete que seja para alguém, não é necessário ter integridade em sua memória de trabalho? Ainda, por que a palavra ditada não pode ser repetida? Não é natural quando não compreendemos algo ou não ouvimos algo dito por alguém, pedirmos para que a pessoa repita?

O ditado de pseudopalavras mostra-se igualmente sem sentido. Por que ditar palavras inexistentes na língua se o que escrevemos usualmente são palavras que significam? As atividades de cópia e autoditado também se mostram, da mesma forma, descontextualizadas e artificiais. Não se criam por meio dessa avaliação uma situação de interlocução, em que a criança tenha um motivo para escrever; um interlocutor real.

Por fim, dizem as autoras²⁰, que a produção de texto permite a avaliação de estruturas

sintático-semânticas e o desenvolvimento de uma sequência narrativa, vocabulário, pontuação, ordenação lógica e temporal.

Novamente trazemos outras questões: por que na produção de texto, o olhar se desvia do texto nos seus aspectos discursivos? Por que todo o investimento é dirigido para os aspectos formais, temporais, sequenciais, lógicos? Pensamos que essa visão estreita de linguagem tem por finalidade tomar a língua como um sistema fechado de normas imanentes; reduzindo-a, a língua, a um código que serve para comunicar. Entendemos, ao contrário, que a avaliação da linguagem escrita deve ser realizada em situação de uso efetivo da língua, onde, por meio de processos interativos, o que se busca é a significação⁷. Assim, “tendo em vista a artificialidade dos testes, as crianças não conseguem contextualizar sua escrita, uma vez que todas as coordenadas do processo dialógico ficam anuladas”⁷ (p.136).

Desse modo, no entremeio dessas “avaliações” (médica, psicológica, fonoaudiológica), é possível compreender a facilidade com que se atribuem diagnósticos de distúrbios e/ou de transtornos neurobiológicos a sujeitos em pleno processo de apropriação da linguagem escrita.

Vale refletirmos ainda – com especial ênfase – sobre as práticas de linguagem que são estabelecidas na maioria das escolas. Costa Lima e Albuquerque²⁰ afirmam que, tendo em vista a dificuldade de escrita, “não é incomum a criança [com TDAH] relatar que não gosta de escrever e mostrar-se resistente às tarefas de escrita, ficando ansiosa por seu término” (p.135). Distantes dessa visão, acreditamos que são as propostas de escrita descontextualizadas que predominam nas escolas (e nas situações avaliativas) é que motivam o não-querer escrever. Entendemos que se não há para quem escrever (além da professora) – e um motivo para se escrever – não há razão para que se escreva algo²¹. Sabe-se que na maioria das escolas os textos são produzidos sob pretexto para que os professores apontem os erros de ortografia.

Assim, muitas crianças se opõem às atividades de leitura e escrita; o que, por sua vez, acaba favorecendo o pré-diagnóstico (“diagnóstico” dado pelo professor) e o diagnóstico de supostos transtornos ou distúrbios. O problema é que uma criança “diagnosticada” pode desenvolver uma relação de sofrimento com a linguagem, com a escola e, às vezes, consigo mesma. Um aluno estigmatizado

na escola [e na clínica] termina por vivenciar um processo de exclusão social que, não raras vezes, estende-se para além da escola. Se o aluno não se sente parte do grupo, seja no espaço da sala de aula ou em qualquer outro local, terá dificuldades de nele permanecer, o que conduz à queixa “não consegue ficar parado”; “parece incomodado”; “seu olhar está sempre distante”.

Avaliação da escrita de uma criança com diagnóstico de tdah: exemplo de um olhar pautado na dialogia

Nesta seção temos o objetivo de ilustrar o olhar dialógico do fonoaudiólogo que pauta sua prática no paradigma sócio-histórico. Para tanto, apresentaremos rapidamente um caso clínico da uma menina (J.) que foi nossa paciente (e sujeito de pesquisa). Essa criança tinha, à época do estudo, 10 anos de idade e frequentava o 4º. ano do ensino fundamental. Após avaliação fonoaudiológica e constatada a necessidade de intervenção, J. foi convidada a participar de um grupo de terapia, juntamente com outros quatro sujeitos. As sessões de terapia ocorriam semanalmente em um ambulatório de linguagem de um Hospital Infantil. Os dados foram gerados durante o período de um ano. Todos os participantes da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob processo número: 132/09. O objetivo deste estudo²² foi apresentar uma proposta de terapia em linguagem escrita baseada no conceito de gêneros do discurso de Bakhtin. E comprovar, ademais, que a aprendizagem ocorre de forma satisfatória quando se promovem interesses e se criam as condições favoráveis para o avanço dos aprendizes.

