

## Crianças agitadas/desatentas: modelos de explicação<sup>1</sup>

### *Agitated/inattentive children: explanatory models*

Izabel Penteado Dias da Silva <sup>(i)</sup>

Cecília Guarnieri Batista <sup>(ii)</sup>

<sup>(i)</sup> Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-9707-3606>, [iza.shanti@gmail.com](mailto:iza.shanti@gmail.com).

<sup>(ii)</sup> Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7402-5089>, [cecigb21@gmail.com](mailto:cecigb21@gmail.com).

#### **Resumo:**

Este artigo apresenta diferentes perspectivas teóricas que dizem respeito às crianças vistas como agitadas e desatentas na escola. Foram identificadas duas abordagens: uma predominantemente biológica e outra predominantemente social. Na primeira abordagem, a agitação e a desatenção são caracterizadas como alterações situadas no indivíduo, com base biológica, e descritas como sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), uma doença mental. Na segunda abordagem, o foco é deslocado para o contexto psicológico, educacional, social, histórico e cultural, e suas influências sobre o processo de desenvolvimento humano. São discutidos conceitos de normalidade e suas implicações sociais. É apresentada uma visão crítica à crescente medicalização do processo de ensino-aprendizado e à transformação de problemas coletivos em problemas individuais, de modo a eximir as instituições de suas responsabilidades. Inspirada na perspectiva histórico-cultural, é proposta uma visão integradora, que abranja escola, família e sociedade, expandindo possibilidades de planejamento e atuação educacional e social.

**Palavras-chave:** atenção, educação, ensino fundamental, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade

<sup>1</sup> Normalização, preparação e revisão textual: Aline Maya (Tikinet) – [revisao@tikinet.com.br](mailto:revisao@tikinet.com.br)

**Abstract:**

*This article presents different approaches found in the literature regarding agitated and inattentive children in school. Two tendencies can be identified: one aims on biological aspects and the other on predominantly social aspects. In the first approach, agitation and inattention are characterized as alterations based on the individual, with biological basis, and described as a symptom of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In the second, the focus is shifted to the psychological, educational, social, historical and cultural context, and their influences on the process of human development. Concepts of normality and their social implications are discussed. A critical view is given to the increasing medicalization of the teaching-learning process and the transformation of collective problems into individual problems, in order to exempt institutions from their responsibilities. Inspired by the historical-cultural perspective, an integrative vision is proposed, encompassing school, family and society, expanding possibilities of planning and educational and social action.*

**Keywords:** attention, education, elementary school, attention deficit disorder with hyperactivity

Este artigo busca apresentar diferentes abordagens identificadas na literatura sobre o fenômeno de agitação e desatenção de crianças em idade escolar. O interesse pelo tema decorre da crescente visão desse fenômeno como sintoma de um transtorno (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH) e, como colocam Collares e Moysés (1996), da medicalização do processo de ensino-aprendizado.

O termo “agitação” será entendido neste texto como descritivo de situações em que se observa aumento no nível de atividade (movimentação em nível global e/ou fina) de um aluno ou grupo de alunos em comparação com o nível de outros alunos ou grupos de mesma faixa etária num dado contexto ou em relação a um padrão considerado ideal. E o termo “desatenção” será entendido como descritivo de ocasiões em que se observa redução/ausência de atenção em situações de ensino, de forma que esse nível de atenção seja considerado menor que o dos pares de mesma faixa etária num dado contexto ou em relação a um padrão considerado ideal.

Centralmente, podem-se identificar na literatura duas tendências de abordagem do tema: uma de caráter predominantemente biológico e outra de caráter predominantemente social. No primeiro caso, o fenômeno da agitação/desatenção tem recebido, ao longo do tempo, diferentes designações. Segundo Antony e Ribeiro (2008), as diversas nomenclaturas utilizadas refletem

diferenças culturais, científicas e teóricas quanto às concepções do transtorno. De acordo com revisão de Santos e Vasconcelos (2010), as variações na nomenclatura e na forma de entendimento do TDAH podem refletir os diferentes focos nas pesquisas de cada período. Na sistematização das nomenclaturas (Antony & Ribeiro, 2008; Santos & Vasconcelos, 2010), observamos a variedade de nomes utilizados para designar o TDAH, como lesão cerebral mínima (década de 1940), reação hipercinética da infância (década de 1960), distúrbio do déficit de atenção com ou sem hiperatividade (década de 1970), distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade (década de 1980) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (década de 1990). Apesar das variações na terminologia, permanece, em todos os termos, uma perspectiva de caracterização de alterações situadas no indivíduo.

Na segunda abordagem do tema, predominantemente social, o foco é deslocado para o contexto psicológico, educacional, social, histórico e cultural, que influencia o processo do desenvolvimento. Alguns dos aspectos centrais dessas abordagens serão apresentados neste trabalho.

## **Agitação/desatenção: abordagem predominantemente biológica**

### **Concepção**

O fenômeno da agitação/desatenção tem sido frequentemente abordado como manifestação de patologia e designado pela psiquiatria como TDAH. Atualmente, em grande parte dos países, segundo Faraone, Sergeant, Gillberg e Biedermann (2003), é utilizada a definição de TDAH de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).

No referido manual, o TDAH está incluído nos transtornos de neurodesenvolvimento, juntamente com enfermidades psíquicas como transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, transtornos específicos da aprendizagem e transtornos motores. O TDAH é assim definido: “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento” (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 59), conforme caracterizado por uma lista de sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Para critério de diagnóstico, o sujeito deve apresentar pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade-impulsividade que constam de uma lista. O rol dos sintomas de desatenção inclui descritores como: frequentemente não prestar atenção, dificuldade em manter a atenção na realização de atividades escolares, perder materiais frequentemente, parecer não escutar quando alguém lhe dirige a palavra (APA, 2014). A lista dos sintomas de hiperatividade e impulsividade inclui descritores como: frequentemente remexer mãos ou pés, levantar da cadeira quando deveria permanecer sentado, falar demais (APA, 2014).

Os sintomas devem ocorrer antes dos doze anos de idade e estar presentes em pelo menos dois ambientes (por exemplo, na escola e em casa), por no mínimo seis meses. Além disso, o critério para diagnóstico estabelece que deve haver “evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade” (APA, 2014, p. 60).

Atualmente, nas designações da área clínica, o TDAH está bastante presente, sendo enfatizadas como características definidoras a inquietação psicomotora, a desatenção e a impulsividade cognitiva e social. Seu diagnóstico é clínico e deve ser feito por equipe interdisciplinar, com base em critérios estabelecidos por manuais diagnósticos de classificação internacional (Rohde, Barbosa, Tramontina, & Polanczyk, 2000). Observa-se, no DSM-5 (APA, 2014), que o TDAH é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, o que já caracteriza uma base biológica.

