

Interregulação, consciência e atenção compartilhadas: Despatologizando o TDAH

Interregulation, shared awareness and attention: Depathologizing ADHD

Jairo Werner Júnior¹; Thales Albuquerque Reynaud Schaefer²

DOI: 10.51207/2179-4057.20240003

Resumo

A prevalência do chamado Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes no mundo é estimada em 5%. Desde classificações iniciais como “Lesão Cerebral Mínima” (1947) e “Disfunção Cerebral Mínima” (1962), até a nomenclatura atual de TDAH (desde 1987), passou-se quase um século na busca pela definição do fundamento biológico e genético do quadro descrito. A despeito do avanço tecnológico, o diagnóstico do TDAH continua sendo exclusivamente clínico. Para Vigotski, o diagnóstico clínico, entretanto, pode significar apenas nomenclatura médica para sintomas, sem atender adequadamente às demandas reais da criança, da família e da escola. A partir da perspectiva histórico-cultural, o objetivo deste trabalho é analisar criticamente o constructo psicopatológico “TDAH”, cuja concepção e critérios diagnósticos são fundamentados unilateralmente no indivíduo. Para tanto, recorreu-se às categorias analíticas interregulação e atenção compartilhada, para avaliar processos afetivos-cognitivos (funções psicológicas superiores) de um aluno encaminhado pela escola com suspeita de TDAH. Alinhadas com estudos anteriores de Werner (1997), as análises indicaram a importância de se deslocar o eixo da avaliação focada no indivíduo para os processos intersubjetivos em ocorrência, e que os sinais de hiperatividade, impulsividade e desatenção não caracterizam transtorno particular ou déficit primário intrínseco. Pode-se concluir que o diagnóstico de TDAH, cada vez mais presente nos laudos encaminhados à escola, ao considerar as funções psicológicas superiores como produto dissociado das relações sociais, contribui para o fenômeno crescente de patologização do comportamento infantil, dificultando o enfrentamento das verdadeiras causas das dificuldades escolares de alunos e alunas.

Unitermos: TDAH. Déficit de Atenção. Hiperatividade. Interregulação. Patologização. Dificuldades Escolares.

Summary

The prevalence of the so-called Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents in the world is estimated at 5%. From early classifications such as “Minimal Brain Damage” (1947) and “Minimal Brain Dysfunction” (1962) to the current nomenclature of ADHD (since 1987), nearly a century has been spent searching for the biological and genetic basis of the described condition. Despite technological advancements, the diagnosis of ADHD remains exclusively clinical. According to Vigotski, clinical diagnosis, however, may only amount to medical terminology for symptoms, without adequately addressing the real needs of the child, family, and school. From a historical-cultural perspective, the aim of this work is to critically analyze the psychopathological construct of “ADHD”, whose conception and diagnostic criteria are unilaterally based on the individual. To do so, analytical categories of interregulation and shared attention were used to evaluate affective-cognitive processes (higher psychological functions) of a student referred by the school with suspected ADHD. In line with Werner’s previous studies (1997), the analyses indicated the importance of shifting the focus of evaluation from the individual to ongoing intersubjective processes, and that signs of hyperactivity, impulsivity, and inattention do not characterize a specific disorder or intrinsic primary deficit. It can be concluded that the diagnosis of ADHD, increasingly present in medical reports sent to schools, while considering higher psychological functions as a product dissociated from social relations, contributes to the growing phenomenon of pathologizing child behavior, making it more challenging to address the true causes of students’ school difficulties.

Keywords: ADHD. Attention Deficit. Hyperactivity. Interregulation. Pathologizing. School Difficulties.

Trabalho realizado no Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho, Niterói, RJ, Brasil.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver.

1. Jairo Werner - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. 2. Thales Albuquerque Reynaud Schaefer - Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho, Niterói, RJ, Brasil.

Introdução

É claro que o grupo de disciplinas que chamamos indiciárias (incluída a medicina) não entra absolutamente nos critérios de cientificidade deduzíveis do paradigma galileano. Trata-se, de fato, de disciplinas eminentemente qualitativas, que têm por objetos casos, situações e documentos individuais, enquanto individuais, e justamente por isso alcançam resultados que têm uma margem ineliminável de causalidade. (Ginzburg, 1989, p. 156)

Áreas como psicologia, psicanálise, neurociências e psiquiatria, por falta de “sólido alicerce na realidade”, são ciências que não obtêm o mesmo estatuto das ciências duras como, por exemplo, a física e a astronomia, sendo consideradas “ciências irônicas”, termo cunhado pelo escritor John Horgan (2002, p. 13) para ciências que não convergem “para a verdade”.

Nesse quadro de incertezas das *ciências irônicas*, se insere o constructo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), cuja história remonta aos anos de 1930. Mesmo assumindo nomes diferentes ao longo das últimas décadas, como Disfunção Cerebral Mínima (Clements & Peters, 1962), o conceito neurobiológico do TDAH se mantém vinculado à concepção mecanicista e organicista, como representado nos principais sistemas classificatórios atuais para transtornos mentais – a quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5, 2013) e a décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2019) – à medida em que associam determinada quantidade de achados sobre o funcionamento mental e comportamental à suposta entidade primária oriunda do organismo do indivíduo.

Georges Politzer (1998), em sua *Crítica aos Fundamentos da Psicologia e da Psicanálise*, publicada em 1928, pondera sobre a descoberta de Freud – ainda que critique sua noção de inconsciente – em direção a uma psicologia concreta, quando analisa os sonhos enquanto *fatos psicológicos*, em contraponto às teorias vigentes, de cunho fisiológico e biológico, em que o sonho aparece como *fato orgânico*, desprovido de sentido:

O sonho aparece então não como formação psíquica regular, um *pensamento*, no sentido próprio da palavra, mas como um fenômeno que, apesar de sua periodicidade regular, representa, quanto à sua estrutura, uma exceção. Em vez de inclinar-se diante da originalidade e da complexidade do sonho e de pesquisar os processos que o explicam, a teoria clássica obstina-se em considerá-lo como derrogação às regras do trabalho psicológico normal, como um fenômeno negativo. (Politzer, 1998, p. 57)

Sob essa mesma visão hegemônica, o funcionamento mental e comportamental em termos de atenção e autorregulação no TDAH também são considerados como mera consequência de um déficit ou distúrbio neurológico funcional da pessoa, fenômenos negativos, desprovidos de qualquer significado enquanto fato psicológico, confirmando a “tendência de se compreender o psíquico à luz da biologia”, ou seja, a redução do psicológico ao fisiológico, também apontada por Vigotski (2023, p. 234).

Vigotski, ao analisar o que chamou *fascismo neuropsicológico* de sua época, critica o erro da “colocação de processos físico-químicos elementares do organismo humano e de funções superiores em uma mesma série”, erro que considera recorrente na forma como a psicologia burguesa rejeita a “natureza social do ser humano” (2023, p. 237). Em oposição a esta visão mecanicista/organicista, “a corrente histórico-cultural concebe o psiquismo humano como uma produção social, resultado da apropriação, por parte dos indivíduos, das produções culturais da sociedade através da mediação dessa mesma sociedade” (Pino, 1991, p. 32). A diferença radical entre este enfoque e o da psicologia tradicional é, de acordo com Luria (1979), que as origens da consciência humana não se buscam nem nas profundidades da alma, nem nos mecanismos cerebrais, mas sim na relação do homem com a realidade, em sua história social, estritamente ligada com o trabalho e a linguagem.