J. e os demais participantes do grupo de terapia haviam sido encaminhados pelas suas escolas com queixas de comportamento, atenção e aprendizagem. Dois dos integrantes, incluindo J., foram avaliados por médicos e receberam o diagnóstico de TDAH. Vejamos excertos do Parecer Pedagógico (referente a J.) enviado pela escola à época do processo avaliativo:

(1) Parecer avaliativo da escola

“leitura: sem ritmo, sem pontuação”; “escrita: lentidão – inversão da ordem das letras – troca

de letras”; “fala baixo e de forma insegura”; “tem dificuldades de encontrar palavras para expressar o pensamento”; “levanta o braço para falar e quando lhe é dada a vez diz que esqueceu”; “a atenção é intermitente, sonha acordada”; “há muitas queixas de dores: de cabeça, de barriga e na bexiga”; “*parece incomodada muitas vezes pedindo para sair e dar uma voltinha*”; “mostra-se apática, não parece alegre”; “sua figura demonstra diferenças entre os alunos mais saudáveis, alegres, comunicativos, criativos”²². (p.87).

Ressalte-se que os adeptos da corrente sócio-histórica não negam a existência dos problemas. O que se nega, no que diz respeito ao suposto TDAH e dislexia, é que sejam decorrentes de aspectos biológicos do sujeito. Assim, aceitamos muitas das crianças que nos são encaminhadas para atendimento clínico para que haja a *ressignificação* da queixa; o que implica, entre outras ações, inserir o sujeito em práticas sociais de leitura e escrita. Almejamos, desse modo, desconstruir a relação de sofrimento da criança com a escrita, com a escola, e, no limite, com o próprio diagnóstico recebido.

No que diz respeito à avaliação inicial da escrita de J., procedemos da seguinte maneira: como descobrimos por meio da entrevista que ela tinha paixão por cachorros e que, por isso, tinha cinco deles, pedimos a ela que produzisse um texto a respeito de um assunto de sua escolha, ou sobre as coisas que ela gostasse de fazer, como, por exemplo, brincar com seus cachorros. Explicamos que seu texto seria divulgado para outros leitores (além da terapeuta) e que o objetivo da produção textual era deixar registrado um pouco da sua história. J, desse modo, produziu, em sessão *individual de avaliação*, o seguinte texto:

(2) Produção textual de J
(avaliação de linguagem)

Era uma vez uma menina que tinha 5 cachoros que eram muito bagunceiros a

tuli é branca equau a néve. A mel é muinto bagunceira porque ela sobe em/sima

da cama e duas puldos que latem muinto. e a belinha que só pega roupa, e a mel

dome com migo e poriso eu gosto dela²² (p.90)

Realizamos a análise do texto acima, considerando os aspectos discursivos, textuais e formais da língua escrita.

J. inicia seu texto com a locução adverbial *era uma vez uma* menina que [...], inserindo seu relato em um gênero que lhe é mais familiar: o conto. Narra a história de uma menina (ela mesma) que tem cinco cachorros que são muito bagunceiros. O seu discurso escrito tinha um interlocutor definido e ela conseguiu atingir sua intenção discursiva: produzir um texto mencionando a sua relação com seus cachorros, para que seus interlocutores pudessem conhecê-la melhor. Seu relato foi inteiramente verídico, incluindo características e nomes dos animais.

Com relação aos aspectos textuais, percebemos que J. produziu um conto em forma de narrativa, colocando os acontecimentos iniciais no tempo passado: [...] *5 cachoros que eram muito bagunceiros*. No entanto, J., conscientizando-se de que retratava sua própria história, modifica o eixo narrativo finalizando seu relato em primeira pessoa e no tempo presente (passa da impessoalização para pessoalização): *poriso que eu gosto dela*.

