

**JAIRO WERNER JÚNIOR**

**TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS: contribuições do trabalho de Vygotsky  
para reavaliar o significado do diagnóstico**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina, área de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Medicina, na área de Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup>. Lídia Straus, UNICAMP

CAMPINAS, UNICAMP  
1997



UN. ALE.	BC
N.º CATEGORIA:	
V.	
TOMBO B.	32566
PROC.	29598
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO:	R\$ 11,00
DATA	30/08/1998
N.º CPD.	

CM-00104536-7

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

W495t      Werner Júnior, Jairo  
 Transtornos hipercinéticos : contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico / Jairo Werner Júnior. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador : Lídia Straus  
 Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psiquiatria infantil. 2. Psicologia Infantil. 3. Neuropsicologia. 4. Transtorno de deficit de atenção - hiperatividade. I. Lídia Straus. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**JAIRO WERNER JÚNIOR**

**TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS: contribuições do trabalho de  
Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico**

**CAMPINAS**

**1997**

# **Banca Examinadora da Tese de Doutorado**

---

**Orientador(a): Profa. Dra. Lídia Straus**

---

**Membros:**

---

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

**Data:**

---

**À educadora  
Heloísa Marinho  
*in memória***

**Aos meus pais  
Jairo e Nilda  
Aos meus filhos  
Daniel e Pedro  
*pelo amor incondicional***

**À Katia Alves do Espírito Santo  
*um tributo a amizade***

## **AGRADECIMENTOS**

Aos (im)pacientes do Serviço de Psiquiatria Infantil da UFF, que por sua inquietação contagiante, permitiram-me realizar esta Tese.

À Profª Drª Lidia Straus, psiquiatra infantil, que muito me honrou ao aceitar orientar-me neste trabalho, o que fez com distinção e cordialidade.

À amiga Katia Alves do Espírito Santo, que me foi indispensável na realização deste trabalho, por sua competência teórica, apoio afetivo, solidariedade e desprendimento.

À Profª Drª Maria Cecília Rafael de Góes, pela discussão crítica, dedicação e carinho em conduzir-me nos caminhos da Psicologia histórico-cultural, com o brilho intelectual e a afeição que lhe é peculiar.

Aos pesquisadores do Grupo de Pesquisa “Pensamento e Linguagem” da FE-UNICAMP, especialmente à Profª Drª Ana Luiza Bustamante Smolka e ao Prof Dr Angel Pino Sirgado, que nesses quatro anos atuaram com afeto e maestria na minha zona de desenvolvimento proximal.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Unicamp, pela cordialidade e competência que tomaram possível o meu acesso a um curso de qualidade.

Aos meus ex-residentes de Psiquiatria Infantil da UFF, Drª Lina Napoli, Dr Eduardo Velloso Vianna e Drª Rossana Salles que foram decisivos e incansáveis no trabalho de campo desta pesquisa.

Às minhas alunas de iniciação científica Roberta Sant'Ana Simas e Paula Aydir Ferraz, pela ajuda inestimável na transcrição e discussão do material empírico.

À Dr<sup>a</sup> Ana Cecília Lins Sucupira, pelo conhecimento e permanente interlocução na leitura crítica do texto.

À Prof<sup>a</sup> Anna Maria Lunardi Padilha, pela amizade e interação significativa e significante presente durante todo nesse tempo em Campinas.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Leme Santelli pela contribuição, sensibilidade na leitura detalhista dos textos e sugestões pertinentes.

Aos colegas professores, servidores e alunos da Faculdade de Educação da UERJ e da Faculdade de Medicina da UFF, bem como aos pesquisadores do IPHEM, por me oferecerem espaços de diálogo e aprendizagem.

À Maria del Carmen e demais funcionários do Programa Procad-UERJ-SR-2, pela compreensão e atenção que me foi dispensada.

Ao apoio técnico recebido de Maurício (revisão), Sandra, Maria, Vera, Manuel, Adriana e todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização desta tarefa.

À CAPES-PICD que viabilizou a realização do meu curso em Campinas.

**"Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara".**

José Saramago

# SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>X</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. A RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA E OS MODELOS METATEÓRICOS NA MEDICINA E NA PSIQUIATRIA</b>	
2.1 Introdução.....	6
2.2 A Racionalidade Científica Moderna.....	7
2.3 Os Modelos Metateóricos Mecanicista e Organicista.....	11
2.4 A Questão dos Paradigmas e o Diagnóstico em Psiquiatria.....	18
<b>3. O MODELO E O REFERENCIAL HISTÓRICO-CULTURAL DE LEV VYGOTSKY</b>	
3.1 Introdução.....	37
3.2 A Gênese Social do Funcionamento Psíquico.....	40
3.3 Mediação Semiótica .....	44
3.4 O Papel da Linguagem na Constituição do Sujeito.....	47
3.5 A Questão do Método.....	55
3.6 A Análise Microgenética na Perspectiva Histórico-Cultural.....	58
<b>4. TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	
4.1 Introdução.....	68
4.2 Transtornos Hipercinéticos: Construção e Trajetória do Conceito.....	69
4.3 Transtornos Hipercinéticos: Contexto Macrossocial.....	94
<b>5. METODOLOGIA</b>	
5.1 Introdução.....	99
5.2 Etapa Preliminar: Procedimentos Convencionais de Seleção dos Sujeitos.....	100
5.2.1 A CID-10/TM/Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.....	101
5.2.2 A CID-10/TM/Critérios Diagnósticos para Pesquisa.....	102
5.2.3 Seleção dos Sujeitos do Estudo.....	103
5.2.4 Os Sujeitos Selecionados.....	107
5.3 Etapa Principal: Análise Microgenética.....	128

<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
6.1 Introdução.....	131
6.2 Desatenção.....	132
6.3 Hiperatividade/Impulsividade.....	159
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>189</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>201</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>202</b>
<b>ANEXO 1..</b> Texto original em inglês relativo aos critérios da CID-10-CDP (Pesquisa).....	<b>212</b>
<b>ANEXO 2.</b> Gráficos: Presença de sinais dos Transtornos Hiperkinéticos nos sujeitos.....	<b>215</b>

### **LISTAS DE ILUSTRAÇÕES**

• Quadro 1 - Comparação entre os Métodos: Psicométrico, Clínico (Piagetiano) e Microgenético (Vigotskiano).....	60
• Fig. 1 - Porcentagem de Pacientes com Diagnóstico de TH, segundo os critérios da CID-10- DCDD e da CID-10 - CDP (Pesquisa).....	106
• Quadro 2 - Presença de sinais de desatenção nos sujeitos do estudo.....	126
• Quadro 3 - Presença de sinais de hiperatividade nos sujeitos do estudo.....	127
• Quadro 4 - Presença de sinais de impulsividade nos sujeitos do estudo.....	127

## RESUMO

O presente trabalho pretende contribuir para uma discussão crítica sobre o diagnóstico dos Transtornos Hiperativos (TH), assumindo a importância de explorar possibilidades de uma linha de investigação que se apoiou em um paradigma indiciário e em análises de natureza microgenética, referenciadas na abordagem histórico-cultural de Lev Vygotsky. Em função desse interesse, propõe-se como objetivo do estudo focalizar crianças diagnosticadas como padecentes de TH, de acordo com os critérios classificatórios vigentes, para examinar o significado dos sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade no âmbito das ocorrências do processo intersubjetivo e dialógico em que elas se envolvem.

O grupo de pesquisa foi constituído por oito sujeitos (entre 8 e 13 anos) selecionados a partir de uma clientela de 154 pacientes de um ambulatório universitário de Psiquiatria Infantil. Para tal seleção foram utilizados os critérios fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)/Critérios Diagnósticos para Pesquisa, por serem mais restritivos.

A análise microgenética dos modos de ação desses pacientes, em contextos intersubjetivos, evidencia que o outro joga um papel crucial no que se refere à emergência ou não das manifestações comportamentais que compõem o quadro clínico em questão; razão pela qual desloca-se o eixo da avaliação diagnóstica do indivíduo para as relações interpessoais.

Os resultados indicam que a presença ou ausência dos sinais de TH dependem da existência de habilidades já desenvolvidas ou em formação e, principalmente, do tipo de interação estabelecida entre o sujeito e o examinador ou par. Isso significa que os sinais referentes aos TH resultam de trocas dialógicas e ações partilhadas inerentes aos processos intersubjetivos; isto é, as habilidades comportamentais podem ser promovidas ou desencadeadas por determinadas peculiaridades da interação social.

As análises permitem concluir que os sinais, isoladamente ou em conjunto, não podem caracterizar, *per se*, um transtorno particular ou um déficit primário intrínseco, e que sob o rótulo de TH encontram-se albergadas condições muitas distintas.

A utilização do recurso metodológico da análise microgenética revelou que esta é um instrumento valioso de pesquisa, assim como um instrumento promissor para o campo da Psiquiatria Infantil, pois permite identificar processos dinâmico-causais sutis do comportamento humano e propicia que um mesmo conjunto de critérios integre diagnóstico, prognóstico e tratamento.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade deste século, os Transtornos Hiperkinéticos na infância e adolescência, sob denominação variada, ocupam lugar de destaque na literatura médica e afiguram-se como um novo campo do saber, notadamente por confecção de quadros nosológicos que visam a relacionar, em particular, supostas alterações funcionais do sistema nervoso central - materializadas em sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade - com o baixo rendimento escolar do aluno e/ou problemas de adaptação social de crianças e adolescentes.

A experiência clínica do autor, ao longo de quase vinte anos - junto à Universidade Federal Fluminense, na qualidade de professor da Faculdade de Medicina, responsável pela Disciplina de Neuropsiquiatria Infantil informa que crianças que se enquadrariam no diagnóstico de Transtornos Hiperkinéticos (TH), se obedecidos os critérios propostos pela Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), Organização Mundial de Saúde (OMS), podem não apresentar os mesmos sinais, em situações nas quais o terapeuta (interlocutor), em estreita colaboração com o paciente, atua como mediador na realização de atividades propostas, que, necessariamente, passam por processos de significação que assumem relevância no curso das ações partilhadas.