A perspectiva histórico-cultural da psicologia visa estudar o psiquismo humano apreendendo-o não só como imagem do real, mas também como

herança da existência social do ser humano. Para isso, analisa o psiquismo humano levando em consideração suas múltiplas determinações de ordem antropológica, psicológica e sociológica, bem como as múltiplas dimensões políticas, geográficas e históricas nas quais o ser humano está inserido. Significa dizer que esta abordagem teórico-metodológica tem como postulado o fato de que as determinações do desenvolvimento do psiquismo humano se encontram no âmbito da cultura sistematizada historicamente pela atividade humana (Werner et al., 2018).

Em consonância com essa abordagem, Politzer (1998) aponta que o objeto da psicologia científica é o *drama humano*, que não é nada “interior” – o drama, aqui em sua acepção mais abrangente, se desenrola num lugar, como todos os fenômenos da natureza:

Pois o lugar em que eu estou atualmente não é simplesmente o lugar da minha vida fisiológica e da minha vida biológica, é também lugar da minha vida dramática, e, mais ainda, as ações, os crimes, as loucuras têm lugar no espaço, assim como a respiração e as secreções internas. Sob outro aspecto, é verdade também que o espaço só pode conter o arcabouço do drama: o elemento propriamente dramático deixou de ser espacial. Mas tampouco é *interior*, pois nada mais é que a *significação*. Ora, esta não tem e não pode ter assento em lugar: não é interior, nem exterior; ela está além, ou melhor, fora dessas possibilidades, sem que isso comprometa de maneira alguma sua realidade. (Politzer, 1998, p. 187)

Neste sentido, o estudo do funcionamento mental/comportamental de crianças com relatos de problemas de atenção e hiperatividade deve buscar esclarecer sua significação dentro das relações sociais concretas. Parafraseando Politzer, o *comportamento* implica a *autorregulação*, e parece-nos impossível não estudar esta função executiva. É preciso saber, nesse sentido, que não é a autorregulação que interessa ao estudo psicológico concreto, mas a *interação* e a *interregulação*, enquanto esclarecem o drama.

Nova Abordagem

Para Vigotski (1988), uma abordagem radicalmente nova de um problema científico introduz, inevitavelmente, novos métodos de investigação e análise. Assim, ele contextualiza o método como decorrente de dada concepção de mundo, e não como um recurso independente dela.

O elemento-chave do método de investigação e interpretação dos processos psíquicos superiores (pensamento, linguagem, atenção voluntária) provém da distinção estabelecida por Engels, no que se refere à compreensão da história humana, entre as abordagens naturalísticas e dialéticas. Nas abordagens naturalísticas, entende-se que somente as condições naturais determinam o desenvolvimento histórico, ao passo que na abordagem dialética admite-se a influência da natureza sobre o homem, mas identifica-se que “o homem, por sua vez, age sobre a natureza e cria, através das mudanças provocadas por ele na natureza, novas condições naturais para sua existência” (Vigotski, 1988, p. 70).

Nesse sentido, os processos mentais complexos, como consciência e linguagem, são socialmente organizados e transmitidos culturalmente, sendo condicionados, portanto, às mudanças históricas e culturais, que, por sua vez, incidem diferentes formações às estruturas de pensamento e de linguagem.

Além dessas diretrizes, Vigotski estabelece a abordagem interfuncional dos processos psíquicos, que não podem ter seu desenvolvimento estudado de forma isolada. Também é defendida uma “*análise em unidades*”. Vigotski (2007) aponta os equívocos de uma “*análise em elementos*”, que requer princípios associacionistas para a explicação dos processos, e argumenta pela busca de uma unidade que, ao contrário do elemento, conserva as propriedades do todo.

Vinheta satírica da racionalidade das classificações diagnósticas

O texto satírico “Etiologia e o Tratamento da Infância”, publicado em 1987 no livro *Oral Sadism and the Vegetarian Personality*, editado por Genn C. Ellenbogen, ilustra de forma bem-humorada o tipo de racionalidade subjacente ao método utilizado

para estabelecer classificações diagnósticas imprecisas como do TDAH. No quadro abaixo, está reproduzida tradução livre de parte do texto que se refere aos “achados clínicos” de um transtorno chamado “infância” (Quadro 1).

Semelhante ao exposto no texto satírico abaixo, se trocarmos os “sinais clínicos da Infância” pelos critérios diagnósticos do “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” também encontraremos “sinais clínicos persistentes” e não patognomônicos, para se caracterizar uma doença ou caracterizar, por exemplo, a “hiperatividade e impulsividade” de

pessoas com TDAH, a saber: “fala demais”, “dificuldade em aguardar em filas”, “mete-se nas conversas”, “remexe ou batuca as mãos”, “não consegue aguardar a vez de falar”, “sai do seu lugar em sala de aula”.

Há quase um século, Vigotski já considerava diagnósticos clínicos como mera descrição de sintomas ou queixas precedidos de um termo médico, sem atender adequadamente às demandas reais da criança, da família e da escola, como é o caso atual da utilização do termo “transtorno” seguido de um sintoma para designar um determinado quadro psicopatológico, como do TDAH.

Quadro 1

Etiologia e o Tratamento da Infância

Vinheta satírica:

Etiologia e o Tratamento da Infância

Jordan W. Smoller

A infância é uma síndrome que apenas recentemente começou a receber séria atenção dos clínicos. A síndrome em si, contudo, não é recente. Desde o século VIII, o historiador persa Kidnom fez referência a “pequenas e barulhentas criaturas” que bem poderiam ser o que agora chamamos de “crianças”. O tratamento das crianças, entretanto, era desconhecido até o século atual, quando os então chamados “psicólogos infantis” ou “psiquiatras infantis” se tornaram comuns. Apesar dessa história de negligência clínica, tem sido estimado que bem mais da metade dos americanos vivos atualmente já experimentou infância diretamente (Suess, 1983). Na verdade, os números atuais são provavelmente muito maiores, uma vez que estes dados são baseados em autorrelatos que podem estar sujeitos a vieses de expectativa social e distorção retrospectiva.

A aceitação crescente da infância como um fenômeno distinto se reflete na proposta de incluir esta síndrome no próximo DSM - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Os clínicos ainda estão em discordância sobre as características clínicas significativas da infância, mas o proposto para o DSM certamente incluirá as seguintes características principais da infância: Início congênito; Nanismo; Labilidade e imaturidade emocional; Déficits de conhecimento; Anorexia para legumes.

Sinais Clínicos da Infância

Início Congênito: Em uma das poucas revisões de literatura existentes sobre a infância, Temple-Black (1982) observou que a infância está quase sempre presente no nascimento, embora possa passar despercebida por anos ou até mesmo permanecer subclínica indefinidamente. Essa observação levou alguns pesquisadores a especularem sobre uma contribuição biológica para a infância. Como um psicólogo expressou, “em breve poderemos estar em uma posição para distinguir a infância orgânica da infância funcional” (Rogers, 1979).

Nanismo: Este é certamente o marcador clínico mais familiar da infância. É amplamente conhecido que as crianças são fisicamente baixas em relação à população em geral. Na verdade, a sabedoria clínica comum sugere que o tratamento da chamada “criança pequena” (ou “criancinha”) é particularmente difícil. Essas crianças são conhecidas por exibir comportamento infantil e mostrar uma falta surpreendente de noção (Tom e Jerry, 1967).