Encontramos na literatura muitos autores que utilizam a definição de TDAH proposta pelo DSM. Entretanto, alguns estudiosos exploram ainda mais esse conceito. Como forma de apresentar as características do transtorno, Benczik (2000), psicóloga e psicoterapeuta, traz uma definição de acordo com o DSM-IV. Segundo a autora, crianças com TDAH também podem ser consideradas imaturas e incompetentes em relação às aptidões sociais, além de apresentarem um comportamento “desigual, imprevisível e não reativo às intervenções normais do professor” (Benczik, 2000, p. 46).

Barkley (2002), Ph.D. em psicologia e professor de psiquiatria clínica considerado renomado especialista em TDAH, afirma que esse transtorno consiste em três problemas de comportamento: dificuldade para focar a atenção, dificuldade em controlar os impulsos e atividade excessiva. Além dessas três características, citadas por grande parte dos autores que

tratam do tema, Barkley (2002) considera o TDAH também como um “transtorno de autocontrole, força de vontade, organização e direcionamento do comportamento para o futuro” (p. 77), de modo que se apresenta uma dificuldade de autorregulação.

## Causas/origem do TDAH

No que diz respeito às causas do TDAH, observamos uma falta de consenso na literatura. No próprio DSM-5 (APA, 2014), em parte dedicada a fatores de risco e prognóstico, não encontramos indicação direta de causas, mas um conjunto de diferentes fatores que são possíveis desencadeadores ou que aumentam a predisposição ao transtorno. São eles: (i) temperamento: associação do TDAH com níveis menores de inibição comportamental; (ii) fatores ambientais: explicações que estão no nível de fisiologia do organismo, como peso muito baixo ao nascer, tabagismo na gestação, exposição a neurotoxinas, infecções, álcool na gestação, entre outros, como também algumas explicações de nível psicossocial, como histórico de abuso, negligência e mudança de lares adotivos; (iii) fatores genéticos e fisiológicos: sugestão de que o transtorno é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. Nota-se a falta de comprovação pela própria incerteza demonstrada no manual, quando, por exemplo, se lê que “a herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes” (APA, 2014, p. 62). Além disso, vale lembrar que parentes compartilham influências ambientais de forma mais próxima que não parentes. Portanto, possíveis influências genéticas não podem ser comprovadas, apenas, pela maior incidência de fenômenos comportamentais em pessoas com maior grau de consanguinidade; e (iv) modificadores de curso: sugestão de que os padrões de interação familiar na primeira infância podem influenciar o curso do TDAH. Em todos os itens, há a visão de que existe uma base biológica (mesmo sem nenhum fator diretamente relacionado) e de que fatores ambientais e de nível psicossocial podem ter algum efeito sobre o transtorno. Dessa forma, nota-se uma diversidade de fatores, pouca comprovação e uma conseqüente inconsistência no que diz respeito à etiologia do TDAH.

Diversos autores ressaltam a dificuldade de alcançar provas científicas a respeito da origem do TDAH devido à complexidade de mensuração das possíveis causas do transtorno. Segundo Barkley (2002), pesquisas têm sugerido que o TDAH é causado por transtornos cerebrais, principalmente por anormalidades no desenvolvimento do cérebro, as quais estariam

mais relacionadas à hereditariedade do que a agentes ambientais. Sendo assim, Barkley (2002) considera que o TDAH seja um transtorno com base genética/hereditária.

Thomas Brown (2007), professor de psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Yale, afirma que “o TDAH resulta, principalmente, de fatores genéticos interagindo com as experiências pré-natal, perinatal e pós-natal que, juntas, causam problemas significativos no cérebro” (p. 205). O autor descreve o transtorno como um conjunto de dificuldades cognitivas que, em muitos casos, é resultante de problemas químicos no cérebro, principalmente pelo mau funcionamento de sistemas de regulação das funções executivas – questão esta que está presente no argumento de muitos estudiosos do TDAH, mesmo sem haver um consenso sobre o assunto.

Condemarín, Gorostegui e Milicic (2006), sendo as duas primeiras autoras pedagogas e a terceira psicóloga, ressaltam a dificuldade de estabelecer uma etiologia precisa do transtorno, ao passo que existe uma grande quantidade de hipóteses na literatura que não chegam a um consenso ou não são satisfatórias. Segundo as autoras, existem muitas causas consideradas possíveis etiologias do TDAH, como fatores hereditários, consumo de açúcar refinado, aditivos encontrados em alimentos, fatores psicossociais e alterações neuroanatômicas. Apesar da amplitude de etiologias possíveis, e de existirem estudos acerca dessas possibilidades, as autoras apontam que não é possível definir se o TDAH é causado por uma delas separadamente. Elas afirmam que, para realizar o diagnóstico, é necessário ter o relato dos pais, dos professores e uma avaliação neurológica, ressaltando que esse diagnóstico é relativamente difícil de ser feito, deve utilizar ferramentas diferentes e ser multidisciplinar. Cabe destacar que vários dos fatores citados têm ordens de grandeza diferentes, mas são relacionados como fatores de mesmo nível (por exemplo, “consumo de açúcar refinado”, “genética” e “fatores psicossociais”).

A concepção de TDAH, que inclui prioridades em relação a fatores causais e predisponentes, traz consequências práticas. A análise clínica e os critérios de sistemas classificatórios utilizados pelo médico influem diretamente no diagnóstico (positivo ou negativo) de transtorno. Além disso, caso o médico tenha uma visão mais biologizante, irá tratar a criança individualmente, levando em conta somente fatores como o “mau funcionamento das funções executivas”. Por outro lado, se forem levados em conta os fatores sociais e ambientais, podem ser propostas, como parte do tratamento, mudanças na estrutura familiar, na rotina e na escola.

## Implicações

Em relação às condutas e aos tratamentos utilizados para o TDAH, encontramos na literatura uma abordagem que enfatiza o tratamento individualizado, com o uso de medicamentos e o acompanhamento com diferentes profissionais. Foram encontradas algumas estratégias familiares e educacionais.

Além da questão da medicação como forma de tratamento, Benczik (2000) enfatiza a importância de uma abordagem integrada com equipe multidisciplinar, com intervenções de psicoterapia, psicopedagogia, orientação aos pais e professores. Além disso, a autora apresenta alguns aspectos que devem ser levados em consideração no que diz respeito à escolha da melhor escola para uma criança com TDAH, como: o conhecimento da equipe em relação ao transtorno, salas de aula com doze a quinze alunos, posição da escola em relação ao uso de medicação (se acreditam que é benéfico ou não), abertura por parte da escola para profissionais que fazem o acompanhamento da criança, entre outros. A autora ainda oferece orientações aos pais e professores sobre como lidar com essas crianças e quais intervenções podem ser feitas, por exemplo, distinguir desobediência de incompetência/incapacidade, ser otimista e paciente com a criança.