A busca de explicações para esse fato configura a trajetória do presente trabalho. Inicialmente, procurou-se ultrapassar os limites geralmente impostos pelos aspectos essencialistas das doenças, que têm demarcado o debate teórico em torno dos sistemas nosológicos em Psiquiatria. A questão, portanto, era estabelecer uma reflexão metateórica que possibilitasse a compreensão das grandes matrizes do pensamento científico moderno que autorizam a Medicina, quando confrontada com as dificuldades inerentes à investigação do comportamento humano, a estabelecer o indeterminismo etiológico e a privilegiar a

descrição clínica e diretrizes diagnósticas, pressupondo que esses comportamentos condicionam-se, necessariamente, a mecanismos orgânico-funcionais, ainda que não identificados.

Nesse sentido, os Transtornos Hiperkinéticos são emblemáticos, conforme descritos pela CID-10:

*[Os Transtornos Hiperkinéticos caracterizam-se] por início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado, com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento. É pensamento geral que anormalidades constitucionais desempenham um papel crucial na gênese desses transtornos, mas o conhecimento de uma etiologia específica não existe no momento ( Grifo não original, OMS, 1993, p. 256).*

A Medicina, coerente com os fundamentos da racionalidade científica moderna, assume duas concepções individualistas de homem e de mundo, a mecanicista e a organicista, que estabelecem o tipo de ordem subjacente à organização e ao método das disciplinas científicas, bem como das diferentes esferas da vida e das instituições sociais.

As marcas desses paradigmas naturalistas podem ser identificadas no diagnóstico dos TH, precisamente pelo fato de se reificarem manifestações comportamentais - desatenção, hiperatividade e impulsividade -, como se a constatação empírica desses sinais revelasse, por si só, a existência de um transtorno psíquico, sem necessidade de comprovação.

A Medicina, assim, tematiza o psiquismo humano como expressão genuína do organismo individual, sem levar em conta sua determinação sociocultural. Por outro lado, a Medicina é influenciada por condições sociopolíticas que determinam os rumos da investigação e da prática.

Nessa direção, visando ao exame crítico dessa vinculação socioideológica da Medicina, foi necessário recorrer-se à análise do contexto histórico em que foi tecido o próprio conceito dos TH.

A elaboração do quadro clínico Transtornos Hiper-cinéticos solidifica-se a partir dos anos sessenta, nos Estados Unidos da América, onde grandes parcelas de famílias de classe média passaram a enfrentar uma série de problemas sociais.

Segundo Coles (1987), a emergência desses transtornos como categoria médica surgiu especificamente em resposta a uma demanda social decorrente do fato de a classe média americana estar inconformada com o "inexplicável" fracasso de seus filhos na escola. A classe média, então, passa a aceitar as explicações médicas como causa dos fenômenos comportamentais e de rendimento escolar, nomeadamente, "disfunção cerebral mínima" e "distúrbios de aprendizagem", que apontam as causas como intrínsecas aos indivíduos, no plano do funcionamento do sistema nervoso central.

Nesse cenário, os problemas de comportamento e o baixo rendimento escolar de alunos da classe média assumem visibilidade social, assim como o conceito médico de disfunção neurológica, como etiologia desses problemas, populariza-se e institucionaliza-se rapidamente, graças ao fato, em particular, de a classe média americana ter aceito bem essa explicação clínica para seu filho não ser bom aluno ou apresentar problemas comportamentais.

O fator que mais parece ter contribuído para a aceitação social do referido diagnóstico diz respeito à elaboração de uma categoria clínica que diferia substancialmente das de "retardo mental" ou "privação cultural", reservadas para explicar o baixo rendimento escolar de alunos oriundos das camadas empobrecidas e das minorias étnicas. Assim, os quadros nosológicos relacionando hiperatividade, desatenção e baixo rendimento escolar com disfunção cerebral mínima ofereciam uma explicação plausível para a criança típica de classe média - bem nutrida, com acesso a bens materiais e culturais valorizados e com

inteligência dentro ou acima da média - apresentar problemas de comportamento e de rendimento escolar.

Apesar de o diagnóstico de TH já ter sofrido críticas consistentes, o seu emprego, entretanto, ganha expressão inequívoca, uma vez que corroborado, em 1993, pela OMS, na CID-10.

Em resumo, a construção do quadro nosológico TH encontra-se vinculada a conteúdos ideológicos, assim como traz as marcas teóricas das concepções naturalistas, sedimentadas secularmente pela racionalidade científica moderna, relativamente à determinação biológica da constituição do psiquismo do homem.

Para aprofundar o exame crítico relativamente aos TH, foi necessário recorrer ao referencial histórico-cultural da Psicologia, cujas bases foram assentadas, na década de 20, pelo psicólogo russo Lev Vygosty (1978, 1987, 1988).

O conceito de mediação semiótica, proposto por Vygotsky, coloca em relevo que todas as funções mentais típicas do homem (pensamento, linguagem, percepção, atenção dirigida) ocorrem primeiramente entre pessoas (intersíquicas), para gozarem, então, de expressão interior (intrapíquica). Por essa razão, o estudo dos sinais clínicos que compõem o quadro TH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) não podem ser examinados enquanto manifestações do organismo individual, pois é no curso da ação partilhada entre sujeitos que se podem identificar os processos subjacentes a manifestações comportamentais.

Os oito anos de contato do autor com o referencial teórico assumido nesse trabalho demonstraram que este oferece a possibilidade de uma abordagem explicativa sobre os modos de ação dos sujeitos que se enquadram nos critérios diagnósticos da CID-10 para os TH.

Da constatação empírica de que a auto-regulação do comportamento (ação) dessas crianças encontra-se intimamente ligada a contextos intersíquicos de interação e interlocução, a presente pesquisa propõe-se a deslocar o eixo da avaliação diagnóstica do indivíduo para os processos interpessoais (intersíquicos) em ocorrência elegendo-se a concepção histórico-cultural e seu conceito de mediação semiótica, como constitutiva do sujeito, a base teórica para o levantamento de questões críticas atinentes ao diagnóstico dos TH.

Nesse sentido, o interesse do presente estudo é verificar - a partir de uma análise de natureza microgenética (inscrita na perspectiva histórico-cultural) - em que medida a inter-regulação de ações oferece novos elementos para a compreensão do significado dos sinais de hiperatividade, desatenção e impulsividade que compõem o quadro clínico dos TH, comparativamente aos critérios diagnósticos da CID-10.

O relato do trabalho delineado nesta **introdução** está assim organizado: no **capítulo 2**, são apresentados e discutidos os paradigmas e modelos metateóricos presentes na racionalidade científica moderna, que têm historicamente influenciado a Medicina e fundamentado os diagnósticos na Psiquiatria, buscando-se indicar a viabilidade e utilidade de um paradigma indiciário articulado a uma outra perspectiva metateórica; no **capítulo 3**, é exposto o referencial teórico-metodológico do trabalho, com a discussão das teses conceituais gerais e diretrizes de método do modelo histórico-cultural de Lev Vygostky, dando-se ênfase à caracterização do recurso de análise de natureza microgenética, que orientou a formulação do objetivo e a implementação da pesquisa empírica; no **capítulo 4**, é feita uma revisão bibliográfica sobre a construção e trajetória do conceito de transtorno hipercinético, seguida de uma discussão crítica da fragilidade teórica desse conceito; no **capítulo 5**, aborda-se a metodologia da pesquisa realizada, com a descrição do procedimento de seleção dos sujeitos, das características dos sujeitos selecionados e da abordagem microgenética de construção e análise dos dados; no **capítulo 6**, são analisados e discutidos os resultados, que abrangem a interpretação de dados relativamente às categorias de desatenção, hiperatividade e impulsividade; e, finalmente, no **capítulo 7**, encontra-se a conclusão e as considerações finais.

## **2. A RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA E OS MODELOS METATEÓRICOS NA MEDICINA E NA PSIQUIATRIA**

### **2.1 Introdução**

A racionalidade científica moderna, instituidora da razão médica, tem seu fundamento em duas concepções hegemônicas de homem e de mundo: a mecanicista, cuja metáfora de representação é a máquina, e a organicista, na qual a metáfora básica é o sistema vivo organizado. A partir dessas concepções, é estabelecido o tipo de ordem subjacente à organização e ao método das disciplinas científicas, assim como das diferentes esferas da vida e das instituições sociais.

A Medicina, além de disciplina do natural, é instituidora, legitimadora e organizadora da realidade social, à medida que tematiza a vida e o sofrimento humanos e estabelece categorias como normal e patológico, equilíbrio e desvio.

Tendo em vista que toda concepção de homem e de mundo expressa-se na produção científica e, em particular, na da Medicina, torna-se necessário à sua compreensão proceder a uma reflexão metateórica, com o intuito de ultrapassar os limites dos debates que se situam, exclusivamente, no âmbito das teorias e práticas.

## 2.2. A Racionalidade Científica Moderna

O Renascimento, berço da racionalidade científica moderna, representa a ruptura dos princípios epistêmicos que dominavam o mundo medieval, caracterizados por uma razão teológica, que *unia o saber e o mundo num contínuo unificado, hierarquizado e harmônico de significação e linguagem* (Luz, 1988, p. 27).

A razão então emergente estabelece uma cisão entre as ordens divina, natural e humana. Afiguram-se, assim, em termos epistemológicos, o sujeito e o objeto como entidades separadas, condição precípua da racionalidade científica moderna. Em outras palavras, o antropocentrismo (ordem do sujeito) e a representação objetiva da natureza (ordem do objeto) afiguram-se como novas bases para o homem se relacionar experimental e racionalmente com a natureza, com o intuito de dominá-la.