Labilidade e Imaturidade Emocional: Este aspecto da infância frequentemente é a única base para o diagnóstico clínico. Como resultado, muitos adultos, por outro lado normais, são diagnosticados erroneamente como crianças e precisam enfrentar o estigma social desnecessário de serem rotulados como “crianças” tanto pelos profissionais, como pelos amigos.

Déficits de Conhecimento: Embora muitas crianças tenham QI dentro ou até acima da norma, quase todas manifestarão déficits de conhecimento. Qualquer pessoa que já tenha conhecido uma criança real já experimentou a frustração de tentar discutir qualquer assunto que requeira algum conhecimento geral. Crianças parecem ter pouco conhecimento sobre o mundo em que vivem. Política, arte e ciência - crianças são em grande parte ignorantes sobre tais assuntos. Talvez seja por causa dessa ignorância, mas o fato triste é que a maioria das crianças tem poucos amigos que não sejam, também eles, crianças.

Anorexia para Legumes: Esta última característica identificativa é talvez a mais inesperada. A sabedoria popular é apoiada pela observação empírica - crianças raramente comem vegetais (ver Popeye, 1957, para uma revisão).

Em publicação recente, o próprio responsável pela organização do DSM-IV, Allen Frances (2017), reconheceu o perigo dos sistemas classificatórios de transtornos como o TDAH, Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e outros. Werner (1997, 1999), anteriormente, já havia realizado pesquisa na qual analisava criticamente os critérios diagnósticos do TDAH, centrados exclusivamente no indivíduo – em supostas “falhas” ou “déficits” – sem considerarem os processos relacionais subjacentes aos sinais clínicos ou sintomas.

O presente artigo não pretende, entretanto, inserir-se na racionalidade dualista do orgânico em oposição ao psíquico, e discutir a “existência” ou as hipóteses etiológicas do TDAH, entrando em abstrações sobre origens físicas *ou* psicológicas, mas, a partir do paradigma histórico-cultural, deslocar o eixo da discussão do indivíduo com “sinais” de TDAH para processos intersubjetivos em ocorrência, permitindo refletir mais profundamente sobre aspectos teórico-práticos relacionados ao diagnóstico, prognóstico e orientação da ação terapêutica e educativa.

O caso concreto de um aluno encaminhado pela escola para um serviço de saúde servirá como roteiro-guia, visando abordar aspectos da relação entre saúde e educação, tendo em vista a demanda crescente por laudos e explicações médicas para crianças que apresentam dificuldades escolares de aprendizagem e comportamentos, como no caso do TDAH.

TDAH e os modelos metateóricos hegemônicos

Os paradigmas, modelos metateóricos da ciência, podem ser vistos como metáforas utilizadas para a compreensão dos fenômenos naturais e humanos. Schaff (1987, p. 66) ressalta a importância da reflexão metateórica sobre as concepções que determinam a elaboração das teorias, como forma para se compreender suas relações filosóficas e motivações ideológicas.

O TDAH e as metodologias de avaliação baseadas nos critérios estabelecidos no modelo hegemônico atual encontram-se de acordo com o projeto epistemológico da psiquiatria clínica moderna, que

se vincula aos paradigmas oriundos das ciências naturais: mecanicista e organicista. Por esta razão, o TDAH e outros transtornos mentais e do comportamento são compreendidos ora como mero defeito da máquina (mecanicismo), ora como fragilidade ou imaturidade do organismo (organicismo). Assim, o objeto das avaliações também corresponde a essa visão de homem e de mundo, de saúde e doença, de normal e patológico. No mecanicismo, o objetivo da avaliação é mensurar as habilidades mentais do sujeito e no organicismo objetiva-se a descrição do nível das habilidades mentais. Tanto nas avaliações mecanicistas como nas organicistas, entretanto, o ponto de vista é sempre retrospectivo em relação ao desenvolvimento do examinando, ou seja, só vai até o momento da avaliação, constatando seus déficits, incapacidades, fraquezas e/ou defasagens.

Os princípios mecanicistas no processo epistemológico de conhecimento das doenças, implantando a ênfase classificatória, quantitativa e associacionista encontrada até hoje nos manuais diagnósticos, ampliam a cisão cada vez maior entre o conhecimento das doenças, a diagnose e a terapêutica. Em contraposição a este caminho epistemológico – do objetivismo-abstrato e do subjetivismo-idealista – decorrentes dos paradigmas hegemônicos (Schaff, 1987), Vigotski se insere na perspectiva do modelo histórico-cultural, que considera o ser humano como ser social, da linguagem e da cultura. Pode-se compreender a doença e o sintoma como processo dialético de luta e compensação, no máximo uma gota de enfermidade em um oceano de saúde: “notamos migalhas de defeitos e não captamos as enormes áreas ricas de vida que possuem as crianças que padecem de anormalidades” (Vigotski, 2021, p. 24). Na avaliação, a ênfase será, portanto, no desenvolvimento iminente, numa visão prospectiva e colaborativa, pois o psiquismo humano não pode ser considerado como expressão genuína do indivíduo sem se levar em conta sua determinação sociocultural.

A infância difícil

Visando concretizar a discussão e apresentar alternativas à visão hegemônica mecanicista-organicista

do TDAH, como realizado por Werner (1997, 2000), será apresentado o caso de Vinicius, menino de 8 anos que preenche, de acordo com a avaliação convencional, os critérios para TDAH, associado ao Transtorno Específico de Aprendizagem e ao Transtorno Opositor Desafiante (TOD). A associação entre dois ou mais transtornos é denominada de comorbidade – presença ou agregação de duas ou mais patologias no mesmo indivíduo, que podem estar relacionadas de três modos: compartilhando a mesma causa ou uma sendo a causa da outra, ou, ainda, agindo como fator potencializador uma da outra e vice-versa.

Segundo o DSM-5, a prevalência do TDAH em crianças e adolescentes no mundo é de aproximadamente 5%, embora varie amplamente entre diferentes países. A associação de TDAH com outros transtornos, como no caso do aluno Vinicius, está em consonância com as estatísticas, que indicam que cerca de 60 a 100% dos casos de TDAH apresentam comorbidades, tais como: TEA, transtornos de aprendizagem, transtornos de tique, transtornos de humor (depressivo ou bipolar), transtornos de ansiedade, transtorno de conduta e TOD (Gnanavel et al., 2019).

Independentemente de serem redundantes, tautológicos e privados de características patognômicas, diagnósticos e laudos irão influenciar o imaginário da família, da comunidade escolar e a autoimagem da criança “laudada”. É comum as próprias crianças se descreverem com rótulos bioidentitários, como o caso do menino Vinicius: “eu sou TDAH”, “eu sou TOD”. Mais grave é quando, frequentemente, esse aluno adota narrativas compensatórias como alibi para se “submeter” ao meio social escolar: diante de suas dificuldades e dos rótulos diagnósticos recebidos, se compraz em ser doente, pouco inteligente, burro para aprender, incapaz de se concentrar, sem possibilidade de controlar a hiperatividade-impulsividade – narrativas que acabam, muitas vezes, sendo reforçadas pelos benefícios, possivelmente falsos, materializados: na flexibilização – ou infantilização? – do currículo e das avaliações diante das suas “incapacidades e limitações”, e na necessidade de técnicos mediadores na sala de aula.