Na mesma direção, Cooper e O'Reagan (2001), educadores considerados especialistas em crianças com TDAH, pontuam que a intervenção relativa ao transtorno deve ser feita com equipe multidisciplinar, contando com médicos e psicólogos. Os autores também concordam com Benczik ao considerarem o medicamento como estratégia de intervenção positiva, que irá facilitar o aprendizado de comportamentos apropriados e aumentar a capacidade de concentração, criando uma “janela de oportunidade através da qual os pais e professores podem começar a ajudar a criança a desenvolver estratégias e hábitos para um aprendizado efetivo e autorregulação” (Cooper & O'Reagan, 2001, p. 35, tradução nossa). Também de forma semelhante a Benczik, os autores trazem alguns princípios básicos para lidar com essas crianças em sala de aula, como: manter uma comunicação clara e precisa, desenvolver uma relação positiva com o aluno, estabelecer locais de estudo com o mínimo de distração possível, manter uma rotina estruturada, utilizar intervenções para regular o comportamento.

Da mesma forma que Cooper e O'Reagan (2001) oferecem orientações a pais e professores, Barkley (2002) propõe 14 princípios para o manejo de crianças com TDAH como forma de os pais se orientarem na criação de seus filhos. O autor sugere até que os pais

mantenham uma cópia dessa lista afixada em algum local de muita visibilidade para que possam se lembrar desses princípios mais facilmente. Entre as orientações, estão: fornecimento imediato de respostas e resultados relativos às ações da criança, utilizar incentivos ao invés de punições, utilizar motivações externas (como recompensas), prever situações-problema e planejar ações a serem tomadas, e praticar o perdão.

Brown (2007) sugere que grande parte das pessoas com TDAH sofre muito durante o período escolar. Entretanto, a questão educacional aparece muito pouco no livro – quando o autor apresenta algumas intervenções comportamentais e ajustes a serem feitos na escola. Relacionando fortemente o TDAH com o ambiente escolar, Brown (2007) afirma que, “felizmente para muitos, o sofrimento com a síndrome do TDAH pode se amenizar quando deixam a escola” (p. 208). Cabe lembrar que os ajustes propostos são localizados, e não envolvem repensar o planejamento pedagógico e os modos de organização da escola.

Apesar de encontrarmos diferentes explicações para o TDAH nesses textos, existe um consenso a respeito dos tratamentos que devem ser utilizados. A partir da análise do fenômeno (agitação/desatenção) como um transtorno de base biológica, um transtorno neurológico, encontramos na literatura sobre o TDAH considerações de que o “apoio farmacológico é por si só o mais eficaz dos tratamentos, porque ajuda a controlar a hiperatividade e os transtornos da atenção” (Condemarín, Gorostegui, & Milicic, 2006, p. 123). Dessa forma, a utilização de medicamentos farmacológicos seria uma maneira de causar mudanças no comportamento, na atenção, nas relações pessoais, na aprendizagem, na memória, entre outros.

Constatamos a mesma afirmação de base biológica na obra de Thomas Brown (2007). Ao longo de todo o livro, é possível observar o autor repetindo que os problemas principais do TDAH são essencialmente bioquímicos e que o uso de medicação é necessário. De acordo com Brown, o tratamento medicamentoso é considerado o mais eficiente para o transtorno. Tratamentos adicionais, em sua opinião, só são necessários para algumas pessoas que apresentam problemas comportamentais, emocionais e sociais significativos, pois não amenizam os problemas principais, segundo ele, que são de origem bioquímica.

O metilfenidato é o medicamento usualmente prescrito para tratar pessoas com TDAH, sendo comercializado no Brasil como Ritalina e Ritalina LA pelo laboratório Novartis, e como Concerta pelo laboratório Janssen – todos de uso controlado. Metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central, da família das anfetaminas, com a função de aumentar a capacidade

de concentração e atenção, e reduzir comportamentos impulsivos. Como muitos outros estimulantes, a Ritalina pode provocar alterações de humor e, de acordo com a bula, pode causar dependência física ou psíquica. Ao observar a bula desse medicamento (Novartis, 2017), nota-se que há um grande número de efeitos colaterais decorrentes de seu uso. Algumas reações são consideradas comuns, como: diminuição do apetite, nervosismo, dificuldade em adormecer, angústia emocional excessiva, sonolência, vômitos, dor de estômago, dor nas articulações, entre outras. Algumas das reações adversas consideradas raras são: desaceleração do crescimento, função hepática anormal, alucinações e baixa contagem de glóbulos vermelhos e de plaquetas.

O uso de Ritalina vem crescendo de forma acelerada, no Brasil e globalmente. De acordo com notícia divulgada no site do Ministério da Saúde, o país é o segundo maior consumidor desse medicamento no mundo (Ximenes, 2015). Conforme notícia veiculada no jornal *O Estado de S. Paulo*, nos últimos 10 anos houve um aumento de 775% no uso de Ritalina no Brasil (Cambricoli, 2014). Nos Estados Unidos, os números são ainda maiores. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês), aproximadamente 6,4 milhões de crianças de 4 a 17 anos foram diagnosticadas com TDAH em algum momento de suas vidas (Schwarz & Cohen, 2013). Isso equivale a dizer que aproximadamente um em cada cinco meninos cursando o ensino médio e 11% das crianças em idade escolar receberam diagnóstico médico do TDAH.

Um outro aspecto a ser destacado diz respeito às diferenças de incidência do diagnóstico de TDAH em diferentes países, o que sempre foi alvo de questionamentos e controvérsias. Com o intuito de avaliar se o TDAH seria um subproduto da cultura norte-americana e se existiriam diferenças na incidência do transtorno em diferentes culturas, um estudo foi realizado por Faraone e outros pesquisadores da área da psiquiatria (2003). Os autores fizeram uma revisão da literatura de estudos epidemiológicos, publicados entre 1982 e 2001, relacionados à incidência de crianças e adolescentes com TDAH em diferentes países. Para tanto, foram analisados 50 trabalhos encontrados na base de dados Medline (especializada em ciências biomédicas e ciências da vida), todos realizados a partir dos critérios do DSM, proposto pela APA. Desses 50 estudos, 20 são pesquisas realizadas nos Estados Unidos, e 30 são de outros países (como Canadá, China, Alemanha, Hong Kong, Índia, Holanda, Nova Zelândia, Espanha, Suécia, Taiwan, Austrália, Brasil, Colômbia, Islândia e Ucrânia). Os pesquisadores afirmam não ter encontrado estudos sobre o TDAH em países da África e do Leste Europeu.

A variabilidade de prevalência encontrada nos estudos é justificada pelos autores por diferenças biológicas e culturais, tais como a definição da desordem, critérios e métodos de diagnóstico, características da população da amostra e termos utilizados. De acordo com os autores, “certas populações podem ter uma prevalência menor de sintomas de TDAH (ex.: Islândia, Austrália, Itália e Suécia), mas isso não pode ser concluído com base nos dados disponíveis” (Faraone et al., 2003, p. 110, tradução nossa). É interessante que, apesar de não poderem concluir algo relacionado à baixa prevalência em determinados países, os autores chegam a conclusões relacionadas a incidências semelhantes entre os EUA e outros países. Dessa forma, mesmo utilizando pesquisas de 22 países, com 60% dos estudos provenientes somente de um deles, e reconhecendo que a população estudada não é representativa de toda a população mundial, os dados encontrados são utilizados como evidências científicas sobre a semelhança na incidência de TDAH no mundo.