Seu texto é coerente e faz uso de forma adequada dos elementos de referência, como, por exemplo, as anáforas pronominais presentes nas linhas quatro (*porque ela sobe em/sima da cama*) e sete (*poriso que eu gosto dela*), sendo que o uso de tais estratégias teve a função de manter a progressão referencial.

Observamos, ainda, que quando J. diz que os cachorros eram muito bagunceiros, ela justifica tal afirmação, garantindo progressão tópica ao texto: *A mel é muinto bagunceira porque ela sobe em/sima da cama e duas puldos que latem muinto e a belinha só pega roupa*. No entanto, na parte final do texto – e a mel dorme com migo e poriso eu gosto dela – seria necessária uma melhor estruturação do texto para que houvesse uma apreensão adequada de intenção discursiva de J.

Percebemos, também, ao analisar a produção escrita de J., que ela (em caráter previsível) elabora as seguintes reflexões acerca dos aspectos formais da língua escrita:

1) Hipersegmentação em *com migo*: tal ocorrência denota que J. já possui conhecimento acerca das convenções que permeiam o sistema da escrita e

percebe que existem unidades (artigos, preposições, conjunções) como com, de, em etc.

2) Apoio na oralidade: *poriso* ao invés de *por isso*; *muinto* no lugar de *muito*; *cachoros* por *cachorros*; *néve* por *neve*. Na expressão *emsima* ela demonstra sua reflexão sobre a língua, pois, após a escrita, coloca um traço para demarcar a separação existente entre a proposição em e o substantivo cima. Ainda com relação ao advérbio *muito*, J demonstra sua (natural) oscilação, pois grafava a palavra ora da forma convencional ora com a inserção de *n* (marcando a nasalidade).

3) Trocas entre grafemas surdos e sonoros: *baqunceiros* no lugar de *bagunceiros*; no entanto, nesse exemplo também ela mostra seus conhecimentos, pois, em seguida, escreve a palavra *bagunceiro* dentro dos padrões convencionais da língua. Também grafava *equau* por *igual*. Tais trocas são comuns na fase de apropriação da escrita, pois essas palavras apresentam fonemas com o mesmo ponto articulatorio e que se diferenciam apenas pelo traço de sonoridade.

Assim, aspectos do seu texto que poderiam ser considerados como “erros” podem ser explicados como fatos que compõem o processo de construção/apropriação da escrita. J. reflete em relação ao sistema de escrita de sua língua e isso pode ser constatado em sua produção textual. Salientamos que a maioria das palavras escritas foi grafada dentro do padrão ortográfico e que as instabilidades citadas são inerentes ao processo de apropriação da língua, como já mencionamos.

Compreendemos, entretanto, que a falta de contato de J. com o texto escrito, ou seja, sua história e sua relação com a escrita, fez com que suas produções fossem consideradas “desviantes” do padrão esperado pela escola (razão do encaminhamento). Razão também da nossa aceitação para o atendimento terapêutico, já que a queixa da escola se traduziu em uma autoestima abalada por parte de J. e em uma relação de sofrimento com a leitura e a escrita que necessitavam ser ressignificadas em um contexto de terapia. Relação de sofrimento que a fazia, inclusive, rejeitar a escola e as práticas de letramento escolarizadas: “não gosto da minha escola e também não gosto da minha professora, ela me manda ler alto e eu fico com vergonha, os outros ficam rindo de mim” (palavras de J).

Ainda com relação à produção textual de J., podemos afirmar que ela não possui distúrbio de

escrita, pois seu texto veicula uma mensagem linguisticamente organizada, a qual foi construída em função de um objetivo específico, para um interlocutor definido, apresentando mecanismos enunciativos e de textualização que asseguram a atribuição de sentidos à sua produção.

Ressaltamos que nossa análise se afasta da noção de linguagem como código (instrumento que serve para comunicar). Dessa forma, não focalizamos formas linguísticas isoladas, obtidas em testes padronizados, artificiais e subtraídos das suas condições de produção. Entendemos que a análise das produções textuais dos sujeitos deve estar centrada na linguagem como objeto sobre o qual agimos, pelo qual interagimos e que se manifesta no texto¹², e é dessa forma que voltamos nossa atenção para as produções escritas de nossos sujeitos.