Vigotski destaca, em seu trabalho sobre defecologia (Vigotski, 2021), quando diante da dificuldade/deficiência, as “crianças difíceis de educar e de ensinar” desenvolvem mecanismos de compensação que vão exercer efeito negativo sobre o desenvolvimento da personalidade:

Imaginem que uma criança sofra de determinada debilidade. Em certas condições, essa debilidade pode converter-se em força. A criança pode escudar-se nessa debilidade. É débil, ouve mal; isso reduz sua responsabilidade, em comparação às demais crianças, e requer mais cuidados por parte de outras pessoas. A criança, então, começa a cultivar a enfermidade, uma vez que esta lhe dá o direito de exigir que se lhe prestem mais atenção. É como se, por um caminho confluyente, fossem compensadas as dificuldades que experimenta. Os adultos sabem quais vantagens implicam uma enfermidade quando a responsabilidade das crianças é reduzida e, por isso, elas podem reivindicar uma situação excepcional. As crianças se aproveitam especialmente bem disso, quando, devido à enfermidade, mostram-se, prontamente, no centro da atenção de todos os que a cercam. Essa fuga por meio da enfermidade ou esse modo de escudar-se em sua debilidade representa o terceiro tipo de compensação acerca do qual é difícil dizer se é real ou não. É real porque a criança consegue certas vantagens, mas também é fictício porque ela não se livra das dificuldades e, ao contrário, acentua-as ainda mais. (Vigotski, 2021, p. 128)

Vinheta do escolar com Déficit de Atenção e Hiperatividade

O caso do “menino mais estranho da escola”

Vinicius é um menino branco, com 8 anos de idade, residente na região metropolitana do Rio de Janeiro, cursando o segundo ano do Ensino Fundamental. Foi encaminhado pela escola por apresentar, segundo a professora: a) **rendimento escolar insuficiente** – “não é capaz de ler e escrever, não tem atenção, se cansa com facilidade”; b) **alterações comportamentais** – “atrapalha os colegas, não consegue ficar sentado, bate nos colegas”. A mãe

cita também o fato, sem questionar, que em função das dificuldades de relacionamento com os colegas, a escola organizou uma festinha de aniversário para o filho, na tentativa de tentar integrar o “menino mais estranho da escola”. A história médico-social de Vinicius pode ser resumida da seguinte forma: sua gestação, parto e período perinatal transcorreram sem anormalidades, foi criança desejada, o primeiro filho do casal, e nasceu quando a mãe estava com 22 anos e o pai com 32 anos. Atualmente, mãe com 30 anos, do lar, Ensino Fundamental incompleto e o pai, 38 anos, Ensino Médio completo, técnico de informática. Vinicius não tem queixas de atraso no desenvolvimento motor ou na fala, e apresenta vocabulário adequado para a idade. O pai é mais reservado, e a mãe tem temperamento sociável, muito falante. Os pais estão preocupados com o filho, e a mãe muito angustiada, desanimada, gostaria, diante das dificuldades e da incapacidade de aprender a ler do filho, que ele “pelo menos, terminasse o Ensino Fundamental”. Em relação ao início da escolarização, a mãe relata que Vinicius ingressou aos 5 anos no jardim de infância, mas não se adaptou bem às atividades na escolinha. A mãe reconhece que não tinha muita paciência para fazer, com o filho, as tarefas de casa – trabalhos de treinamentos de habilidades, como exercícios de coordenação motora (cobrir linhas, ligar dois pontos etc) e cópia de letras e números. Atualmente, está em uma escola de Ensino Fundamental, particular, no próprio bairro – escola pequena com apenas 8 alunos na sala – mudou para essa escola pois não conseguiu se alfabetizar na escola anterior, onde ficou por dois anos. Segundo a família, Vinicius sempre foi uma criança ativa e com dificuldade de aceitar limites, pois, segundo a mãe, sendo filho único, “domina” os pais. Gosta de jogar videogame e de atividades mais dinâmicas, como correr e jogar bola. A mãe já havia buscado tratamentos médicos, por recomendação da escola anterior, quando foi avaliado e recebeu o diagnóstico de TDAH, sendo prescritos diversos medicamentos, incluindo psicoestimulantes. No momento, Vinicius está sem usar a medicação e a escola atual solicita novo laudo, motivo de a família procurar a avaliação em outro serviço de saúde. Na pediatria, os exames clínico e laboratorial não apresentaram alterações.

A porta giratória da Escola para a Saúde e da Saúde para a Escola: Ao encaminhar o aluno para avaliação na área da saúde, a escola fornece um relatório, e obtém o retorno na forma de laudo médico, geralmente contendo um diagnóstico e orientações, que, embora genéricos, têm o poder de definir o aluno como portador de uma condição psicopatológica que, por sua vez, exige medicamentos e tratamentos especializados.

Importante observar que as queixas de desatenção do aluno Vinicius representam os próprios critérios clínicos para o diagnóstico no TDAH. Ao emergirem basicamente em contexto escolar, os sinais e sintomas vão depender, principalmente, da opinião e da tolerância da equipe docente. Pode-se conferir no Quadro 2, exibido na página seguinte os sinais clínicos do TDAH definidos no DSM-5, que foram marcados pela professora de Vinicius em questionário padronizado (Quadro 2).

Diagnóstico: Constata-se que os sintomas de hiperatividade e de desatenção (destacados em negrito no texto do Quadro 2), por serem critérios mais educacionais do que médicos, em geral não são observáveis durante a consulta médica. Mesmo assim, pelos protocolos convencionais, isso não exclui o diagnóstico clínico de TDAH, como indica trecho de revisão médica sobre o tema:

É importante ressaltar que o diagnóstico não deve ser excluído se a criança permanecer quieta, sem demonstrar sintomas relacionados ao transtorno durante a consulta médica, pois algumas crianças são capazes de controlar os sintomas por um determinado período de tempo. Ademais, o ambiente estruturado da consulta pode facilitar o autocontrole. (Andrade & Vasconcelos, 2018)

Comentário: A criança sendo capaz, entretanto, de apresentar autocontrole em determinados contextos não estaria revelando que o conjunto de sinais e sintomas do TDAH depende, também, do ambiente e da situação social vivenciada para se manifestar? Sendo assim, como poderiam os sintomas, por si só, determinarem incapacidade primária da criança?

Infância Difícil: As dificuldades escolares relacionadas à aprendizagem da leitura e escrita, a

falta de concentração nas atividades e os problemas de comportamento (hiperativo e agressivo), enquadrariam Vinicius no conjunto de características comuns a uma *‘Infância Difícil’*, a saber: “difícil de ensinar em consequência de suas incapacidades; difícil de educar em função de sua conduta; traços de caráter que dificultam o convívio social; insubordinação à disciplina escolar e problemas na formação da personalidade” (Vigotski, 2022, Tomo Cinco, p. 208).

O laudo do aluno Vinicius e as metas minimalistas: A partir das informações da escola e da família (história clínica etc.), em regra é elaborado e enviado para o estabelecimento de ensino um laudo

médico padronizado e geralmente nos seguintes termos (Quadro 3).