Esse ponto sobre as diferenças de prevalência é tratado no próprio DSM-5 como “questões diagnósticas relativas à cultura”. Nesse trecho do manual, diz-se que as diferenças de prevalência podem estar relacionadas às diferenças metodológicas e a práticas diagnósticas diversas, mas que também pode haver “variações culturais em termos de atitudes ou interpretações acerca do comportamento infantil” (APA, 2014, p. 62). Utiliza-se o exemplo dos Estados Unidos, onde as taxas de diagnóstico para populações brancas tendem a ser maiores do que as encontradas em populações afro-americanas e latinas. Assim, nota-se que no próprio DSM-5 são discutidas questões relativas ao meio social, quando vemos as marcas das diferenças culturais influenciando na prevalência do transtorno, inclusive dentro de um mesmo país.

Outra pesquisa que cabe citar, conduzida por um time de pesquisadores brasileiros, também faz uma análise de estudos epidemiológicos a respeito do TDAH ao redor do mundo, apontando que a prevalência mundial do transtorno, em média, é de 5,29% (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Tal pesquisa foi realizada através da análise de publicações originais dos últimos 27 anos sobre a prevalência de TDAH, das quais foram revisadas 303, sendo 102 artigos incluídos no estudo. É mister apontar que, muito embora os autores afirmem que a pesquisa envolveu a consulta de estudos de todos os continentes, mais da metade das publicações analisadas (64, exatamente) foi conduzida na América do Norte e na Europa. Além disso, os critérios para diagnóstico mais frequentemente utilizados nas publicações foram os do DSM-IV, que, segundo os próprios autores, está ligado a uma prevalência maior de diagnósticos do que quando utilizados outros critérios, como o DSM-III e a Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Assim, torna-se contraditório que um estudo com o intuito de realizar uma média global da prevalência de TDAH seja, em sua maioria, baseado em artigos publicados em determinados países, utilizando predominantemente um critério de diagnóstico. Além de proporem uma média global de prevalência de TDAH, é possível inferir com clareza que os autores direcionam seu olhar para que o transtorno não seja visto como um construto social e para que a significativa variabilidade dos dados ao redor do globo seja relacionada às diferenças metodológicas, e não à localização geográfica e à relevância cultural.

É importante observar que, enquanto existe um aumento de diagnósticos e uso de medicamentos para o TDAH em países como Brasil e Estados Unidos, na França o número de crianças diagnosticadas com esse transtorno é inferior a 0,05%. Parte dessa diferença está relacionada à maneira como as doenças mentais são vistas em diferentes países e aos critérios de diagnóstico. Nos Estados Unidos, psiquiatras consideram o TDAH como um distúrbio biológico, com causas biológicas, tratando-o com estimulantes. Na França, psiquiatras consideram o TDAH como condição médica, mas com causas psicossociais e situacionais, tratando-o a partir do problema no contexto social em que a criança está inserida, com aconselhamento familiar e psicoterapia (Wedge, 2012). Além disso, os critérios de diagnóstico utilizados nos Estados Unidos vêm do DSM, enquanto na França se utiliza um critério diferenciado, a partir da Classificação Francesa dos Problemas Mentais da Infância e da Adolescência (CFTMEA), conforme analisado por Vallée (2009) – antropólogo e Ph.D. em sociologia pela Universidade da Califórnia. Segundo esse autor, o DSM encoraja a observação dos sintomas como manifestações de distúrbios biológicos, colocando-os em determinadas categorias e administrando o tratamento para a doença em questão. Em contrapartida, o CFTMEA encoraja a observar os sintomas como manifestações de processos psicológicos, e o diagnóstico é visto como parte do processo, o que significa que, ao longo do tratamento, os médicos ganham uma compreensão maior acerca do paciente e, muitas vezes, alteram o diagnóstico (Vallée, 2009).

Considerando essa diferença de predominância do TDAH em diferentes países, cabe uma discussão acerca de aspectos que vão além de características biológicas, observando o comportamento agitado/desatento sob uma perspectiva social.

## **Agitação/desatenção: abordagem predominantemente social**

Estudos e análises que apontam o papel de diferentes fatores na compreensão das formas de atuação das crianças – entre elas agitação e desatenção – são encontrados na literatura. Tais estudos consideram que fatores ambientais, sociais, educacionais e culturais são importantes no processo de desenvolvimento humano e, conseqüentemente, nos aspectos relacionados ao comportamento infantil. Assim, parte-se para uma crítica ao modelo predominantemente biológico, uma vez que este contempla unicamente um fator, em detrimento de vários outros.

### **Críticas ao modelo biológico**

Como já visto, uma das formas de abordar agitação e desatenção é enquadrá-las no diagnóstico de TDAH. Entretanto, cabem críticas a essa visão “biologizante”. Uma das pistas para essa análise crítica envolve os dados sobre diferenças na incidência de diagnósticos de TDAH entre diferentes países. Estariam essas diferenças ligadas à questão social e cultural? Esse debate sobre a interferência do meio social nos diagnósticos foi realizado por dois psiquiatras britânicos, Sami Timimi e Eric Taylor (2003), em um artigo publicado pelo *British Journal of Psychiatry*. Os médicos abordaram a mesma questão partindo de visões opostas, sendo Timimi um autor com uma visão psiquiátrica crítica e a favor do fator de causalidade social, e Taylor um psiquiatra convicto dos fatores biológicos como causadores do TDAH.

Taylor defende que existem diferenças físicas em sujeitos com TDAH, como variações genéticas e alterações cerebrais, que foram encontradas em alguns estudos com neuroimagem (Timimi & Taylor, 2003). Segundo ele, os serviços de saúde mental são necessários porque a hiperatividade severa se apresenta como um fator de risco para o desenvolvimento, afetando a adequação psicossocial e podendo desencadear um maior índice de acidentes, desordens de conduta, problemas psiquiátricos na adolescência, entre outros. Taylor afirma que os fatores sociais provavelmente influenciam o grau de hiperatividade visto como um problema e que “esta interação entre a criança e as expectativas do mundo adulto são clinicamente importantes” (Timimi & Taylor, 2003, p. 9, tradução nossa).

Por conta dessa subjetividade ao analisar os comportamentos e das diferenças de rigor nos critérios, Taylor afirma que pode haver tanto excesso quanto ausência de diagnóstico em

crianças que não foram devidamente identificadas. Entretanto, o autor enfatiza que o TDAH não é um construto social e que a influência social apenas diz respeito à identificação ou não do transtorno. É interessante que, ao final da argumentação de Taylor, os editores do artigo ressalvam que “ele e seu departamento receberam comissão para palestrar em reuniões educacionais e conferências científicas patrocinadas por companhias farmacêuticas” (Timimi & Taylor, 2003, p. 9).