A separação entre sujeito e objeto, característica da racionalidade moderna, faz-se representar por duas teorias do conhecimento: **racionalismo** (primazia da razão do sujeito sobre o objeto) e **empirismo** (primazia da experiência sensorial advinda do objeto sobre o sujeito).

Descartes (1596-1650), fundador do racionalismo e da filosofia moderna, é o grande intérprete do imaginário científico da época. Em seu livro "O discurso do método", publicado em 1637, define o método científico como a forma correta de conduzir a razão e a busca da verdade.

O racionalismo moderno, herdeiro da metafísica clássica transcendental, assume uma posição cultural e epistemológica que *vê no pensamento, na razão, a fonte principal do conhecimento humano* (Hesse, 1987, p. 60). Para o racionalismo, as idéias são inatas, não procedem da experiência. São uma espécie de patrimônio originário da razão.

Locke (1632-1704), médico inglês, fundador e um dos principais representantes do empirismo, em sua obra "Ensaio sobre o entendimento humano", de 1690, coloca em relevo o papel da experiência externa (sensação) e interna (reflexão). Nessa perspectiva, o conhecimento deriva das idéias, mas estas provêm da experiência; o objeto torna-se, assim, a fonte primária das idéias, o que configura a primazia do objeto, negando qualquer patrimônio *a priori* da razão.

*O empirismo (do grego empeiria, que significa: experiência dos sentidos) considera que o real são fatos ou coisas observáveis e que o conhecimento da realidade se reduz à experiência sensorial que temos dos objetos cujas sensações se associam e formam idéias em nosso cérebro (Chauí, 1989, p. 19).*

Ao contrário dos filósofos racionalistas, que em geral procedem da matemática, a maior parte dos empiristas estão ligados às ciências da natureza, marcadas pelo experimentalismo, o qual, até os dias atuais, tem um papel preponderante na Medicina.

Uma tentativa de mediação entre o racionalismo e empirismo é empreendida por Kant (1724-1804), através do apriorismo.

Segundo Kant (1988), o pensamento contém elementos *a priori*, independentes da experiência. Estes, entretanto, não são completos e perfeitos como no racionalismo, mas formas do conhecimento que recebem o seu conteúdo da experiência. Kant firma, então, uma nova relação entre o sujeito e o objeto no processo de conhecimento. Para ele, o objeto é necessariamente submetido ao sujeito, e o fenômeno é aquilo que de algum modo pode encontrar-se no objeto em si mesmo, mas sempre na sua relação com o sujeito, sendo inseparável da representação do primeiro.

No século XVIII, o iluminismo, nova corrente filosófica, destaca-se por sua tentativa de conciliação das correntes empirista e racionalista. Os filósofos do iluminismo contribuíram para o fortalecimento da racionalidade científica moderna, através da utilização

dos conceitos e técnicas das ciências físicas na tarefa de criar um mundo novo *cujos pilares gêmeos seriam a razão e a observação* (Zeittin, 1973, p. 13).

No século XIX, Comte funda a corrente denominada positivismo. O conhecimento positivo ou científico deve renunciar a toda investigação acerca das essências, sem se ocupar do porquê último das coisas. O processo de construção do conhecimento limita-se, portanto, ao domínio dos fatos observáveis por meio da experiência, daquilo que pode ser verificado; afinal, ao próprio limite da razão. O positivismo faz sobressair uma concepção messiânica da razão científica, postulando a ciência como a nova religião da humanidade, a garantir, infalivelmente, o melhor destino do homem. (Sciacca, 1968).

As premissas básicas do positivismo encontram-se destacadas abaixo (Triviños, 1986, p. 33-41):

- No que se refere à possibilidade do conhecimento: a realidade é identificada àquilo que a experiência sensorial pode captar (noção oriunda do empirismo); assim, estabelece uma separação radical entre fato e valor, em que apenas o primeiro deve ser objeto de atenção da ciência;
- Quanto à natureza da sociedade humana: regida por leis naturais, *invariáveis, independentes da vontade e da ação humanas, tal como a lei da gravidade ou do movimento da terra em torno do sol* (Löwy, 1988, p. 37); assim como pelos seus colorários que se seguem;
- A postulação de identidade ontológica entre as ciências da natureza e as ciências sociais (pois regidas pelas mesmas leis). Pressupõe, assim, a existência de um método científico único, capaz de explicar os fenômenos da natureza e da sociedade;
- As ciências sociais são objetivas e neutras, pois regidas por leis que existem independentemente da ação humana, livres, portanto, dos juízos de valor e das ideologias, como nas ciências naturais.

O positivismo, por um lado, adota o modelo das ciências naturais para as ciências sociais e, por outro, acaba por influenciar as ciências naturais e humanas, em busca de objetividade e neutralidade.

O funcionalismo é uma das vertentes do positivismo, no século XX, exercendo grande influência sobre a Medicina.

Entre os princípios básicos do funcionalismo, destacam-se (Minayo, 1992, p. 46-47):

*As sociedades são totalidades que se constituem como organismos vivos. São compostas por elementos que interagem, inter-relacionam-se e são interdependentes. São sistemas onde cada parte se integra no todo como subsistema, produzindo equilíbrio, estabilidade, e sendo passíveis de ajustes e reajustes.*

*Por isso mesmo cada sociedade tem seus mecanismos de controle para regular as influências eventuais de elementos externos ou internos que ameacem seu equilíbrio. "Desvios" e "disfunções" fazem parte da concepção do sistema que através dos mecanismos próprios de controle tendem a ser absorvidos, produzindo a integração. Esta é a tendência viva do sistema.*

*A integração se consegue pelo consenso através de crenças, valores e normas compartilhados socialmente pelos subsistemas que interagem constantemente e se reforçam mutuamente.*

*A conceituação de progresso, de desenvolvimento e de mudanças é adaptativa. O sistema social tem em si a tendência à conservação e à reprodução, por isso as inovações, invenções e tensões se direcionam para a revitalização do sistema e são absorvidas no seu interior. Como num organismo vivo cuja estrutura permanece e se revigora no movimento funcional, as mudanças sociais não atingem as estruturas, não são revolucionárias. Passam-se ao nível da superestrutura que tem a função de adaptação e de manutenção do 'status quo'.*

O funcionalismo acabou por desenvolver uma argumentação científico-natural: as leis da seleção natural (advindas da Biologia) representam o paradigma para a formulação de "leis naturais" da sociedade, assim como os organismos vivos servem como modelo para os organismos sociais (Löwy, 1988).

Parsons é um dos principais representantes do funcionalismo e de sua aplicação na Medicina. Em 1951, definiu a doença *como um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social* (Nunes, 1989, p. 75).

Em linhas gerais, no que concerne à influência do funcionalismo na produção científica, na prática médica em suas relações com a sociedade, Minayo (1992, p. 49) destaca:

*[A] pouca valorização conceitual do processo saúde/doença e seus determinantes; [O] enfoque pragmático e funcionalista da medicina como se ela fosse uma ciência universal, atemporal e isenta de valores. (...); [A] concepção de saúde/doença como fenômeno apenas biológico individual em que o social entra, compreendido como modo de vida e apenas como variável, ou é desconhecido e omitido; [A] valorização excessiva da tecnologia e da capacidade absoluta da medicina de erradicar as doenças; [A] dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento, adotando-os de forma pragmática (a sociologia e a antropologia consideradas importantes apenas para fazer questionários, produzir informes culturais, ensinar alguns conceitos básicos) (...).*

O positivismo identifica-se com dois modelos metateóricos hegemônicos da racionalidade científica moderna, o mecanicismo e o organicismo, que serão abordados a seguir.

### **2.3 Os Modelos Metateóricos Mecanicista e Organicista**

Os modelos ou paradigmas metateóricos, segundo Overton e Reese (1970), 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 compreenderem suas relações filosóficas e motivações ideológicas.

Os paradigmas metateóricos, em geral, são transferidos de uma determinada área do conhecimento para outras. A Física, por exemplo, através de suas leis mecânicas, serviu de base para a elaboração do modelo mecanicista, e a biologia contribuiu para a construção do modelo organicista. É importante ressaltar, entretanto, que os modelos para se configurarem como tais sofrem um longo processo de elaboração – reflexo de transformações econômicas, sociais e dos interesses dos grupos que detêm ou que lutam pela hegemonia em um dado momento histórico.

O modelo mecanicista reflete as mudanças econômicas e sociais que geram novas relações de classes entre os homens e destes com a natureza. A Física, elaborada nos séculos XVII e XVIII, equipara a natureza à máquina, em um sistema de relações causa e efeito, regido por leis universais. Esse modelo expressa-se nas obras de Galileu, Descartes, Kepler, Newton, entre outros <sup>1</sup>.

O mecanicismo considera que a natureza é matéria constituída por elementos corpusculares que têm uma realidade física, a massa. A mensuração e a quantificação da matéria e de seus movimentos torna-se possível, permitindo que se descubram e expressem, em linguagem matemática, as forças e as leis da natureza. Ao considerar que a natureza - como engenho ou máquina - pode ter seu funcionamento revelado e exposto, através da decomposição e análise de seus elementos ou peças, a proposta do mecanicismo facilita o entendimento da racionalidade científica moderna de explorar e ordenar o mundo.

---

<sup>1</sup> O mecanicismo moderno tem suas raízes no imaginário dos séculos anteriores, onde foi intensa a produção de maquinismos. A partir do século XIV, o relógio, por exemplo, teve grande difusão nas cidades, onde eram colocados grandes carrilhões nas praças e torres das igrejas. A generalização do uso do relógio na renascença introduz uma mudança significativa na representação social do tempo (Luz, 1988, p. 40).

Ao conceber o mundo como máquina, a razão moderna imagina-se também como tal, ou seja, composta a partir de elementos simples e irreduzíveis, que são mecanicamente combinados pela própria razão, como as "idéias" do racionalismo de Descartes.