A partir desse tipo de informação clínica, centrado nas falhas e dificuldades em relação ao desenvolvimento das funções psíquicas do escolar, estabeleceu-se não só o diagnóstico e suas comorbidades, mas a orientação e o prognóstico sob ótica reducionista e limitadora. Com metas minimalistas e no intuito de “ajudar o aluno”, nessa linha se recomenda a flexibilização do currículo, em termos quantitativos e qualitativos. Assim, nos laudos constam indicações genéricas associadas a medidas paliativas (tempo maior para realização de provas etc.), todas baseadas mais nas faltas e limitações do aluno do que em suas possibilidades.

Quadro 2

Formulário com critérios do DSM-5 para Desatenção

- Muitas vezes, **na escola deixa de prestar atenção** a detalhes ou comete erros por descuido.
- Muitas vezes tem **dificuldade em manter a atenção** em tarefas ou atividades lúdicas.
- Muitas vezes **parece não escutar quando lhe dirigem a palavra** (por exemplo, a mente parece divagar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- Muitas vezes, **não segue instruções** e **não termina tarefas domésticas, escolares** ou no local de trabalho (por exemplo, começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado).
- Muitas vezes, tem **dificuldade para organizar tarefas e atividades** (por exemplo, dificuldade no gerenciamento de tarefas sequenciais, dificuldade em manter os materiais e os pertences em ordem, é desorganizado no trabalho, tem má administração do tempo, não cumpre prazos).
- Muitas vezes, **evita, não gosta**, ou está relutante em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (por exemplo, **trabalhos escolares ou trabalhos de casa** ou para os adolescentes mais velhos e adultos: elaboração de relatórios, preenchimento de formulários etc.).
- Muitas vezes, **perde coisas necessárias para tarefas** ou atividades (por exemplo, **materiais escolares, lápis, livros**, ferramentas, carteiras, chaves, documentos, óculos, telefones móveis).
- É **fácilmente distraído** por estímulos externos.
- É muitas vezes **esquecido** em atividades diárias (por exemplo, **fazer tarefas escolares**, adolescentes e adultos mais velhos: retornar chamadas, pagar contas, manter compromissos).

Quadro 3

Resumo de laudo médico (exemplo)

O aluno apresenta conjunto de **falhas e dificuldades**, consideradas disfunções cognitivas, nas seguintes áreas: **memória global e de trabalho**; **leitura** (lenta com dificuldade de interpretação de textos); **escrita** (trocas, supressões e omissões de letras, não segue regras gramaticais); **funções executivas** (limitações de iniciativa, planejamento e organização). Verifica-se, ainda, a presença de **sinais de desatenção, desrespeito à autoridade** da professora, **descontrole emocional** (perde a calma, raivoso). De acordo com os critérios diagnósticos do manual utilizado para auxiliar na “condução da avaliação clínica, formulação de caso e planejamento terapêutico” (DSM-5), Vinicius apresenta os seguintes diagnósticos: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, associado a Transtorno Específico de Aprendizagem (dislexia, disgrafia e disortografia), Transtorno Opositor Desafiante e imaturidade emocional. Recomenda-se diminuição das tarefas escolares, avaliações com conteúdo diferenciado, currículo flexibilizado e adaptado totalmente às suas limitações, em relação a quantidade e qualidade.

Necessidade de laudo médico e a Nota Técnica Nº 04 de 2014, do Ministério da Educação: A Nota Técnica considera desnecessário a criança ser “laudada” para obter acesso a algum tipo de benefício no âmbito escolar. Não obstante, laudos médicos têm sido cada vez mais exigidos, pelas escolas e até mesmo pela Justiça, ainda que contrariando a norma do Ministério da Educação – única a respeito do Atendimento Educacional Especializado. Outra consequência do excesso de demanda por laudos e diagnósticos é o prejuízo causado àqueles que, por suas reais deficiências e enfermidades, realmente necessitam de contar com atendimento educacional especializado.

Medicalização: Essa demanda também contribui para aumentar o fenômeno da medicalização das dificuldades escolares e acaba por denegar o direito de o/a aluno/a aprender, pois, ao colocar a culpa pelo fracasso escolar em supostas doenças da aprendizagem, dificulta a compreensão e a superação das verdadeiras causas dos complexos desafios do processo de escolarização. Dessa forma, os laudos isentam o sistema de ensino, a família e o próprio aluno pelo “fracasso escolar”.

A transformação das dificuldades no processo de ensinar e aprender em transtornos são permeados por pressupostos organicistas, que tentam localizar no indivíduo a causa da não aprendizagem, reproduzindo formas de exclusão e silenciamentos, negligenciando a complexidade intrínseca aos processos de escolarização”. (Beltrame et al., 2019)

A seguir, será apresentado outro modelo de avaliação, que não se centra no indivíduo e suas incapacidades, mas na relação intersubjetiva estabelecida entre avaliador/a e examinando/a, que pode ser o caminho para viabilizar a realização conjunta de tarefa – irrealizável individualmente – a partir do processo de interação.

Avaliação dos Processos Afetivo-Cognitivos – APAC (Werner, 1999)

Características

1. Mudança do eixo no processo avaliativo: Na perspectiva da Teoria Histórico-Cultural e na

direção de uma abordagem mais concreta na área da saúde, será apresentada, a seguir, metodologia alternativa para se avaliar as funções psíquicas superiores do aluno Vinicius, especialmente aquelas relacionadas ao processo de *atenção compartilhada* e da *interregulação do comportamento*. Para tanto, *desloca-se o eixo da avaliação centrada no indivíduo, para os processos interativos em ocorrência* (Werner, 1999).

2. Tipo de avaliação proposto: A APAC propõe o exame qualitativo das funções psíquicas superiores e tem como objetivo identificar habilidades psíquicas já formadas, e, principalmente, habilidades psíquicas em processo de formação. O recurso metodológico utilizado é o da análise microgenética-indiciária, fundamentada na perspectiva genético-experimental de Vigotski e no paradigma indiciário de Ginzburg.

3. Metodologia e prática: no processo interativo, as relações podem ser diádicas ou poliádicas: adulto-criança(s) ou criança-criança(s). Em termos práticos, a avaliação consiste no registro descritivo da atividade interativa em ocorrência, seleção de episódios elucidativos, transcrição, e análise qualitativa a partir das categorias como interregulação e atenção compartilhada. Assim, ao deslocar o eixo da avaliação diagnóstica centrada no indivíduo para os processos interativos, possibilita identificar melhor processos dinâmico-causais subjacentes aos comportamentos estudados.

4. Tipo de Resultados: Além de considerar as informações relativas à história pessoal, familiar e acadêmica do/a aluno/a, o resultado da APAC se pauta em elaborar síntese voltada mais para o desenvolvimento prospectivo do que para o retrospectivo e fossilizado. O tipo de avaliação proposto, ao buscar a identificação de funções psíquicas já formadas, e, principalmente, das funções psíquicas em processo de formação, possibilita integrar, na mesma linha conceitual, diagnóstico, orientação, nível de assistência e prognóstico. No caso do aluno Vinicius, por exemplo, que foi encaminhado com a queixa central de “déficit de atenção”, a avaliação pode ajudar tanto a identificar fatores que contribuem para suas dificuldades,

como, ao mesmo tempo, ajudar a definir o tipo de orientação e a qualidade de assistência necessária, a partir do diálogo entre a saúde, escola e família. Outro aspecto a ser destacado é que a avaliação, por ter natureza pedológica, possibilita articulação interdisciplinar – desde a consideração sobre o tratamento medicamentoso até o método de alfabetização mais adequado.