Sob outro ponto de vista, Timimi afirma que não há testes clínicos para o TDAH e nem marcadores específicos de ordem cognitiva, metabólica ou neurológica (Timimi & Taylor, 2003). O autor ainda reconhece que os estudos epidemiológicos indicam uma grande diferença de prevalência do transtorno e que, além disso, alguns estudos de neuroimagem foram realizados com amostras pequenas e sem grupo-controle, gerando resultados inconsistentes. Entre outras afirmações sobre os resultados inconclusivos de certas pesquisas, Timimi aponta que “em nenhum estudo o cérebro foi considerado clinicamente anormal” (Timimi & Taylor, 2003, p. 8, tradução nossa). O autor ainda debate a respeito de não haver um tratamento específico para o transtorno, da confusão em pesquisas a respeito de suas causas, e do grande lucro da indústria farmacêutica com o TDAH.

Timimi defende que uma perspectiva cultural é necessária para poder compreender os fatores que fizeram o TDAH ganhar tamanha proporção, como a questão da desestruturação familiar, a perda da autoridade moral dos adultos e a pressão nas escolas (Timimi & Taylor, 2003). De acordo com o autor, do ponto de vista biológico, as crianças são imaturas por ainda estarem em desenvolvimento; entretanto, a maneira como essa imaturidade é vista e o significado que lhe é atribuído são provenientes da cultura e do meio social em que elas estão inseridas.

Assim, pode-se observar que, mesmo entre opiniões opostas de médicos – como visto em Taylor e Timimi (2003) –, o fator social está presente dentro do debate sobre o TDAH, inclusive no que diz respeito ao excesso de diagnósticos. Com base nesse debate, fica claro que, como parte fundamental para o surgimento do transtorno, ou sendo considerado um elemento de influência para sua identificação, o fator social não deve ser ignorado.

Ainda de acordo com Timimi (Timimi & Taylor, 2003), o modelo médico do TDAH reflete uma ideia descontextualizada e simplista, que retira a responsabilidade social de pais, professores e médicos de criar crianças bem-comportadas. Esse autor aponta que vai sendo

criada uma “dependência desnecessária de médicos, desencorajando crianças e suas famílias a empregar suas próprias habilidades para solucionar problemas” (Taylor & Timimi, 2003, p. 8, tradução nossa). Além disso, para Caliman (2010), existe uma tentativa de “biologização” e patologização da moral, observada na história do TDAH, com diagnósticos que sempre deram força ao processo de patologização de sujeitos que não satisfazem às expectativas da sociedade em que vivem, sejam de cunho moral, político ou econômico.

Conforme já mencionado, cada vez mais os comportamentos considerados indesejáveis estão inseridos em manuais da área da saúde e, com isso, tem-se o aumento de diagnósticos e patologias. Segundo Caponi (2007), doutora em filosofia e professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), “a medicalização de condutas classificadas como anormais se estendeu a praticamente todos os domínios de nossa existência” (p. 530). A autora apresenta em seu artigo uma perspectiva histórica sobre as mudanças nos critérios diagnósticos da psiquiatria a partir da metade do século XIX, com ampliação das condutas consideradas desviantes. Como consequência dessa ampliação, tem-se uma crescente medicalização de desvios de conduta que fujam da ordem vigente. Nesse estudo (Caponi, 2007), observou-se que mudanças ocorridas na classificação de desvios, com referência entre normalidade e anomalia, proporcionaram novas estratégias de intervenção e, com isso, aumentaram as doenças relacionadas a comportamentos.

## **Padronização/definição de normal**

No que diz respeito aos comportamentos considerados desviantes, cabe a reflexão de que estes são considerados desvios em relação a um padrão julgado aceitável por determinado segmento social ou institucional. Aquele que apresenta um comportamento desviante está sempre sendo comparado com outro que apresenta um comportamento considerado correto dentro de um padrão, estabelecido socialmente, que permite essa classificação, conforme sugerem diferentes autores (Foucault, 2006; Patto, 1996; Velho, 2003).

Foucault, filósofo francês, traz em suas obras diversas análises críticas dos modelos de normatização da sociedade, das quais citamos aquela que está relacionada à normalidade ou anormalidade infantil. Em seu curso denominado *O poder psiquiátrico*, que foi transcrito e transformado na publicação de mesmo nome (Foucault, 2006), o filósofo debate a respeito das

práticas da psiquiatria, estabelecidas como mecanismo de poder e disciplinante da loucura. Ressaltamos aqui um dos capítulos da obra, referente à sua “Aula de 16 de janeiro de 1974” sobre a psiquiatrização da infância, na qual o autor faz considerações sobre os modos de generalização da psiquiatria, sobre o conceito de imbecilidade infantil e sobre a infância como local de origem da doença mental.

Com base em textos psiquiátricos da época, o autor considera que, no início do século XIX, houve um processo de distinção da loucura em relação à “idiotia” e ao “retardo mental”. A questão da normatização aparece quando Foucault (2006) afirma que:

De sorte que todos esses fenômenos da debilidade mental – a idiotia propriamente dita ou o retardo – vão se encontrar situados em relação a duas instâncias normativas: o adulto como estágio terminal, as crianças como definidoras da média de velocidade de desenvolvimento. (p. 264)

Dessa forma, a idiotia e o retardo mental são analisados pelo autor como variedades da infância, como tempos e estágios diferenciados do desenvolvimento, e não como doenças mentais. Seu tratamento, segundo Foucault (2006), deveria ser como o de outra criança qualquer, impondo um esquema educacional com determinadas variações, sendo a própria pedagogia sua ferramenta terapêutica. Entretanto, o autor afirma que, apesar de existir essa distinção nítida feita pelos teóricos, os idiotas ainda eram incluídos em espaços psiquiátricos, no século XIX, como forma de liberação dos pais para o trabalho (Foucault, 2006, p. 271).

Além disso, a criação de uma nova categoria, em meados do século XIX, denominada “alienação mental” passa a englobar a loucura juntamente com a idiotia e a imbecilidade, rompendo com as categoriais anteriores e colocando todas sob o tratamento da psiquiatria, sob o mesmo processo de internação. Nas palavras do autor, “a educação dos idiotas e dos anormais é o poder psiquiátrico em estado puro” (Foucault, 2006, p. 272). Dessa forma, tudo aquilo que era considerado diferente do desenvolvimento normal deveria ser cuidado pelos médicos.

Foucault (2006) ainda afirma que “a disjunção entre criança louca e criança anormal me parece ser um dos traços absolutamente fundamentais do exercício do poder psiquiátrico no século XIX” (p. 281). As consequências que advêm disso se referem ao crescente poder que a psiquiatria toma sobre todos os desvios e as anomalias do desenvolvimento, e à sua ligação com os regimes disciplinares. Assim, vemos que a psiquiatria amplia seu campo de atuação no século XIX, passando a cuidar não só do adulto louco e doente, mas também da criança que não

acompanha o desenvolvimento considerado normal. De acordo com Foucault (2006), foi a partir da criança, a qual ele denomina de “não louca”, que houve a psiquiatrização da infância e se produziu a generalização do poder psiquiátrico. A consequência desse processo é vivenciada diariamente por crianças em tratamento médico em decorrência de suas “anormalidades”, principalmente no que diz respeito àquelas notadas no âmbito escolar.