No que concerne às questões comportamentais, avaliadas no decorrer do processo, podemos assegurar que em contexto terapêutico J. era bastante alegre, comunicativa, comprometida e saudável; fato que contradizia o discurso da escola. Permanecia por até três horas seguidas (uma vez por semana) em terapia fonoaudiológica em grupo e durante todo o tempo não externava queixas de “dores”, tampouco pedia para sair da sala de terapia. Assim, o fato de a aluna não conseguir permanecer sentada em sala de aula, pelo que constatamos, não representava um sinal de transtorno, mas uma “fuga” de um contexto em que não era acolhida.

Ao término dessa discussão gostaríamos de esclarecer que tivemos o objetivo de realizar uma análise crítica do que se entende tradicionalmente por TDAH, apresentando, para tanto, as duas visões sobre o problema. Cabe dizer que a maioria dos fonoaudiólogos conhece apenas a corrente hegemônica, por isso, apresentar a outra face do TDAH favorece a promoção do olhar analítico. Sabemos, evidentemente, que diferentes paradigmas sempre coexistirão. Com isso, pesquisadores organicistas continuarão sua busca incessante por genes defeituosos, por substâncias presentes no sistema nervoso, *que em excesso* ou *em falta* levariam a uma alteração cerebral, ou por qualquer outro mecanismo etiológico que confirme a hipótese do que na visão deles é um transtorno de ordem neuropsiquiátrica. Os adeptos da corrente sócio-histórica, por sua vez, darão seguimento às suas buscas por uma sociedade um pouco mais igualitária; por uma escola que atenda a todos

os seus alunos, sem distinção. Nesse modelo de escola, não existiriam mais os “hiperativos”, os “desatentos”, os “disléxicos”, mas os “aprendizes”, sem outros títulos a não ser este.

Considerações finais

As explicações para os fatos da aprendizagem se dividem em dois principais olhares: um que patologiza, que imputa ao sujeito as causas de suas dificuldades. E outro olhar que considera a historicidade do sujeito e suas relações com a linguagem escrita. Entende-se, segundo o paradigma sócio-histórico, que possíveis instabilidades em torno do objeto escrito sejam inerentes ao processo de apropriação de uma dada modalidade de linguagem. Nesta visão, os erros ortográficos, fonte importante de encaminhamentos à clínica, podem ser explicados por meio de teorias linguísticas. Tais erros são indícios do aprendiz que, refletindo sobre a língua, elabora suas próprias hipóteses, que nem sempre coincidem com a convenção²³. Acreditamos que é lendo, escrevendo, revisando, reescrevendo, publicando o texto escrito, que os sujeitos gradativamente irão se apropriando das dimensões da linguagem escrita; as discursivas, textuais e formais²⁴.

No entanto, cabe lembrar que *ler, escrever, reescrever, revisar e publicar as produções escritas dos alunos* não são atividades devidamente desenvolvidas no contexto de muitas escolas brasileiras. Como consequência, os alunos manifestam “dificuldades de leitura e escrita” e estão sempre entre os piores colocados nas avaliações internacionais de desempenho em leitura, a exemplo do PISA (Programa Internacional de Avaliação de Estudantes). Em 2009, o Brasil figurou a 54ª posição entre 65 países participantes²⁴.

Neste texto problematizamos de forma específica os dois principais olhares sobre o chamado TDAH. Aderindo ao paradigma sócio-histórico, discorremos, sobretudo, sobre as implicações decorrentes de processos patologizantes. Tivemos por objetivo promover a seguinte reflexão: se é por meio das interações sociais que nos constituímos, ou seja, se é pelo discurso do outro sobre nós que construímos nossa autoimagem, a criança, ao ser tomada como alguém que tem dificuldades de leitura, transtornos de atenção, de comportamento e/ou distúrbios de escrita, acaba incorporando essa visão e acreditando que é alguém com desordens

individuais, que a acometem e que dificultam, quando não impedem, que se aproprie da linguagem escrita e se desenvolva nas práticas de leitura e escrita^{25,26}. A grande questão que se coloca, então, não é o diagnóstico em si, mas o sentido que ele representa para o sujeito que o recebe.