5. Pesquisa: A forma de avaliação dos processos afetivo-cognitivos utilizada aqui é oriunda de pesquisa de doutorado na UNICAMP de Werner (1997), realizada em ambulatório universitário de Psiquiatria Infantil, com 154 pacientes, entre 8 e 13 anos de idade, dos quais 8 crianças foram triadas e selecionadas para Transtornos Hiper-cinéticos (atual TDAH), a partir dos critérios convencionais mais restritivos da CID-10 (Critérios Diagnósticos para Pesquisa da CID-10, OMS). A análise microgenética-indiciária dos modos de ação desses pacientes, em contextos intersubjetivos, evidenciou como o *outro* tem um papel crucial no que se refere à emergência, ou não, das manifestações comportamentais que compõem o quadro clínico em questão. Ao se deslocar o eixo da avaliação diagnóstica do indivíduo para as relações interspíquicas, os sintomas de *desatenção, impulsividade e hiperatividade* revelaram que os processos subjacentes às habilidades de atenção e de autorregulação eram diferenciados em função do tipo de interação estabelecida com o avaliador. A atenção voluntária, real ou em formação (iminente), depende da interregulação estabelecida com e pelo avaliador, e pelo significado da atividade em ocorrência. Portanto, os resultados indicam que a presença ou ausência dos sinais de TDAH dependem da existência de habilidades já desenvolvidas ou em formação e, principalmente, do tipo de interação estabelecida entre a criança e o avaliador ou par. Isso significa que os sinais referentes ao TDAH resultavam de trocas dialógicas e das ações partilhadas inerentes aos processos intersubjetivos. A conclusão foi de que as habilidades comportamentais e funções cognitivas podem ser impedidas, promovidas ou desencadeadas por determinadas peculiaridades da interação social.

6. Zona de Desenvolvimento Iminente: Na metodologia de avaliação proposta, o avaliador não se coloca passivo ou imparcial, como se houvesse uma possível neutralidade diante do examinando, mas, ao contrário, assume conscientemente e desempenha papel de colaboração, mediação e orientação, não só para definir o nível atual de suas funções psíquicas, mas, principalmente, identificar habilidades mentais em vias de formação – para o que Vigotski usa a expressão *zona de desenvolvimento iminente*:

A criança tornar-se-á capaz de realizar de forma independente, amanhã, aquilo que, hoje, ela sabe fazer com a colaboração e a orientação. Isso significa que, quando verificamos as possibilidades da criança ao longo de um trabalho em colaboração, determinamos com isso também o campo das funções intelectuais em amadurecimento; as funções que estão em estágio iminente de desenvolvimento devem dar frutos e, conseqüentemente, transferirem-se para o nível de desenvolvimento mental real da criança. (Vigotski, trad. Prestes & Tunes 2012, p. 206)

7. Análise de processos: Em função do objetivo da avaliação e análise dos processos afetivo-cognitivos, a metodologia encontra-se na perspectiva dos princípios privilegiados por Vigotski:

Podemos resumir [...] três momentos decisivos que subjazem a essa análise: análise do processo e não do objeto, que revela o efetivo vínculo dinâmico-causal e sua relação em jogo de indicações externas que desintegram o processo; portanto, uma análise explicativa e não descritiva; e, finalmente, a análise genética que retorna ao seu ponto de partida e restaura todos os processos de desenvolvimento de uma forma que em seu estado atual é um fóssil psicológico. (Vigotski, 2012, p. 70)

Vigotski (apud Werner, 1999) fundamenta, portanto, em três princípios seu método para se compreender a origem de um comportamento (entendido como processo): *análise dos processos*

e não dos objetos; *explicação capaz de revelar as relações dinâmico-causais* em oposição à descrição das características externas dos comportamentos; e *análise genética*, i.e. histórica, de comportamentos que já sofreram um longo processo de desenvolvimento. A avaliação proposta também utiliza o paradigma indiciário: sinais sutis com valor semiológico (Ginzburg, 1989), para realizar análises do processo interativo examinando/a-avaliador/a.

Relatório da Análise dos Processos Afetivo-Cognitivos – APAC

A seguir será apresentado, como exemplo, a avaliação do aluno Vinicius, encaminhado por sua escola, para o serviço de saúde. A metodologia consiste em: registro filmado (vídeo e áudio) do processo interativo, seleção dos trechos significativos, transcrição e análise qualitativa de pequenos e representativos episódios dos *processos interativos em ocorrência* durante as atividades com o examinando (Werner, 1999).

Registros da APAC de Vinicius

I. Identificação: Vinicius, menino de 8 anos, no segundo ano do Ensino Fundamental.

II. Episódio:

Seleção do episódio: O episódio corresponde a um dos trechos significativos que emergiu da interação avaliador-examinando, sendo recorrente e capaz de possibilitar a análise qualitativa dos processos subjacentes às funções avaliadas.

Participantes: Vinicius e Avaliador (médico residente da psiquiatria infantil).

Local: Sala de atividades de ambulatório de serviço de saúde.

Atividade-guia: O Avaliador propõe a atividade de leitura de uma história do personagem Cebolinha (da revista em quadrinhos “Turma da Mônica”), que faz parte de gibi escolhido previamente por Vinicius.

Objeto da avaliação: Funções cognitivas e executivas de atenção, aprendizagem, habilidade de leitura e autocontrole.

Duração total da avaliação: 60 minutos

Duração do episódio selecionado: 1 minuto e 45 segundos

III. Transcrição do registro audiovisual do episódio selecionado: (turnos 1 a 21)

1. Avaliador – Vou sentar do seu lado, daí eu acompanho.

[Antes do episódio selecionado, o Avaliador já havia conversado com Vinicius, que escolheu o gibi de sua preferência na estante de livros e revistas da sala de atividades do ambulatório.]

2. Vinicius – Isso aqui é G ou C?

3. Avaliador – Isso é um C.

4. Vinicius – “Cebolinha”.

5. Avaliador – Isso. Vamos começar a história aí.

6. Vinicius – “Pró...”

[Vinicius tira o boné, sem deixar de olhar para o gibi.]

7. Vinicius – “...lo-go”. [separando as sílabas.]

8. Avaliador – Prólogo. Sabe o que quer dizer isso?

9. Vinicius – Não.

[Vinicius movimentava a cabeça fazendo que não, enquanto responde. Está olhando para o avaliador.]

10. Avaliador – Antes. Antes. Então vai começar.

11. Vinicius – “O ce-bo-li-nha a-cei-ta u-ma bala. Oba. O-bli-ga-do”. [lê de forma silabada.]

12. Avaliador – Você sabe que o Cebolinha fala errado, né? Você sabia?

[Vinicius faz que sim com a cabeça e continua a leitura.]

13. Vinicius – “Chom-pi, chom-pi, chom-pi”

14. Avaliador – E o que quer dizer esse desenho aqui?

[Avaliador aponta uma figura no gibi.]

15. Vinicius – Ele está comendo.

[Vinicius volta à leitura.]

16. Vinicius – “Chom-pi, chom-pi, chom-pi. En-tão não es-tá sen-tin-do na-da não. Fal-ta um pou-co de a-çú-car. Bo-las mi-nhas...”

17. Avaliador – Não. Você pulou aqui, né? Não pulou? Esse daqui tá do lado.

[Avaliador aponta para o quadrinho que Vinicius deve seguir.]