A normatização da sociedade tem sido debatida a partir de diversos pontos de vista, e torna-se relevante abordá-la da perspectiva antropológica. De acordo com Gilberto Velho (2003), antropólogo brasileiro e autor de diversos livros nessa área, os indivíduos considerados desviantes têm sido vistos sob uma perspectiva médica, como se sua “anormalidade” na forma de ser e agir fosse um sintoma de doença e desequilíbrio. Essa concepção de que pessoas fora do “padrão” e em desacordo com a norma estabelecida devem padecer de algum problema merece atenção e traz o questionamento do que é considerado um “comportamento normal”. Nessa dicotomia normal *versus* anormal, o comportamento “normal” seria aquele que está de acordo com as normas estabelecidas socialmente, não causa conflitos e se conforma para a manutenção da ordem. Em contrapartida, o comportamento “anormal” seria o que foge às normas, não segue as regras como os demais, destoa e ameaça a ordem vigente, precisando, conseqüentemente, ser corrigido e controlado. O autor afirma que a ideia de desvio já vem carregada de uma conotação negativa e problemática e que, “de um modo ou de outro, implica a existência de um comportamento ‘médio’ ou ‘ideal’, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social” (Velho, 2003, p. 17).

Conforme sugere Velho (2003), o sujeito que não se adapta às regras estabelecidas e às normas da sociedade não apresenta um sintoma de doença. Esse sujeito está inserido na sociedade, e a sua não conformidade com as regras estabelecidas tem a marca do meio sociocultural no qual está inserido, a qual pode variar. Em outras palavras, “ele não será sempre desviante. Existem áreas de comportamento em que agirá como qualquer cidadão ‘normal’. Mas em outras áreas divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes” (Velho, 2003, p. 28). Dessa forma, os que são considerados desviantes têm seus comportamentos invalidados pelos outros, de acordo com o lugar em que estão, sendo a própria sociedade cúmplice no julgamento, no estabelecimento das infrações às regras e no conseqüente veredicto de desvio.

Ainda de acordo com Velho (2003), esse modelo rígido para os membros de uma sociedade ou cultura é fundamental para que haja a continuidade da vida social e, nessa

perspectiva, os membros desse grupo têm limites bem acentuados em relação à variedade de comportamentos. Existe uma variação das normas ao longo do tempo, dentro de determinada cultura e em suas diversas instituições.

A questão da normalidade na estruturação das instituições escolares aparece de forma complexa, e um dos pontos que provoca esse debate refere-se às diferenças entre crianças e às dificuldades decorrentes disso para o agrupamento em salas de aula homogêneas. Em seu trabalho acerca das origens históricas do fracasso escolar, Patto (1996) – especialista em psicologia escolar e professora da Universidade de São Paulo – também faz algumas observações interessantes sobre o surgimento das classificações de normalidade. Segundo a revisão de literatura realizada pela autora, houve um grande desenvolvimento das ciências médicas e biológicas no fim do século XVIII e no século XIX, especialmente na área da psiquiatria. Nesse período surgiram classificações rígidas sobre aqueles considerados “anormais”, e as áreas da neurologia, neurofisiologia e neuropsiquiatria se ocupavam de estudos em laboratórios anexos a hospícios. Ainda de acordo com a análise da autora, os médicos foram os primeiros profissionais que passaram a lidar com os casos de dificuldade de aprendizagem escolar. A criação de uma nova categoria para os “duros da cabeça”, ou idiotas, anteriormente confundidos com os loucos, levou a questão da anormalidade dos hospitais para as escolas, pois “as crianças que não acompanhavam seus colegas na aprendizagem escolar passaram a ser designadas como anormais escolares e as causas de seu fracasso são procuradas em alguma anormalidade orgânica” (Patto, 1996, p. 41).

Como discutido anteriormente, a questão da normalidade se apresenta com muita frequência nas instituições escolares. O modelo escolar tradicional, presente em grande parte das instituições brasileiras, sendo altamente normativo e regido por regras internas, dá margem para que apareçam diferenças, desacordos com a norma pré-estabelecida. Assim, a terminologia utilizada nos primórdios da escolarização, que designava crianças que não seguiam as normas de “anormais escolares”, pode ter sido alterada a partir do século XX, mas a raiz da questão de medir as diferenças e buscar uma homogeneidade continua atual. De acordo com Patto (1996),

A consideração da influência ambiental sobre o desenvolvimento da personalidade nos primeiros anos de vida e a importância atribuída à dimensão afetivo-emocional na determinação do comportamento e seus desvios provocou uma mudança terminológica no discurso da psicologia educacional: de *anormal*, a criança que apresentava problemas de ajustamento ou de aprendizagem escolar passou a ser designada como *criança problema*. (p. 43)

Com o aumento do número de crianças designadas como “problemas” nas escolas e, conseqüentemente, encaminhadas para especialistas da área da saúde e diagnosticadas com doenças mentais, e com a crescente medicalização infantil, alguns pesquisadores têm defendido uma visão crítica acerca de possíveis excessos de diagnósticos e ressaltado a importância de diferenciar questões biológicas de questões sociais. Tais autores afirmam que o fato de os comportamentos serem tomados como patologias leva as crianças em fase escolar a serem submetidas a tratamentos por conta desses “problemas”, aumentando o número das que são portadoras de transtornos e usuárias de medicamentos. Nessa linha de pensamento, as crianças necessitam de tratamentos clínicos para seus problemas acadêmicos, centrando a dificuldade de aprendizagem unicamente no indivíduo e retirando da instituição escolar seu papel nesse processo.

A partir do momento em que se estabelece uma diferenciação, uma suspeita de doença e, por conseguinte, um diagnóstico, as crianças e os adolescentes são encaminhados para especialistas. Essa prática de “encaminhar” crianças que não correspondem ao exigido pelas escolas acontece, de acordo com Patto (1996), desde a década de 1920, quando foram crescendo, ao redor do mundo, as clínicas especializadas em estudar, diagnosticar e tratar crianças com problemas de aprendizagem e desajustamento escolar.

### **Medicalização na sociedade contemporânea**

Collares e Moysés (1996), professoras doutoras em psicologia e pediatria, respectivamente, da Universidade Estadual de Campinas, também trazem uma visão questionadora a respeito dos problemas de aprendizagem. Segundo as autoras, as escolas têm buscado explicações para o fracasso escolar no aluno e em sua família, isentando-se de questionar o seu papel e, muitas vezes, procurando causas biológicas para o não aprender na escola. De acordo com elas, a medicalização do processo de ensino-aprendizado acontece quando se descola “o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação” (Collares & Moysés, 1996, p. 28). Com esse deslocamento e o conseqüente encaminhamento dos alunos, cria-se uma demanda por profissionais para lidar com essas crianças e adolescentes, como psicopedagogos, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras, neuropediatras e médicos especializados em distúrbios infantis.