O modelo mecanicista está representado na história do pensamento filosófico desde a antigüidade, por Demócrito, passando modernamente pelo racionalismo, empirismo e positivismo. Assim, torna-se presente em diferentes campos do saber, *não apenas [como] ideologia científica, mas [como] um programa teórico metodológico e de linguagem, produtivo em termos de conceitos e teorias, além de inventivo em termos de tecnologia* (Luz, 1988, p. 51).

Na Medicina, o modelo mecanicista reina absoluto no século XVII. A esse respeito, a fisiologia de Harvey é um bom exemplo, com suas imagens mecânicas para descrever a circulação do sangue, como bombas, válvulas, canais e foles. A esse respeito Canguilhem (1990, p. 22) destaca que Sydeham, Morgani e Pinel assumem um papel de destaque na formulação de conceitos mecanicistas sobre doenças. Sydeham estabelece o princípio ordenador, racional, das doenças, como se fossem espécies vegetais ou animais; Morgani, ao criar a anatomia patológica, permite a associação de lesões de órgãos definidas com grupos de sintomas estáveis; Pinel, em sua obra "Nosografia filosófica", em 1797, leva a proposta de classificação nosológica a uma perfeição extrema.

*[Toda essa produção] resultou na formulação de uma teoria das relações entre normal e patológico, segundo a qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Semanticamente, o patológico é designado (...) como hiper ou hipo* (Canguilhem, 1990, p. 22).

Comte toma o "Princípio de Broussais" como de alcance universal para os fenômenos biológicos e sociais: a diferença entre o normal e o patológico é, apenas, uma questão de intensidade, ou seja, uma diferença quantitativa, e não qualitativa. Para Broussais

todas as doenças consistem no excesso ou falta de excitação dos diversos tecidos (Canguilhem, 1990).

Descartes, em seu livro "As paixões da alma", formula idéias sobre a psicologia das emoções, que servem para ilustrar o mecanicismo.

*(...) o corpo de um homem vivo difere do de um morto como um relógio, ou outro autômato (isto é, outra máquina que se mova por si mesma), quando está montado e tem em si o princípio corporal dos movimentos para os quais foi instituído, com tudo o que se requer para a sua ação, difere do mesmo relógio, ou outra máquina, quando está quebrado e o princípio do seu movimento pára de agir (Descartes, 1987, p. 78).*

Em termos epistemológicos, o modelo mecanicista pressupõe que, na relação entre sujeito e objeto, este tem a primazia sobre aquele, configurando um modelo empirista. É reservado ao sujeito, portanto, um papel passivo no processo de construção do conhecimento. O produto do conhecimento é o reflexo, a cópia do objeto, cuja gênese decorre da ação mecânica do objeto sobre o sujeito (Schaff, 1987). O mecanicismo determina a construção de teorias, como a reflexologia e o behaviorismo, a partir de um modelo de homem reativo, passivo, robótico.

O modelo organicista representa o homem e os fenômenos através da metáfora do sistema vivo organizado – a atividade é seu princípio básico, ao contrário do mecanicismo, que enfatiza os elementos ou partes do organismo.

Desde a antigüidade grega, o modelo organicista faz-se presente na Medicina, representando a doença de forma dinâmica e totalizante. *A natureza (phisis), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio, qualquer perturbação desse equilíbrio caracteriza a doença (Canguilhem, 1990, p. 20).* O mal, portanto, não se localiza em uma parte ou órgão humano, mas trata-se de uma perturbação do homem como um todo, um sistema organizado.

O organicismo moderno, assim como o mecanicismo, vincula-se às transformações econômicas e sociais relacionadas aos interesses burgueses, no século XVII. Assim, ambos partem de uma visão social comum de mundo e passam a coexistir, apesar das divergências, na racionalidade científica moderna.

Em termos filosóficos, o organicismo moderno tem início quando Leibniz, em 1670, começa a se distanciar da mentalidade cartesiana, substituindo pelo dinamismo o mecanicismo proposto por Descartes para explicar o movimento. O dinamismo de Leibniz expressa-se em sua teoria das mônadas. A essência da substância (mônada) é a atividade, a força e o dinamismo, e não, como no mecanicismo, a partícula elementar estática .

A atividade consiste na transição contínua de um estado para o outro, em uma sucessão incessante onde cada estado é diferente qualitativamente do outro. Tais mudanças processam-se devido às "causas formais" e "causas finais (teleológicas)", e não, como no mecanicismo, para cuja perspectiva as causas externas ("eficientes") são as que determinam mudanças (quantitativas e previsíveis)<sup>2</sup>.

Ao considerar que as mônadas contêm em si mesmas o sentido do seu desenvolvimento (causa teleológica), Leibniz introduz e demarca a questão da individualidade no bojo do modelo organicista.

Kant (século XVIII) contribuiu para reforçar um outro traço constitutivo do organicismo, pois considera que o pensamento do homem se conduz espontânea e ativamente perante a experiência (primazia do sujeito sobre o objeto).

---

<sup>2</sup> Refere-se aqui à teoria da quatro causas de Aristóteles, para explicar o problema do movimento, conforme sintetiza Chauí (1989:p. 8): "haveria, então, uma causa material (a matéria de que um corpo é constituído, como, por exemplo, a madeira que seria a causa material da mesa), a causa formal (a forma que a matéria possui para constituir um corpo determinado, como, por exemplo, a forma da mesa que seria a causa formal da madeira), a causa motriz ou eficiente ( a ação ou operação que faz com que uma matéria passe a ter uma determinada forma, como, por exemplo, quando o marceneiro fabrica a mesa) e, por último, a causa final (o motivo ou a razão pela qual uma determinada matéria passou a ter determinada forma, como, por exemplo, a mesa feita para servir em um altar como um templo). Assim, as diferentes relações entre as quatro causas explicam tudo que existe, o modo como existe e se altera, e o fim ou motivo para o qual existe".

Ainda no século XVIII, Rousseau, através de seu modelo naturalista e biologizante, exprime a tendência organicista, que, no século XIX, encontra no pensamento positivista de Comte expressão relativamente à sociedade, vista como um grande organismo vivo, fruto de uma evolução do inferior para o superior (Luz, 1988, p. 78). O pensamento evolucionista do positivismo de Comte traz as marcas dos trabalhos de Darwin e Spencer, que, em meados do século XIX, estabeleceram, respectivamente, as leis referentes à evolução das espécies e ao desenvolvimento social da humanidade.

Assim, no século XIX, o modelo organicista ganha posição de maior destaque, à medida que a Física, até então o principal modelo para todas as disciplinas, cede lugar à Biologia. A partir daí, o organicismo e o mecanicismo conferem à racionalidade científica moderna os seus traços constitutivos (Luz, 1988, p. 78).

A Psicologia alcança o estatuto de ciência independente no século XIX, época marcada pela passagem da idéia de organismo como sistema mecânico para as novas concepções biológicas evolucionistas. Em consonância com a perspectiva organicista, a corrente funcionalista na Psicologia expressa essa concepção evolucionista para explicar o desenvolvimento psíquico, ou seja, ressalta as funções do psiquismo em função da sua utilidade para a sobrevivência e a adaptação ao meio. O funcionalismo, ao procurar compreender a vida psíquica como conjunto de funções, ações e operações, propõe que todas as manifestações, psíquicas sejam compreendidas a partir da relação com o meio (Yaroshevski, 1983).

No contexto da produção científica da Medicina e da Psicologia, destaca-se a influência do organicismo, como exemplifica a teoria das regulações orgânicas (homeostasia).

*[Para Cannon] O corpo vivo está em estado permanente de equilíbrio controlado, de desequilíbrio que logo que se esboça, é contrariado, de estabilidade mantida contra as influências perturbadoras de origem externa; em resumo, quer dizer que a vida orgânica é uma ordem de funções precárias*

*e ameaçadas, mas constantemente restabelecidas por um sistema de regulações (Canguilhem, 1990, p. 234).*

Outro conceito importante advindo do modelo organicista é o de adaptação (surgido na Biologia do século XIX). Piaget, biólogo de formação, buscou estabelecer a relação entre os conceitos organicistas de regulação e adaptação na Psicologia, enfatizando ser a vida essencialmente auto-regulação.

*As regulações orgânicas aparecem (...) cada vez mais como constituindo as propriedades centrais da vida, resta caracterizar os órgãos centrais dessa regulação. Ora, o ser vivo, sede desses mecanismos, não possui órgãos diferenciados de regulação, a não ser precisamente o sistema nervoso, instrumento aliás das funções cognitivas (e em certa medida o sistema endócrino mas em constante interação com o sistema nervoso). De outro lado, as regulações orgânicas englobam, a título de componente fundamental e de importância crescente, as trocas com o meio, sendo estas objeto de regulagens particulares e progressivas. Mas também aqui não existe órgão especializado para a regulação dessas trocas, a não ser, de novo, o sistema nervoso, ao mesmo tempo enquanto instrumento de informações sobre o meio e origem de transformações ativas que modificam este último (Piaget, 1973, p. 38).*

O mecanismo de auto-regulação traduz-se por um processo constante de equilibração progressiva, *uma passagem contínua de um estado de menor equilíbrio para um estado de equilíbrio superior* (Piaget, 1989, p. 11). Para esse autor, todo organismo vivo procura manter um estado de equilíbrio ou adaptação com o meio externo; no momento em que ocorre alguma modificação no meio ou no interior do próprio organismo, há necessidade de um reajustamento da conduta, em função do desequilíbrio causado por essa mudança.

Em termos epistemológicos, o modelo organicista pressupõe a primazia do sujeito na relação com o objeto. O organismo ativo é a própria fonte das ações voltadas para o conhecimento do mundo. Nessa perspectiva de homem, como um sistema organizado e ativo, o conhecimento do mundo é fruto da interação entre o sujeito do conhecimento e as

coisas em si. O conhecimento é considerado como decorrente dos próprios esforços do sujeito, razão pela qual buscam-se nas estruturas e funcionamento do organismo individual as explicações sobre as formas de o sujeito captar a realidade.