18. Vinicius – T-cha-u.

19. Avaliador – Sabe o que é isso?

20. Vinicius – Não.

21. Avaliador – Tchau. Tchau se escreve assim.

Aspectos analisados

1. Autorregulação, Atenção Voluntária e

Compartilhada: Na atividade-guia de leitura do gibi do Cebolinha, concretamente, a função psíquica de atenção voluntária associada à função de autorregulação pode ser comprovada no processo de interregulação. Entre o turno 6 e 7, fica bem demonstrado indício de concentração da atenção voluntária: “Vinicius tira o boné, sem deixar de olhar para o gibi”. Vinicius manteve *atenção voluntária* durante praticamente todos os 21 turnos do episódio analisado, permanecendo sentado e interessado na história do gibi. Um único momento de desatenção se revelou no turno 17, quando o avaliador prontamente sinaliza para Vinicius que ele pulou um quadrinho da história, revelando que o avaliador estava compartilhando a atenção com Vinicius na atividade-guia: “Não. Você pulou aqui, né? Não pulou? Esse daqui tá do lado”, e o avaliador aponta para o quadrinho que Vinicius deve seguir, auxiliando-o.

2. Leitura: Nos turnos 2, 6, 7, 11, 13, 15, 16 e 18 é possível verificar que Vinicius manifesta muita dificuldade na leitura, mesmo mantendo a atenção voluntária durante toda a atividade. Sua leitura é silabada e, sem a ajuda do avaliador, não consegue identificar a palavra. Vinicius já manifesta insegurança na leitura e o avaliador o esclarece prontamente; A leitura de sílabas isoladas (silabada) demonstra que Vinicius está sendo alfabetizado com a metodologia de “juntar pedacinhos”. A leitura silabada, sem fluência, dificulta a compreensão do texto, só superada pela ajuda do avaliador nos turnos 3, 5, 8, 10, 12, 14, 17, 19 e 21.

3. Interregulação, Consciência e Inter-

locução: O processo mútuo de interregulação entre o avaliador e Vinicius ficou bem demonstrado durante todo o processo de avaliação. O avaliador se colocou desde o início na posição de colaborador, sentando-se ao lado de Vinicius e anunciando sua intenção de o acompanhar na leitura do gibi (Turno 1: “Vou sentar do seu lado, daí eu acompanho”). Vinicius, por sua vez, procurou ajuda do avaliador logo no Turno 2 (“Isso aqui é G ou C?”), aceitando suas intervenções ao longo da atividade. O avaliador demonstra estar se regulando por Vinicius, e a ele ‘empresta sua estrutura’ (expressão cunhada por Werner ao longo de seu trabalho como psiquiatra), inclusive, sem que Vinicius precise externalizar previamente sua dúvida ou necessidade, como se observa entre os Turnos 6 e 10 (Após leitura silabada de Vinicius, o avaliador intervém espontaneamente: “Prólogo. Sabe o que quer dizer isso?”, ao que Vinicius responde “Não”, olhando para o avaliador). Portanto, o avaliador atua não simplesmente respondendo, mas percebendo as necessidades de Vinicius ao longo da atividade-guia compartilhada. A consciência e a atenção compartilhadas pelo avaliador na interação com Vinicius permitem que se estabeleça o tipo de interregulação necessário para Vinicius se autorregular e seguir realizando a atividade, apropriando-se de novas funções mentais. O avaliador, concretamente, fez intervenções em 10 dos 21 turnos do episódio, indicando o nível de assistência demandado por Vinicius para esse tipo de atividade.

Diagnóstico, Orientação e Prognóstico

4. Diagnóstico: Vinicius apresentou as funções de atenção voluntária, autorregulação e interação social, que se manifestaram concretamente na atividade-guia de avaliação, contrastando com o relatório e as queixas da escola. Para tanto, foi fundamental a participação do avaliador, mediando todo o processo com perguntas, apontando para o quadrinho, respondendo e explicando o significado das palavras difíceis. Analisando o processo interativo, também fica evidenciado que o afeto positivo de confiança entre os atores nos papéis de

examinando e avaliador foi estabelecida sutilmente, desde quando o avaliador possibilitou a escolha do gibi e sentou-se ao lado do examinando – não em frente, como usualmente ocorre nas avaliações –, comunicando a intenção de cooperação, e não de cobrança. As habilidades psíquicas de Vinicius podem estar na *zona de desenvolvimento iminente*, ou seja, só se concretizam em colaboração adequada. Portanto, o avaliador, no processo de intersubjetividade, estabelece com Vinicius uma zona de desenvolvimento iminente de novas habilidades e funções mentais.

Em relação à habilidade de leitura, confirmou-se a defasagem na fluência e na compreensão da leitura, o que poderiam ser considerados sintomas de dislexia, e Vinicius receberia o diagnóstico de um Transtorno Específico de Aprendizagem. É importante ressaltar, entretanto, que o sintoma “dislexia” não pode ser desvinculado do método de ensino utilizado. No caso, a alfabetização de Vinicius tem sido pelo método silábico, no qual o aluno precisa combinar elementos isolados da língua como letras, sons e sílabas, o que pode justificar as dificuldades para compreensão do significado da palavra e gerar, secundariamente, insegurança, autoestima baixa e ansiedade.

A dificuldade de leitura apresentada por Vinicius seria suficiente para desencadear, no espaço escolar cotidiano: desatenção, desinteresse pela aprendizagem, atitudes de reatividade e indisciplina. Na avaliação, ao contrário, observou-se que mesmo em atividade do tipo escolar (leitura), o suporte adequado proporcionou a situação social necessária para Vinicius se manter interessado na atividade.

5. Orientação quanto ao nível de assistência:

A partir da identificação de alguns dos processos subjacentes aos sinais e sintomas relatados, a orientação visa contribuir para construção de outra narrativa sobre as capacidades cognitivas de Vinicius, possibilitando indicar o nível e o tipo de interregulação e assistência necessárias para que ele constitua e expresse suas novas habilidades. A avaliação mostrou, nesse sentido, que um dos fatores importantes na interregulação foi a mediação concretizada, por exemplo, no fato de que

50% dos turnos analisados foram de participação interativa do avaliador. Neste sentido, as habilidades de Vinicius inerentes à transição têm possibilidade de se tornarem reais e autônomas. Para tanto, fica demonstrado que Vinicius precisa ter acesso ao tipo de colaboração semelhante à recebida durante a avaliação e ao modo de significação das atividades, sendo importante observar a postura do avaliador desde a escolha cooperativa do material utilizado nas atividades realizadas.

Considerando que Vinicius está na faixa da idade escolar, quando, segundo Vigotski (2006), ocorre a “crise dos 7 anos” – na qual a criança passa a perceber a separação da vida interior e exterior, interferindo em sua autoavaliação –, ele estaria vivenciando de forma mais consciente seu fracasso na escola, internalizando um estigma quando fala “eu sou TDAH”. O papel dos adultos, professores, terapeutas e familiares precisa ser, antes de tudo, o de atuar no plano simbólico da consciência partilhada com Vinicius. A exemplo do que ocorreu na relação com o avaliador, é importante trabalhar, desde a avaliação, o processo de desconstrução da narrativa de que o/a aluno/a, por apresentar, supostamente, um déficit neurocomportamental, é incapaz de se concentrar, aprender e se autocontrolar.