A partir do momento em que se assume que existem doenças a serem sanadas, entra em questão o uso do medicamento, muitas vezes visto como o solucionador imediato dos problemas. A medicação torna-se fator determinante para que a criança tida como patologicamente agitada e desatenta possa sentar-se na sala e concentrar-se nas atividades, agindo com normalidade e diminuindo suas dificuldades acadêmicas.

O uso de medicamentos por crianças, considerado indiscriminado por vários autores, levantou um amplo debate a respeito da medicalização da educação. Diversas pessoas e entidades da área da saúde, educação, direitos humanos e direitos da criança e do adolescente criaram o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Medicalização e lançaram o *Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade* durante um seminário internacional em 2010. De acordo com esse manifesto, a medicalização é entendida como “o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos” (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2010), convertendo assuntos de variadas ordens (como política, social, cultural, afetiva) em problemas biológicos. Assim, a responsabilidade pelos problemas é centrada em indivíduos, de forma que autoridades, profissionais e governos são distanciados de suas responsabilidades. Nessa linha, a cultura medicalizada distancia o homem de si mesmo e de seu meio, pois ele passa a depender do poder médico. Comportamentos passam a ser vistos como sintomas de doenças, e problemas coletivos se tornam problemas individuais, de forma que o sujeito carece de tratamento enquanto instituições não tomam sua parte em uma discussão mais ampla.

Charles Tesser (2006) – médico e professor da UFSC – apresenta em seu artigo uma discussão a respeito do que ele chama de processo de medicalização social. Segundo suas análises, partindo da crítica iniciada por outros autores a respeito da medicina institucionalizada, a medicalização social acontece quando a biomedicina começa a redefinir as experiências e os comportamentos humanos, tomando-os problemas médicos. Com isso, a medicina passa a concentrar-se em classificações e nos aspectos manipuláveis da dor e de outros sintomas, buscando a analgesia e a redução do sofrimento, tendo seu poder de julgamento reconhecido pela sociedade.

Dessa forma, de acordo com Tesser (2006), as pessoas deixam de ter autonomia sobre o enfrentamento dos seus males e, com isso, dependem dos serviços da saúde, do olhar objetivo do médico e de medicamentos para sanar o que já não se cuida subjetivamente. Segundo Tesser

(2006), nessa cultura medicalizada a pessoa fica incompetente e desamparada, tendo que utilizar o trato médico, que é “estranho à compreensão tradicional ou pessoal do doente – às vezes já resquicial – e desagregador das relações entrelaçadoras do homem com sua doença, seu meio, a natureza, seus próximos e com ele mesmo” (p. 65).

No caso de crianças, a questão fica ainda mais delicada, visto que não são elas que se queixam de seus problemas, mas sim pais e professores, que passam a analisar comportamentos considerados inadequados e desviantes como sinais de desordens biológicas. A anomalia da criança é, então, tratada pelo médico sem uma visão mais ampla sobre sua vida, seu meio familiar, sua vivência cotidiana e suas particularidades. Assim, vemos que o processo de medicalização social se insere no âmbito escolar.

## **Uma visão integradora sob a perspectiva histórico-cultural**

Diversos autores ressaltam a importância dos fatores sociais na formação do ser humano, dentre os quais destacamos Vygotsky, pesquisador multidisciplinar bielorrusso que viveu no início do século XX, de significativa influência tanto na psicologia quanto na educação. Entre muitas outras análises, Vygotsky aborda a relação entre os seres humanos e o seu ambiente físico e social e como as questões externas geram impactos no seu desenvolvimento. O autor se propõe a estudar os conceitos historicamente, de forma a abranger todo o seu processo de desenvolvimento, incluindo suas fases e mudanças.

Segundo Vygotsky (2008), no decorrer do desenvolvimento existem os processos de origem biológica, os quais ele chama de “elementares”, e os de origem sociocultural, chamados de “funções psicológicas superiores”. As funções elementares (como ações reflexas e reações automáticas) são total e diretamente determinadas pela estimulação ambiental, a partir da percepção; enquanto as funções superiores (como percepção, atenção, abstração, reflexão) são marcadas pela presença de estímulos artificiais que definem os comportamentos, tendo estes um caráter voluntário e intencional. De acordo com Vygotsky (2008), “a história do comportamento da criança nasce do entrelaçamento dessas duas linhas” (p. 42), ou seja, é através desse processo dialético entre o homem e a cultura na qual se está inserido que a criança se desenvolve e organiza seu comportamento. Assim, o autor argumenta sobre a importância

do meio sem negar as raízes biológicas, afirmando que ambos são constituintes do desenvolvimento humano e determinantes dos comportamentos.

Para o autor, o desenvolvimento das funções superiores se dá através de processos sociais, de interações por meio de elementos mediadores. As funções no desenvolvimento das crianças aparecem primeiro no nível social, ou seja, entre pessoas, para depois aparecerem no nível individual, no interior da criança. Segundo Vygotsky (2008), “todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos” (p. 58). Assim, vemos que as funções superiores partem das relações entre as pessoas e que, para serem internalizadas, necessitam da mediação. A atenção voluntária, como função psicológica superior, necessita de mediações e de relações sociais para que seja desenvolvida. Veremos a seguir um pouco mais sobre essa função, já que se relaciona com um dos comportamentos analisados neste estudo: a desatenção.

Para Vygotsky (2004), do ponto de vista motor, a atenção está ligada a movimentos de adaptação dos órgãos internos e externos, assim como à suspensão de todos os demais movimentos que estão desvinculados da atividade a ser realizada. A atenção, nessa perspectiva, pode ser entendida como um sistema de reações preparatórias que colocam o corpo na posição e no estado devido para a atividade a ser realizada. Conforme pontuado pelo autor, as reações motoras da atenção ultrapassam as reações dos órgãos de percepção, adentrando no organismo e alterando seu funcionamento. Inicialmente a atenção se apresenta de forma involuntária (não arbitrária), com reações incondicionadas que se manifestam desde os primeiros dias de vida de um recém-nascido, sendo provocadas por estímulos externos. Ao longo do processo de desenvolvimento, com treinamento longo e complexo, essa forma vai sendo transformada em atenção voluntária (arbitrária), com reflexos condicionados e subordinados a estímulos internos. Nessa análise de Vygotsky (2004), as reações de atitude se caracterizam pelo volume e pela durabilidade, e desempenham o papel de organizador, com um esforço que se prolonga incessantemente. Assim, atenção voluntária não é algo que se manifesta instantaneamente, e sim uma função que demanda esforço e trabalha com ritmos de ativação e repouso, tendo uma oscilação natural.