Concordamos com Moysés⁷ quando diz que não é pelo estudo da patologia, de um “teoricamente possível porém raro distúrbio de aprendizagem”, que será possível conhecer os processos envolvidos nas relações de ensino e aprendizagem. O problema do fracasso escolar não poderá ser compreendido e resolvido pela transformação desse espaço de “ensino” e de “aprendizagem” em espaço clínico; espaço de doenças, de patologias, de rótulos⁷.

Cabe ao fonoaudiólogo, antes de aderir à queixa da escola, ou ao diagnóstico médico, analisar em profundidade a qualidade das interações às quais a criança está inserida. Tal consideração é de extrema relevância, uma vez que, a depender do olhar dos profissionais, pode-se, de um lado, promover a saúde, ou, de outro, *promover a doença*, com todas as implicações para a subjetividade, aprendizagem e desenvolvimento da criança dentro e fora da escola.

Referências Bibliográficas

1. Barkley, R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. Murphy, K., Gordon, M. Avaliação de adultos com TDAH. In: Barkley, R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2006, p. 437-65.
3. Connor, DF. Outros medicamentos. In: Barkley, R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 670-90.
4. Roman, T, Schmitz, M.; Polanczyk, GV; Hutz, M. Etiologia. In: Rohde, L.; Mattos, P. (Org). Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003, p.35-53.
5. Andrade, E. Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: Rohde LA, Mattos, P. (Org). Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003, p. 75-85.
6. Souza, I., Pinheiro, MA. Co-morbididades. In: Rohde, L.; Mattos, P. (Org). Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003, p. 85-107.
7. Moysés, MA. A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola. São Paulo: Mercado de Letras; 2001.
8. Moysés, MA; Collares, CAL. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicol. USP.* 1997; 8(1): 63-73.
9. Pereira, JG. A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional. [Dissertação]. Campinas (SP): UNICAMP; 2010.



10. Teixeira, Y. O enfrentamento da medicalização pelo trabalho pedagógico. [Dissertação]. Campinas (SP): UNICAMP; 2007.
11. Collares, CAL. O cotidiano escolar patologizado: espaço de preconceitos e práticas cristalizadas. [Tese]. Campinas (SP): UNICAMP; 1994.
12. Massi, G. A dislexia em questão. São Paulo: Plexus; 2007.
13. Moysés, MA, Collares, CAL. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011, p.71-110.
14. Moysés, MA; Collares, CAL. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. Centro de Estudos Educação e Sociedade. Campinas: UNICAMP; 1992, p. 31-47.
15. Chess, S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. NY J Med; 1960; 60(1): p. 2379-85.
16. Douglas, V. I. Stop, look, and listen. The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. Can J Behav Sci; 1972; 4 (1): p.259- 82.
17. Martins, S.; Tramontina, S.; Rohde, LA. Integrando o processo diagnóstico. In: Rohde, L.; Mattos, P. (Org). Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003, p. 151-61.
18. Vygotsky, L. Psicologia pedagógica. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
19. Abreu, M. Os números da cultura. In: Ribeiro, VM. Letramento no Brasil. São Paulo: Global Editora, 2004, p 33-47.
20. Costa Lima, C.; Albuquerque, G. Avaliação de linguagem e Co-morbidade com Transtornos de Linguagem. In: Rohde, L.; Mattos, P. (Org). Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003, p.117-42.
21. Geraldi, W. Portos de passagem. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
22. Signor, R. Os gêneros do discurso como referenciais para a atuação fonoaudiológica. [Dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC; 2010.
23. Abaurre, MB; Fiad, R.; Mayrink-Sabison, ML. Cenas de aquisição da escrita: o sujeito e o trabalho com o texto. Campinas: Mercado de Letras; 2006.
24. Signor, R. Escrever é reescrever: desenvolvendo competências em leitura e escrita no contexto da clínica fonoaudiológica. Rev. Bras. Linguist. Apl. 2013; 13(1): 123-43.
25. Signor, R. Os gêneros do discurso como proposta de ação fonoaudiológica voltada para sujeitos com queixas de dificuldades de leitura e escrita. São Paulo: Rev Bakhtiniana, 2011; 5(1): 54-71
26. Signor, R. O sentido do diagnóstico de TDAH para a constituição do sujeito/aprendiz. [Tese]. Florianópolis (SC): UFSC; 2013.