Para ampliar em Vinicius a consciência de autoconfiança cognitiva, recomenda-se, ainda, a utilização de metodologia mais adequada de ensino da leitura e escrita, fundamentada, preferencialmente, na “estrutura fonemática das palavras”, ou seja, do som dentro da unidade da palavra significativa” (Luria, 1979), como também é indicado por Marinho (1987) no Método Natural de leitura e escrita, com o objetivo de se garantir a integridade semântica das palavras, frases e histórias, pois partem da unidade da palavra, e não de elementos isolados e mecânicos.

6. Prognóstico: Conforme Góes (1997, p. 91), a “análise do desenvolvimento baseada nas ocorrências intersubjetivas e dialógicas que conduzem à internalização das ações” propicia “a compreensão da emergência e consolidação de conhecimentos e de comportamentos”. Neste sentido, as habilidades psíquicas de Vinicius que se

encontram em processo de formação se localizam na *zona de desenvolvimento iminente*, ou seja, emergem na interação e colaboração com o outro. Pode-se, portanto, a partir dos sinais observados e analisados, firmar o prognóstico de que Vinícius certamente irá alcançar as habilidades de atenção voluntária e autorregulação, caso seja mantida a mesma forma de interregulação vivenciada durante a interação em ocorrência analisada.

Reflexão final

Este artigo aponta concretamente para a compreensão de que as funções mentais em processo de formação podem ou não se manifestar em função da interregulação estabelecida nas relações sociais. Os/as alunos/as encaminhados/as pela escola com relatos de “déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade”, como no caso apresentado e em conformidade com estudos anteriores (Werner, 1997), poderiam, no processo avaliativo, *não manifestar esses sinais na situação intersubjetiva vivenciada*, em função do significado da ação partilhada pelos atores e pela presença de efetiva colaboração oferecida pelo avaliador no processo interativo – possibilitando a emergência de funções psicológicas que ainda não haviam se configurado de forma independente.

Por outro lado, quando os *sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade se manifestam*, há necessidade de se reconhecer os mecanismos subjacentes e os significados desses sinais na relação. Podem ser indícios de dificuldade de interregulação, forma aprendida utilizada pela criança para regular o outro, ou, mais especificamente, forma de comunicação – uma “quase-linguagem” – em busca da ajuda e colaboração. As funções psíquicas e suas manifestações externalizadas não devem, portanto, ser tomadas de forma isolada e dissociadas da relação social, da qual fazem parte e pelas quais são constituídas.

Agradecimentos

Os autores agradecem as professoras Anna Maria Lunardi Padilha e Maria Cristina Milanez Werner pela colaboração na revisão e leitura crítica deste texto.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.
- Andrade, P. F. S. M., & Vasconcelos, M. M. (2018). Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. *Residência Pediátrica*, 8(Supl.1), 64-71. DOI: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-11.
- Beltrame, R. L., Gesser, M., & Souza, S. V. (2019). Diálogos Sobre Medicalização da Infância e Educação: Uma Revisão de Literatura. *Psicologia em Estudo*, 24, e42566. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42566>
- Brasil. Ministério da Educação. (2014). Nota Técnica Nº 04/2014. *Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Departamento de Políticas de Educação Especial*. MEC. <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-continuada-alfabetizacao-diversidade-e-inclusao/legislacao>
- Clements, S. D., & Peters, J. E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185-197. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710210001001>
- Ellenbogen, G. C. (1987). *Oral Sadism and the Vegetarian Personality: Readings from the Journal of Polymorphous Perversity*. Ballantine Books.
- Frances, A. (2017). *Voltando ao Normal: Como o Excesso de Diagnósticos e a Medicalização da Vida Estão Acabando com a Nossa Sanidade e o que Pode Ser Feito para Retormarmos o Controle* (H. M. Corrêa, Trad., 1ª ed.). Versal Editores.
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Ginzburg, C. (1989). *Mitos, Emblemas, Sinais: Morfologia e História* (F. Carotti, Trad.). Companhia das Letras.
- Góes, M. C. R. (1997). Construção de conhecimentos e o conceito de zona de desenvolvimento proximal. In *Anais do Encontro sobre Teoria e Pesquisa em Ensino de Ciência*. Linguagem, Cultura e Cognição. Anais.
- Horgan, J. (2002). *A Mente Desconhecida: Por que a Ciência Não Consegue Replicar, Mediar e Explicar o Cérebro Humano*. Companhia das Letras.
- Luria, A. R. (1979). *Conciencia y Lenguaje*. (M. Shuare, Trad.; E. D. Jomskaia, Sup.) (1ª ed.). Pablo del Rio.
- Marinho, H. (1987). *Vida, Educação, Leitura: Método Natural de Alfabetização*. Livraria Francisco Alves Editora.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-11* (11ª ed.). <https://icd.who.int/en>
- Pino, A. (1991). A mediação semiótica em Vigotski e seu papel na construção do psiquismo humano. *Cadernos CEDES*, 24, 32-43.
- Politzer, G. (1998). *Crítica aos Fundamentos da Psicologia – a psicologia e a psicanálise*. (M. Marcionilo, & Y. M. T. da Silva, Trans.). UNIMEP.

- Prestes, Z., & Tunes, E. (Orgs.). (2018). *7 Aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da pedagogia*. E-papers.
- Schaff, A. (1987). *História e verdade*. Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (1987). *Pensamento e linguagem*. Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (1988). *A formação social da mente*. Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2006). La crisis de los siete años. In L. S. Vigotski (Org.), *Obras escogidas, Tomo IV* (pp. 377-386). Visor y A. Machado Libros.
- Vigotski, L. (2007) *Pensamiento y habla*. Colihue Clásica.
- Vigotski, L. S. (2012). *Obras escogidas III: Problemas del desarrollo de la psique* (L. Kuper, Trad.). Machado.
- Vigotski, L. S. (2013) El significado histórico de la crisis de la Psicología. In *Obra Escogidas I*. (M. J., Bravo. Trad.). Pablo Del Rio.
- Vigotski, L. S. (2021). *Problemas da defectologia* (Z. Prestes, & E. Tunes, Trads.). Expressão popular.
- Vigotski, L. S. (2022). *Obras Completas - Tomo Cinco: Fundamentos de Defectologia*. Tradução do Programa de Ações Relativas às Pessoas com Necessidades Especiais (G. A. Beatón, Trad., 1ª ed.). EDUNIOESTE.
- Vigotski, L. S. (2023). *Psicologia, desenvolvimento humano e marxismo* (P. Marques, Trad.; G. Toassa, & P. Marques, Orgs.). Hogrefe.
- Werner Junior, J. (1997). *Transtornos Hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o diagnóstico*. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas].
- Werner Junior, J. (1999). Análise Microgenética: Contribuição dos Trabalhos de Vigotski para o Diagnóstico em Psiquiatria Infantil. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 11(2), 157-171.
- Werner Junior, J. (2000). A medicalização do fracasso escolar: Ainda uma questão? *Caderno do Fórum Permanente de Educação e Saúde*, 1, 48-50.
- Werner Junior, J., Schaefer, T. A. R., & Rodrigues, C. A. (2018) *Projeto de Pesquisa SaúdeAntar: Dimensões da Saúde Mental no Isolamento Antártico*. Aprovado na Chamada Pública CNPq/MCTIC/CAPES/FNDCT Nº 21/2018 - PROANTAR.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.

Correspondência

Jairo Werner

Avenida das Américas 3301, bloco I, sala 211 - Barra da Tijuca -, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP 22631-003

E-mail: jairowerner100@gmail.com