No que diz respeito à desatenção, chamada por Vygotsky (2004) de distração, o autor apresenta dois aspectos diversos, do ponto de vista psicológico. Se por um lado ele considera que a distração “pode realmente derivar da fraqueza da atenção, da incapacidade de reunir, de concentrar a atitude em algum alvo” (Vygotsky, 2004, p. 157), por outro lado ela é um elemento

simultâneo e vantajoso para a atenção, pois estar atento a algo pressupõe uma distração de todo o restante. Dessa forma, a distração pode ser vista como algo pertencente ao campo anormal, quando olhada como um desarranjo do comportamento, e como algo normal, quando observada como manifestação cotidiana e elemento natural da atenção.

Ainda de acordo com a abordagem histórico-cultural de Vygotsky, a atenção seria um objeto importante para a prática pedagógica, visto sua grande capacidade de se desenvolver e a possibilidade de educar introduzindo coordenação, assimilação e orientação, auxiliando a transformação da atenção arbitrária. Segundo Vygotsky (2004),

A atenção infantil é orientada e dirigida quase exclusivamente pelo interesse, e por isso a causa natural da distração da criança é sempre a falta de coincidência de duas linhas na questão pedagógica: do interesse propriamente dito e daquelas ocupações que são propostas como obrigatórias. (p. 162)

Assim, na abordagem do autor, a educação formal deve levar em consideração as inclinações naturais da criança ao mesmo tempo que interfere nelas, dentro do processo organizacional e normalizador. Assim, pode-se indagar se a desatenção de crianças na escola surge em decorrência de um meio escolar pouco interessante e com atividades pouco motivadoras e sem significado para os alunos ou, de forma mais ampla, da estruturação e do funcionamento da instituição escolar.

Vimos que a atenção voluntária não é uma função inata da criança, algo com que ela já nasce, e sim uma função desenvolvida a partir de relações sociais estabelecidas entre pessoas. A mediação, nesse caso, tem papel fundamental para que se internalize essa função. Dessa forma, a atenção e a falta de atenção podem ser influenciadas pelo conteúdo que está sendo trabalhado e pela qualidade das mediações ao longo do aprendizado.

## Considerações finais

Na literatura que trata do fenômeno da agitação/desatenção com uma abordagem predominantemente biológica, o diagnóstico de TDAH, considerado doença mental, é realizado a partir da detecção de um conjunto de comportamentos especificados. Trata-se de uma definição elaborada com base em descrições, não em explicações. Seu diagnóstico e tratamento são determinados por médicos, com a colaboração de outros profissionais. O foco é o indivíduo,

com preponderância de planos terapêuticos medicamentosos. Observamos que há uma tendência de valorizar a abordagem predominantemente biológica para crianças agitadas e desatentas, dado o alto índice de consumo de metilfenidato no Brasil – medicamento utilizado para tratamento do TDAH.

Em contrapartida, notamos na literatura que aborda a agitação e a desatenção de forma predominantemente social que esse fenômeno envolve uma multiplicidade de fatores e, portanto, deve ser considerado dentro dessa complexidade. A crítica feita ao longo deste trabalho diz respeito àqueles que consideram o fator biológico como componente central para explicar os comportamentos – ou modos de atuação – vistos como destoantes dos demais.

Entendemos a agitação e a desatenção como fenômenos complexos, multifatoriais, com influências do meio social e cultural, incluindo entre esses componentes os aspectos biológicos (em interação com os demais). Pensando nessa multiplicidade de fatores da agitação e da desatenção, passa-se a considerar a criança de forma mais ampla, o que permite refletir sobre o seu entorno – escola, família, sociedade – em um debate amplo, que expande as possibilidades de planejamento e atuação educacional e social.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Antony, S. M. R., & Ribeiro, J. P. (2008). Compreendendo a hiperatividade: Uma visão da Gestalt-terapia. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 19(3), 215-224. Recuperado de [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_3art02compreendendo.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_3art02compreendendo.pdf)
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Benczik, E. B. P. (2000). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização diagnóstica e terapêutica: Um guia de orientação para profissionais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brown, T. E. (2007). *Transtorno de déficit de atenção: A mente desfocada em crianças e adultos*. Porto Alegre: Artmed.

- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(1), 46-61. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>
- Cambricoli, F. (2014, 11 de agosto). Brasil registra aumento de 775% no consumo de Ritalina em dez anos. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado de <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-registra-aumento-de-775-no-consumo-de-ritalina-em-dez-anos,1541952>
- Caponi, S. (2007). Da herança a localização cerebral: Sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 343-352. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000200008>
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (1996). *Preconceitos no cotidiano escolar: Ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez.
- Condemarín, M., Gorostegui, M. E., & Milicic, N. (2006). *Transtorno do déficit de atenção: Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil.
- Cooper, P., & O'Regan, F. J. (2001). *Educating children with AD/HD: A teacher's manual*. London: Routledge Falmer.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biedermann, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/>
- Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. (2010). *Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. Recuperado de <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>
- Foucault, M. (2006). Aula de 16 de janeiro de 1974. In *O poder psiquiátrico* (pp. 255-298). São Paulo: Martins Fontes.
- Patto, M. H. S. (1996). *A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American*

*Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541055>

Novartis. (2017). *Ritalina LA: Cloridrato de metilfenidato* [bula de remédio]. São Paulo: Novartis Biociências S. A. Recuperado de <https://portal.novartis.com.br/UPLOAD/ImgConteudos/2973.pdf>

Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), 7-11. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>

Santos, L. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: Uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>

Schwarz, A., & Cohen, S. (2013, 31 de março). A.D.H.D. seen in 11% of U.S. children as diagnoses rise. *The New York Times*. Recuperado de [http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?_r=0)

Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 61-76. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>

Timimi, S., & Taylor, E. (2003). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 8-9. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.8>

Vallée, M. (2009). *ADHA: Biological disease or psychosocial disorder? Accounting for the French-American Divergence in Ritalin Consumption*. Recuperado de <http://www.irlle.berkeley.edu/culture/papers/vallee09.pdf>

Velho, G. (2003). O estudo do comportamento desviante: A contribuição da antropologia social. In G. Velho (Org.), *Desvio e divergência: Uma crítica da patologia social* (8a ed., pp. 11-28). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Vygotsky, L. S. (2004). A psicologia e a pedagogia da atenção. In *Psicologia pedagógica* (2a ed., pp. 149-180). São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S. (2008). *A formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes.

Wedge, M. (2012, 6 de março). Why bébé doesn't have ADHD. *HuffPost*. Recuperado de [https://www.huffpost.com/entry/adhd\\_b\\_1310973](https://www.huffpost.com/entry/adhd_b_1310973)

Ximenes, C. M. (2015, 1º de outubro). Brasil é o segundo maior mercado consumidor de Ritalina do mundo. *Ministério da Saúde: Portal da Saúde*. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/801-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/19972-ministerio-da-saude-publica-recomendacoes-sobre-o-uso-abusivo-de-medicamentos-na-infancia>

*Submetido à avaliação em 28 de novembro de 2017; revisado em 16 de outubro de 2018; aceito para publicação em 25 de novembro de 2018.*