No próximo item será analisada a repercussão desses dois modelos metateóricos (mecanicista e organicista) - constitutivos da racionalidade médica moderna - sobre a Psiquiatria, principalmente, no que se refere à classificação e aos procedimentos diagnósticos adotados.

#### **2.4 A Questão dos Paradigmas e o Diagnóstico em Psiquiatria**

O objetivo deste item é demonstrar como o projeto epistemológico da Psiquiatria clínica moderna vincula-se aos paradigmas da medicina científica, descrevendo, em linhas gerais, marcas dessa inter-relação nas seguintes dimensões: modelo metateórico, concepção de doença, critérios diagnósticos e de classificação dos transtornos mentais.

Pretende-se ainda apontar aspectos críticos que constituem, do ponto de vista adotado neste trabalho, limitações dos paradigmas científicos (e de seus modelos metateóricos: mecanicista e organicista) frente à complexidade do comportamento e do psiquismo humanos.

Analisar criticamente a racionalidade científica subjacente aos modelos que fundamentam os principais sistemas diagnósticos e classificatórios da Psiquiatria, não significa a negação da utilidade desses sistemas, mas evidenciar a crise de paradigma que se configura entre outros aspectos, pela cisão - cada vez maior - entre conhecimento das doenças, diagnose e terapêutica. Nesse sentido, não se ficará apenas na crítica, pois um novo paradigma (indiciário) e um outro modelo metateórico (histórico-cultural) serão apresentados.

Apesar das mudanças na fonte privilegiada do saber médico ao longo da história (a religião, a filosofia, a ciência) e da maior produção de conhecimento sobre certas doenças, um dos pressupostos da presente análise é que não se pode considerar que tais mudanças e produções, por si só, representem evolução ou progresso da razão que governa a Medicina e seus agentes. Além disso, não se pretende hierarquizar os diferentes tipos de “razão” que governaram a vontade de saber do homem, mas apenas verificar, historicamente, a consequência de uma dessas racionalidades (científica) sobre a Medicina e a Psiquiatria. Nesse sentido, o objetivo da utilização de dados históricos não pretende traçar a História da Psiquiatria, e sim cotejá-los com os modelos metateóricos hegemônicos na racionalidade científica moderna.

É possível recuperar duas fontes das concepções mecanicistas e organicistas da Psiquiatria moderna na antiguidade clássica, entre os séculos V e II antes de Cristo, quando floresceram várias escolas médicas. Alcmaeon de Crotona (500 a.C.) considerava o cérebro como uma glândula que segregava pensamento. Assim, além de traçar a direção dos canais visuais e auditivos até o cérebro, ele justificava a percepção inadequada e as doenças a partir da obstrução (mecânica) dos canais e das alterações de secreções do corpo - ou seja, das relações humorais (orgânicas). Empédocles (490-430 a.C.) especialmente contribuiu para lançar as bases das doutrinas organicistas da Fisiologia, ao construir uma teoria na qual os quatro elementos básicos (fogo, terra, água e ar) representam quatro qualidades básicas (calor, secura, umidade e frio). O desequilíbrio dos humores básicos (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra), encontrados em vários órgãos (coração, cérebro, fígado e baço), era a causa básica da doença (Alexander *et al.*, 1980, p.57-58).

Na visão grega, o homem seria um microcosmo, uma parte integrante da natureza, ambos governado pelo mesmo princípio universal - *physis*. Nessa direção, a fisiologia médica hipocrática, visando a utilizar a força da natureza como curativa, operava com quatro conceitos: *dynamis* (potência), *stoikheion* (elemento), *mórtion* (partes orgânicas) e *khymós* (humor). Toda a força vital podia ser vista nos humores básicos. Assim, em consonância com as concepções de Empédocles, Hipócrates (460-377 a.C.) - da famosa escola médica de Kós - considerava que a atividade desses líquidos geraria os fenômenos vitais e a saúde seria

o equilíbrio entre esses elementos (claramente uma visão organicista, na perspectiva vitalista). Daí se origina, por exemplo, o conceito de crase (equilíbrio dos humores) e discrasia (desequilíbrio) - termo ainda hoje usado em hematologia (Castiel, 1996, p. 7).

Já nessa época se esboçava a tendência de classificar as doenças e buscar sua explicação causal. No caso de doenças relacionadas ao campo da Psiquiatria Clínica, por exemplo, Hipócrates não só introduziu termos como **epilepsia, histeria, mania, paranóia**<sup>3</sup>, como explicações causais do tipo:

*(...) a explicação humoral dos males do espírito [no caso, para o estado de alma do deprimido] diz respeito às perturbações dos fluxos, da concentração e da temperatura da bile negra. Mais, ainda, caso as alterações sucedessem no cérebro, ocorreria a epilepsia (Vincent<sup>4</sup> apud Castiel, 1996, p. 8).*

A citação acima ilustra a circularidade histórica de certos conceitos, à medida que a relação que a psiquiatria biológica faz hoje entre neurotransmissores e transtornos mentais encontra-se profundamente enraizada **na racionalidade humoral hipocrática** (Castiel, 1996, p. 8).

Além dessa relação é importante ressaltar que, com os esboços classificatórios de sistematização e o estabelecimento de teorias explicativas para as doenças, começa a mudança no modo de produzir conhecimento sobre as doenças (*epistème*) - que até então se baseava exclusivamente na arte de curar (*téchne*). Essa mudança repercutirá séculos mais tarde, pois é sobre ela que se estabelecerá o conceito da Medicina ocidental como “teorias das doenças”, cada vez mais de Hipócrates, à medida que terá “por objeto a doença (identificação de patologias) e por objetivo o combate e a eliminação das doenças”. A medicina oriental, ao contrário, permanecerá tendo como objeto o sujeito desequilibrado, “doente”, e como objetivo o restabelecimento da saúde (Luz, 1995, p.7).

<sup>3</sup> Paranóia aqui não guarda relação com o conceito atual do termo, mas refere-se a deterioração mental.

<sup>4</sup> Vincent, J.D. 1986. A biologia das paixões. Lisboa, Europa-América.

Antes disso, entretanto, a teoria organicista dos humores de Hipócrates chegará ao mundo medieval através de Galeno (130-201 d.C.), que vai sistematizá-la. A seguir, uma das suas explicações, baseada na teoria dos humores, para problemas físicos e psíquicos:

*Assim, um dos locais onde a bile negra pode se acumular seria na região dos hipocôndrios, devido ao bloqueio do sistema porta - ocorreria a opilação. Do estômago, a atrabilis poderia emanar vapores que afetariam o cérebro, instilando aí pensamentos 'negros', como aqueles relativos à morte (Vincent apud Castiel, p. 8).*

*Ou ainda, além da melancolia, o humor errático poderia provocar 'chiliques', no caso, devido ao espaçamento do sangue (Pinel<sup>5</sup> apud Castiel, 1996, p. 8).*

A partir dos séculos XV/XVI, o cisma entre ciências das doenças (*epistème*) e arte de curar (*téchne*) - fundante da medicina ocidental - vai começar a efetivamente se consolidar no pensamento médico. Também, nessa época, o corpo humano, imaginado como máquina por Leonardo Da Vinci e André Vesálio, antecipa o **mecanicismo**, que será o traço principal da racionalidade científica moderna, presente também nas futuras classificações e explicações das doenças.

Nesse período, Paracelso (1493-1541), ainda não contaminado pelo mecanicismo vindouro, estabelece uma classificação das doenças mentais do tipo globalizante (nesse sentido, organicista): *lunati* (ligado à lua); *insani* (hereditário ou adquirido pouco antes do nascimento), *vesani* (em função do abuso de bebidas e mau uso dos alimentos ou uma classificação), e *melancholici* (decorrente de um vício qualquer de suas naturezas internas). Segundo Foucault (1972), essa classificação apresentava *inegável coerência, onde a ordem das causas articula-se logicamente em sua totalidade: primeiro o mundo exterior, a seguir a hereditariedade e o nascimento, os defeitos da alimentação e finalmente as perturbações internas* (p. 193).

---

<sup>5</sup> Pinel, D.; 1991. A loucura dos chiliques In: Legoff, J (org.). As doenças têm história. Lisboa, Terramar, pp. 137- 145.

O tipo de classificação de Paracelso, entretanto, será recusado pelo pensamento científico moderno - que, ao medrar, exigirá que as doenças tenham formas e manifestações próprias, como se fossem espécies vegetais.

Outra consequência da racionalidade científica sobre a Medicina é a adoção dos princípios mecanicistas no processo epistemológico de conhecimento das doenças, implantando a ênfase classificatória, quantitativista e associacionista encontrada até hoje nos manuais diagnósticos.

O aspecto quantitativo da racionalidade médica – usado para avaliar a intensidade de determinada qualidade patológica – pode ser encontrado na citação de Sauvages (Foucault, 1977, p. 33) referente a uma forma matemática de conhecimento (base do mecanicismo): *conhecer as quantidades e saber medi-las, determinar, por exemplo, a força e a velocidade do pulso, o grau de calor, a intensidade da dor, a violência da tosse e de outros sintomas.*

A Medicina, portanto, ao aceitar o projeto epistemológico mecanicista e objetivista da nova racionalidade, se propõe a *construir um sistema classificatório dos males específicos que podem danificar ou destruir a máquina* (Luz, 1988, p. 85). Busca, então, na Botânica, sua inspiração: a **observação** (sistemática, ordenatória e empírica), e a própria **analogia** da doença com classes, espécies, gêneros.

As exigências da nova racionalidade (a ciência) serão perseguidas, nos séculos XVII/XVIII, pela linguagem das classificações de Platero (“Praxeos tractatus”), Jonstom (“Idée universelle de la Medicine”), Boissier De Sauvages (“Nosologie methodique”, Lineu (“Genera morborum”) e Weickhard (“Der Philosophische Artz”).

Para exemplificar, segue-se uma das mais importantes classificações dessa época, presente na **Nosologie methodique de Boissier des Sauvages**:

*Classe I: Vícios – II: Febres – III: Flegmasias – IV: Espasmos – V: Esfalfamentos – VI: Debilidade – VII: Dores – VIII: Loucuras – IX: Fluxos – Caquexias.*

*Classe VIII. Vesantias ou doenças que perturbam a razão. Ordem I: Alucinações, que perturbam a imaginação. Espécies 'vertigenm, miragem, lapso, inquietação, hipocondria, sonambulismo'. Ordem II: Bizarrias (morositates), que perturbam o apetite. Espécies: apetite depravado, fome canina, sede excessiva, antipatia, nostalgia, terror pânico, satiriase, furor uterino, tarentismo, hidrofobia. Ordem III: Delírios, que perturbam o juízo. Espécies: congestão cerebral, demência, melancolia, demomania e mania. Ordem IV: Loucuras anormais. Espécies: amnésia, insônia. (Foucault, 1972, p.194).*

No “Nascimento da clínica”, Foucault (1977, p.2) demonstra como esse esforço classificatório na Medicina apresenta suas características, nos meados e final do século XVIII, em plena vigência da nova razão médica, da qual nasceu a Clínica.

Da nosologia de Sauvages à nosografia de Pinel, a regra classificatória domina a teoria médica e mesmo sua prática; aparece como a lógica imanente das formas mórbidas, o princípio de sua decifração e a regra semântica de sua definição.

Na **medicina classificatória** (nosográfica), as classificações - apesar de vazias, pois postas de lado assim que propostas - funcionaram como uma imagem (das doenças como espécies) e tornaram possível, historicamente, o **método anátomo-clínico**, que também irá submeter a Psiquiatria nos anos vindouros. Segundo Foucault, (...) *antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies* (1977, p. 2).

O método anátomo-clínico, coerente com a idéia de “espécies mórbidas independentes” herdada ainda do século XVII, conduz o discurso da Medicina cada vez mais para uma ênfase sobre a doença, constituindo uma nova e promissora disciplina - a **Patologia** -, que se converterá, segundo Luz (1988), de um papel secundário, auxiliar da clínica em **Patologia Clínica**, passando a ocupar uma posição de destaque e liderança. Na Psiquiatria essa influência também será definitiva: *a Clínica Psiquiátrica é a aplicação da*

*Psicopatologia* [estudo dos fatos psíquicos mórbidos, segundo o mesmo autor] à terapêutica (...), assim como a clínica médica é a aplicação da patologia ao tratamento das doenças internas (Garcia, 1954, p. 1).

O fato de a ciência passar a ser a deusa-razão da época moderna e considerada a legítima forma de produzir conhecimento (no lugar do misticismo - religioso ou não) teve conseqüências profundas sobre a Medicina: esta, sob a égide da nova racionalidade, ao invés de uma arte de curar indivíduos, tornou-se efetivamente uma disciplina científica das doenças. Consolida-se, portanto, uma cisão entre esses dois aspectos da *praxis* médica (*epistème e téchne*), preparando o campo para que no final do século XIX, venha a se estabelecer a hegemonia da *epistème* sobre a *téchne*, e do diagnóstico sobre a terapêutica.

No século XIX, entretanto, a classificação das doenças psíquicas, era ainda uma caracterização sucinta de sintomas objetivos, associada a uma grande fragmentação de formas nosográficas - que não passavam de simples quadros clínicos.

Destaquem-se especialmente, nesse contexto, B. A. Morel - que esboçou uma classificação das doenças mentais, baseada na sintomatologia, curso, e terminação - e K. Kahlbaum, que estabeleceu quatro grupos de enfermidades: as *vesânicas*, as *vecórdias*, as *disfrenias* e as *parafrenias* (Melo, 1981, p. 8).

No final do século XIX e início do século XX, entretanto, é que o psiquiatra alemão Emil Kraepelin vai inserir definitivamente a Psiquiatria nos cânones da medicina científica, através de uma *sistemática clínica* fundamentada no conceito de **unidades nosológicas**, de limites precisos, a exemplo do que ocorria na patologia médica. Kraepelin inaugura, assim, a Psiquiatria clínica moderna, coerente com o projeto epistemológico da Medicina como uma ciência das doenças.

*O momento no qual a psiquiatria se torna independente como especialidade médica tem lugar quando Kraepelin postula a concepção do transtorno psíquico como uma enfermidade no sentido médico tradicional.* (Alonso-Fernandez, 1972, p. 7).

Kraepelin considerava, em consonância com a sua *doutrina clínica da enfermidade*, que a classificação deveria separar as unidades nosológicas uma das outras para depois reuni-las em grupos distintos, de acordo com a etiologia, a sintomatologia, o curso, a terminação e a anatomia patológica de cada estado mórbido. Em última análise, o desejo era fundir diagnóstico e prognóstico na relação com o processo patológico em si.

A produção de conhecimento em Psiquiatria clínica moderna se fundamenta, dessa forma, em um modelo metateórico mecanicista (classificação objetiva de sintomas) associado a uma concepção de doença como entidade (portanto, ontológica).

Uma das conseqüências conceituais mais importantes desse fato é a localização dos distúrbios mentais no cérebro (em consonância com a Medicina Clínica, na qual o corpo é a sede das doenças em geral), conforme o comentário crítico de Jasper:

*Concebe-se a vida psíquica como idêntica, em seus elementos e conexões, aos elementos e estruturas cerebrais. Representa-se a psique espacialmente. (...) O que levou a esta concepção, além de uma visão baseada na pura ciência natural, foram, sobretudo, as descobertas dos distúrbios afásicos. (1973, p. 636)*

Jasper remete-se especificamente a Wernicke, que no início do século, elegeu a afasia como paradigma para todos os distúrbios psíquicos. Para Jasper essa conceitualização do psiquismo baseado no cérebro independe de achados anatômicos para ter um efeito objetivo-final significativo. Assim, o principal produto dessa concepção não foi a comprovação empírica da doença como um processo cerebral, mas a construção de uma teoria que possibilite pensar a vida psíquica de forma mecânica, a partir da associação de elementos. Dessa forma, segundo Jasper, *podem-se explicar todos os distúrbios pela excitação ou paralisação, as quais se localizarão em certos pontos do cérebro (no momento, ainda ignorados) (1973, p. 638).*

Em relação às teorias psicopatológicas, Garcia (1954, p. 11) chama de **método neurológico** ou **anátomo-clínico** aquele que busca relacionar as perturbações mentais a uma lesão orgânica ou funcional. Nessa vertente Garcia relaciona, entre outros, Kraepelin e Wernicke. Para Kraepelin, entretanto, o **modelo de doença mental** não era a **afasia**, mas a **paralisia geral** (da sífilis) - que, na verdade, assim como a afasia, é uma doença neurológica e não deveria servir de modelo para a compreensão das doenças psiquiátricas.

É importante ressaltar que, apesar das críticas feitas a Kraepelin, no âmbito da própria Psiquiatria é possível encontrar com facilidade os traços básicos de sua concepção nos mais atuais sistemas de classificação diagnóstica, como será comentado adiante.

Ao método kraepeliano, especialmente ao princípio nosológico clínico, foram feitas, na época, várias críticas, principalmente a partir do congresso de Kiel, em 1912. Hoche, por exemplo, contrapôs a idéia de unidades mórbidas psicogênicas à diretriz *sindrômica* - em que quadros sintomáticos e cursos variados podem ocorrer dentro de uma etiologia unitária e vice-versa. Entretanto, foi a Escola de Tübingen (Kretschmer, principalmente) que demoliu os rígidos critérios diagnósticos e prognósticos unitários - introduzindo a disposição individual na estrutura e evolução da enfermidade -, aspectos não considerados por Kraepelin (Melo, 1981).

Configura-se então uma nova orientação em Psicopatologia: o **método genético-constitucional**. Esse método, ao contrário do método mecanicista kraepeliano, traz a marca do **modelo metateórico organicista**, à medida que um dos seus princípios essenciais considera as manifestações patológicas *apenas respostas gerais, com o que o organismo humano reage às mais diversas agressões* (Melo, 1981, p.9, grifo não original).

O método **genético-constitucional** se baseou, principalmente, em duas contribuições surgidas à mesma época (1919-1920): a análise estrutural de K. Birnbaum e o diagnóstico pluridimensional de E. Kretschmer.

Birbaum, coerente com uma visão organicista, coloca no todo do organismo individual (personalidade pré-psicótica) o aspecto central da sua análise estrutural, ainda que não despreze a etiologia. Kretschmer complementa e operacionaliza o método, integrando as seguintes dimensões: a herança específica, o tipo morfológico, o temperamento, outros componentes da personalidade pré-psicótica, a somatologia psíquica, neurológica e interna, as provas complementares<sup>6</sup>.

A amplitude da proposta diagnóstica do método genético-constitucional - considerada por Garcia (1954) a mais moderna e revolucionária orientação em psicopatologia - permite incorporar, inclusive, as contribuições da oriundas de outras orientações psicológicas, como da fenomenologia de Jasper (diagnóstico psicológico compreensivo da personalidade) e da psicanálise de Freud (por exemplo, mecanismos de formação sintomatológica e reacional). Além disso, ultrapassada a crítica ao modelo de Kraepelin - quanto à existência de unidades nosológicas e de etiopatogenia simples e unívoca -, o método genético-constitutivo incorpora muitos dos seus tipos clínicos de enfermidade.

Assim, o método genético-constitucional, de forma articulada e totalizante, permite sintetizar as peculiaridades bioconstituicionais dos indivíduos com uma classificação nosológico-clínica. A diferença é que as doenças não estão mais limitadas ao cérebro do indivíduo, mas ao seu organismo total. A concepção de doença organicista desse modelo é dinâmica (em relação à visão inicial estática mecanicista de Kraepelin) e tende a se aproximar (mesmo de longe) do organicismo de Hipócrates, que considerava a doença como uma reação generalizada com intenção de cura.

Os conceitos psicopatológicos de Kraepelin (mecanicista) e de Kretschmer (organicista) encontram-se, respectivamente relacionados a duas concepções de doença: ontológica e dinâmica.

---

<sup>6</sup> Psicoexperimentais, humorais, hormonais, eletroencefalográficas, metabólicas etc..

Na concepção ontológica, procura-se localizar o mal em alguma parte do corpo para, assim, combater a doença. A concepção ontológica associada à visão mecanicista implica o estabelecimento de uma relação linear de causa e efeito, passível de ser quantificada, medida e prevista. Os fenômenos patológicos são vistos como variações **quantitativas**, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos normais: o patológico é designado a partir do normal, como excesso (**hiper**) ou diminuição (**hipo**).

Já na concepção dinâmica associada a uma visão funcionalista-organicista, a doença é representada como quebra do equilíbrio e da harmonia, numa perspectiva totalizante e não mais localizante. A doença, vista como perturbação do equilíbrio, não está em alguma parte ou peça da máquina humana, mas em todo o homem, sendo inteiramente dele. O patológico difere do normal não em termos quantitativos, mas **qualitativos**, e as circunstâncias são ocasiões, não causas da doença. A doença também pode ser vista, na concepção dinâmica, como um esforço generalizado do organismo para se curar a si próprio, visando à reestruturação da totalidade do organismo e do seu equilíbrio funcional com o meio (Canguilhem, 1992, p.20).

A partir da oscilação permanente entre essas duas representações da doença – ontológica e dinâmica, determinadas historicamente – e dos modelos metateóricos mecanicista e organicista, o pensamento psiquiátrico vai produzindo uma ordenação teórica de novas categorias e conceitos que tem profunda inserção e repercussão social.

Para entender, portanto, a lógica dos atuais sistemas nosológicos é importante identificar as concepções subjacentes aos diferentes métodos psicopatológicos e aos discursos disciplinares da Psiquiatria que formulam e institucionalizam conceitos e categorias como **normalidade e patologia, equilíbrio e desvio**, os quais, como foi demonstrado, têm sua origem no pensamento científico instituído entre os séculos XVII e XIX, mas que continuam em permanente atualização nos hospitais, nos serviços de saúde, nos consultórios, nas escolas, nos lares, ou seja, *numa rede de instituições que funcionam como instâncias reprodutoras dessas categorias e desses conceitos originários do discurso científico disciplinar* (Luz, 1988, p. 7).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Americana de Psiquiatria (APA) refletem, na elaboração e publicação de dois manuais (respectivamente, CID-10<sup>7</sup> e DSM-IV<sup>8</sup>), a influência da racionalidade científica nos atuais sistemas nosográficos (classificação de diagnósticos) e nosológicos (estudo classificatório e sistemático das enfermidades). Apesar de vários questionamentos quanto às reais possibilidades nosológicas desse e de outros manuais do gênero, eles têm sido amplamente utilizados, principalmente, a partir da década de 70, com o desenvolvimento de critérios diagnósticos, conforme a acrítica e entusiástica citação de Williams (1992, p. 151):

*Embora seja difícil imaginar o que seja a prática de diagnóstico sem critérios especificados, este conceito foi introduzido na psiquiatria apenas na década de 70, e nesta ocasião apenas para umas poucas categorias nas classificações de pesquisa. Começando em 1972 com a publicação do que veio a ser conhecido como os critérios de Feighmer<sup>9</sup>, a pesquisa foi grandemente estimulada pela disponibilidade de definições específicas e detalhadas de categorias diagnósticas (...). Os critérios de Feighmer englobavam 16 categorias diagnosticas.*

Os critérios de Feighmer (da Escola de Medicina da Universidade de Washington em St. Louis), foram revisados por e ampliados em 1978 para constituírem o “Research diagnostic criteria” (RDC), englobando vinte e uma categorias. O RDC foi o núcleo para o DSM-III<sup>10</sup> (1978), que inseriu mais de cento e cinquenta categorias de diagnóstico; por sua vez, o DSM-III, sem grandes mudanças, serviu de base para o DSM-III-R<sup>11</sup> (1987), DSM-IV(1994) e para a CID-10 (1993).

<sup>7</sup> CID-10 é a décima versão da “Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde”, sendo a publicação referente a Saúde Mental encontrada na publicação OMS. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Artes Médica, Porto Alegre, 1993.

<sup>8</sup> DSM-IV - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995

<sup>9</sup> Feighmer P. Robins E, Guze SB, et al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry* 26:57-62, 1972.

<sup>10</sup> DSM-III. Refere-se à terceira edição do “Manual estatístico e diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria”.

<sup>11</sup> DSM-III-R - “Manual estatístico e diagnóstico da Academia Americana de Psiquiatria”. 3ª ed. revisada), (1987)

Werner (1992, p. 91-97), identifica no reducionismo desses critérios diagnósticos os traços mecanicista e organicista da racionalidade científica. Para tanto analisa algumas categorias nosográficas do DSM-III-R, como por exemplo, a de retardo mental<sup>12</sup>:

- A. Funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média: Quociente de inteligência (Q.I.) igual ou inferior a 70 num teste de Q.I. administrado individualmente (para bebês, um julgamento clínico do funcionamento intelectual, uma vez que os testes de inteligência disponíveis não produzem valores numéricos para esta faixa etária).*
- B. Déficits ou prejuízos simultâneos no funcionamento adaptativo, ou seja, na efetividade da pessoa em satisfazer os padrões esperados para a sua idade, o seu grupo cultural, nas áreas: habilidades e responsabilidades sociais, comunicação, habilidades da vida cotidiana, independência pessoal e auto-suficiência.*

Para Werner, a concepção mecanicista fica bem evidenciada na escolha de um critério quantitativo, o Quociente de Inteligência (Q.I.), não só para definir o distúrbio, como para classificar o sujeito em graus (leve, moderado, grave e profundo). A classificação, baseada nesses critérios pretensamente “objetivos” (pois numéricos), terá conseqüências sociais importantes sobre o destino e o encaminhamento do indivíduo: chega-se ao ponto de correlacionar o Q.I. com o prognóstico escolar da pessoa avaliada. Um agravante é que o uso do critério de Q.I. tem servido, historicamente, para fazer o diagnóstico de retardo mental, principalmente em crianças das classes socioeconômicas mais baixas que apresentam problemas de escolaridade, legitimando através da autoridade médica uma exclusão social.

A concepção mecanicista também está presente nos critérios diagnósticos, quando o referido manual coloca em evidência a ocorrência de déficit ou prejuízo no **funcionamento adaptativo** do indivíduo frente às exigências sociais para sua idade e seu grupo social, introduzindo a idéia de uma fragilidade do organismo individual frente às exigências do meio. Esse fato explica porque os indivíduos menos dotados intelectualmente ocupam

<sup>12</sup> DSM-III-R. “Manual de diagnóstico e de estatística dos distúrbios mentais”, 3ª ed., revisada. Associação Americana de Psiquiatria, Washington, D.C., 1987. Versão Reduzida, p. 47 e 48.

posições sociais mais baixas na escala social, justificando-se as diferenças sociais a partir das deficiências individuais inatas ou adquiridas pelas carências ambientais.

Os traços mecanicistas e organicistas servem também para mostrar quanto o paradigma científico tem contribuído para reificar o método experimental, determinando a ditadura do empirismo sobre a teoria.

Nesse sentido, Othemer & Othemer (1992, p. 3) sem nenhuma crítica, enfatizam que o esforço classificatório e ordenatório dos manuais representa o retorno ao modelo da psiquiatria descritiva, atórica (como se fosse possível não haver sempre uma teoria e uma metateoria subjacente), proposta por Kraepelin. Para eles, o movimento “neo-kraepeliano” que influenciou o DSM-III-R herdou o objetivo de identificar síndromes clínicas definidas, através da observação, do seguimento e da análise estatística de seus sinais, seu curso e sua ocorrência.

No caso da Psiquiatria Infantil, os critérios de categorização diagnóstica basearam-se em testes padronizados (Q.I. etc.) e em estudos farmacológicos. Quase a metade do comitê responsável pela elaboração do DSM-III-R, na parte destinada à infância, consistiu em pesquisadores que trabalham em psicofarmacologia (Rapoport e Ismond, 1990).

Em interessante artigo sobre os “limites do método experimental”, Sonenreich *et alii*. (1995), além de analisar vários erros do método estatístico e da interpretação de dados “objetivos” em pesquisas de diferentes pesquisadores - inclusive com psicofármacos -, criticam a forma como é decidida a inclusão de determinadas categorias e critérios diagnósticos nos manuais atuais. Relatam que uma comissão de doze membros devia estabelecer de que forma a categoria “depressão endógena/melancolia do DSM-III” deveria ser passada para o DSM-III-R. Após constatarem que não havia pesquisas que apoiassem a classificação existente e dados consistentes para uma nova classificação, decidiram numa votação quais seriam os critérios. O que mais pesou na votação, segundo o levantamento dos autores, foi o custo maior que os falsos negativos trariam (pois, no caso, não se usaria tratamento biológico). Assim, concluem: *proclamam como único valor a pesquisa, o*

*'procedimento diagnóstico', a-teórico, objetivo, descritivo. E decidem pelo cálculo de preço de custo! (p. 40).*

Fora os modismos, a força do mercado, os interesses corporativos políticos e econômicos envolvidos nessas decisões, é importante ressaltar que há uma dificuldade inerente ao próprio paradigma científico, utilizado pelo método experimental, para estudar e classificar os transtornos do psiquismo humano.

Não obstante, os modelos classificatórios enfatizam sua pretensa objetividade (que na verdade não passa de abstração), como se destaca na introdução do DSM-III-R: *a sua mais importante característica é a capacidade de fornecer critérios diagnósticos para ampliar a confiabilidade dos julgamentos diagnósticos (...)[e para simplificar a tarefa do médico] (...) o primeiro passo é determinar a presença ou a ausência de determinada característica clínica e depois, então, usar os critérios fornecidos como guia para o estabelecimento do diagnóstico (1987, p. v).*

Não é de se estranhar que com tanta simplificação para o estabelecimento de um diagnóstico, a Psiquiatria passe a priorizá-lo em detrimento da relação terapêutica, pois o mesmo pode ser cientificamente estabelecido e mecanicamente produzido (estatística e independentemente das individualidades). Já a cura continua sendo arte (*téchne*), sujeita à subjetividade do paciente e do psiquiatra. Como postula Bleuler *a interpretação [diagnóstica] é ciência só em princípio, na aplicação é arte (Jasper, 1973, p. 375).*

Além disso, com o advento, de formas tecnológicas voltadas para o tratamento das doenças (psicofármacos etc.), sem vinculação com a natureza dos procedimentos diagnósticos ou com a relação terapêutica, ocorre uma cisão na própria *téchne*, ou seja, entre tecnologias “frias” e a relação terapeuta-paciente.

Essa dupla dicotomia, pode ser observada no atendimento a pacientes com sintomas relacionados a depressão: primeiro, busca-se classificá-los em uma categoria diagnóstica; depois, prescreve-se psicofármacos (antidepressivo), em geral, acompanhado da

recomendação de psicoterapia. Configura-se, desse modo, a cisão entre diagnóstico e tratamento, e, entre recurso biológico e relação terapêutica, pois, ainda que as três tarefas (o diagnóstico, a prescrição de medicamentos e a psicoterapia) sejam realizadas pelo mesmo profissional, não há um critério que permita integrar esses três procedimentos - ao invés de simplesmente justapô-los.

Chega-se à conclusão da necessidade de um outro paradigma (para além do mecanicismo e do organicismo científico), que possibilite superar as cisões e contradições existentes na prática clínica. Até os recursos tecnológicos poderão ser melhor aproveitados caso se tenha um paradigma que seja capaz de relacionar, por exemplo, o significado de um determinado comportamento (na sua complexidade e subjetividade) com dados biológicos.

A esse respeito, Ginsburg (1989, p. 156), considera em um sentido amplo, que o paradigma para a Medicina não deve (e não pode) ser o mesmo das “ciências naturais”:

*ora é claro que o grupo de disciplinas que chamamos de 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 têm uma margem ineliminável de causalidade (...).*

Mas se o paradigma científico galileano é inviável para a Medicina - mais ainda no que se refere à Psiquiatria, já que nele é inviável o que se configura como individual.

Ginsburg, então, contrapõe ao paradigma das ciências naturais o paradigma semiótico ou indiciário - que consiste exatamente na utilização de métodos semióticos como pista, indícios (aparentemente insignificantes) para se conhecer uma realidade mais profunda. Cita como exemplo: os sintomas (chistes, atos falhos), no caso da psicanálise; os indícios, no caso de Sherlock Holmes; e, no caso de Morelli, os signos pictóricos. Em relação ao método de Morelli, o próprio Ginsburg (1989, p. 144) explica:

*Vejamos (...) em que consiste esse método. (...) [No caso das obras de arte] é indispensável poder distinguir os originais das cópias. Para tanto (...) é preciso não se basear, como normalmente se faz, em características mais vistosas (...). Pelo contrário, é necessário examinar os pormenores mais negligenciáveis, e menos influenciados pelas características da escola a que o pintor pertencia: os lóbulos das orelhas, as unhas, as formas dos dedos das mãos e dos pés.*

Freud, também se refere a proposição de Morelli como um *método interpretativo centrado sobre os resíduos, sobre os dados marginais, considerados reveladores* (ibid., p. 149).

Segundo Ginsburg, o paradigma ou modelo epistemológico indiciário emergiu silenciosamente no final do século XIX no seio das ciências humanas e, apesar de ainda não ter recebido a atenção merecida, pode se constituir numa opção entre o racionalismo e o irracionalismo, estabelecendo um outro caminho para a própria ciência.

Apesar de ter surgido para as ciências humanas somente no final do século passado, o **paradigma indiciário** tem raízes muito mais antigas, pois sua origem remonta ao homem caçador. Por milênios o homem aprendeu a interpretar pegadas na lama, galhos quebrados, aprendeu a farejar, registrar, interpretar e classificar pistas infinitesimais e a tomar decisões em função delas. Muitas operações foram mentais se constituindo, sendo transmitido todo o conhecimento acumulado através de gerações. Esse conhecimento se configurou como saber venatório - caracterizado pela capacidade de remontar uma realidade a partir de dados aparentemente negligenciáveis. Com o tempo os mesmos processos mentais serviam tanto para decifração do passado como para a adivinhação do futuro. É possível encontrar em tratados divinatórios mesopotâmicos trechos sobre o saber médico ligado a esse tipo de saber. O paradigma indiciário, desde sua origem, pode voltar-se tanto para o passado como para o futuro.

Assim também a semiótica médica, ao trazer as marcas de um tipo de saber muito antigo, é capaz de voltar-se ao passado e ao presente (diagnóstico), por um lado, e para o futuro (prognóstico), por outro.

Entretanto, como já foi analisado, no século XIX, a Medicina e a Psiquiatria elegeram o paradigma das ciências naturais em detrimento de um paradigma indiciário, fato que tem influência direta na produção dos atuais sistemas simplificados de diagnóstico, que encobrem mais do que revelam, que “dissolvem” as peculiaridades do sujeito para fazer emergir o nome de um transtorno.

Ginsburg alerta a esse respeito, que:

*ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a por em prática regras preexistentes. Nesse tipo de conhecimento entram em jogo (diz-se normalmente) elementos imponderáveis: faro, golpe de vista, intuição (1989, p. 179)*

Assim, a recuperação do paradigma indiciário para a Psiquiatria pode representar, além da reintegração de um saber milenar - esquecido ou desprezado pela racionalidade mecanicista e organicista -, a possibilidade de articular o conhecimento sobre as doenças, o diagnóstico e a terapêutica em base mais sólidas, sem o risco de se buscar no irracionalismo a saída para o sofrimento humano.

O interesse desse trabalho é contribuir para a utilização do paradigma semiótico (indiciário) - tanto na pesquisa como nas práticas diagnósticas e terapêuticas - a partir de sua articulação com o modelo histórico-cultural de Lev Vygotsky, base para uma nova compreensão do psiquismo e do comportamento humano.

Com a utilização do paradigma indiciário e do referencial histórico-cultural, também se pretende ultrapassar a visão individualista que perpassa as pesquisas e os atuais procedimentos diagnósticos em Psiquiatria, particularmente na área da criança e do adolescente. Nesse sentido, a **análise microgenética**, por se constituir em uma abordagem semiótica e indiciária de **processos intersubjetivos em ocorrência**, foi o recurso metodológico adotado.

No próximo capítulo, a perspectiva histórico-cultural de Vygotsky e a análise microgenética - base teórico-metodológica desse trabalho - serão apresentadas e discutidas.

### 3. O MODELO HISTÓRICO-CULTURAL DE LEV VYGOTSKY

#### 3.1 Introdução

A perspectiva histórico-cultural da Psicologia assume contornos bem definidos na década de 20, com as contribuições de Lev S. Vygotsky (1896-1934), filólogo e psicólogo russo.

O enfoque histórico-cultural que Vygotsky imprimiu à Psicologia foi apresentado em Leningrado, em 1924, durante o II Simpósio Russo de Psiconeurologia, onde ele proferiu a palestra “A consciência como um problema da psicologia do comportamento”. Numa crítica radical ao estruturalismo de Wundt - que se limitava à descrição dos fenômenos - e ao behaviorismo - que se recusava a estudar os fenômenos da consciência - Vygotsky forneceu as bases para a elaboração de uma teoria psicológica capaz de examinar a questão dos processos psíquicos superiores (consciência, linguagem) a partir de princípios do materialismo dialético. Nesse esforço, apoiou-se em teses de Marx e Engels para propor a superação da ruptura entre uma Psicologia que buscava dar conta de processos superiores, porém sem bases científicas - o idealismo -, e uma Psicologia que, embora buscando atender aos fundamentos científicos, ignorava a especificidade dos processos humanos - o materialismo naturalista.

Numa época em que visões parciais e antagônicas sobre os limites e as possibilidades de estudo da consciência dominavam a Psicologia, Vygotsky defendeu a tese de que esta apresentava uma complexidade qualitativa só possível de ser apreendida a partir da relação dialética entre realidade social e fenômenos tipicamente humanos, como a consciência e a linguagem. Em oposição a outras correntes de Psicologia, *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). Sobre isso Luria também comenta:

*A diferença radical entre este enfoque e o da psicologia tradicional é 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, estreitamente ligada com o trabalho e a linguagem* (1987, p. 23).

No modelo histórico-cultural o homem não é representado nem pela máquina nem pelo organismo (ser vivo), mas como um sujeito constituído intrinsecamente por relações sociais, culturais e históricas.

O aspecto sociocultural nesse modelo refere-se ao modo como os homens estabelecem relações entre si e com o mundo - relações sociais que são produzidas pelos próprios homens em função de determinadas condições históricas.

Assim, do ponto de vista metateórico, essa abordagem vincula-se a uma matriz de pensamento que concebe o homem em sua inserção na cultura e na rede de relações sociais. Somente a partir da mediação do grupo social e cultural pode-se compreender o que, como e por que os homens agem, pensam, atribuem, conservam ou transformam o sentido das suas relações com o meio, instauram um determinado tipo de comunicação, produzem idéias e representações pelas quais procuram compreender e explicar o mundo, a sociedade e suas próprias relações sociais (Chauí, 1989).

O aspecto histórico das relações sociais não remonta a uma visão de história como sucessão de fatos no tempo ou como progresso das idéias, mas ao modo como homens concretos em condições objetivas criam os instrumentos e as formas culturais da sua

existência social, reproduzindo e transformando o social, o econômico, o político e o cultural (Chauí, 1989).

O modelo histórico-cultural estabelece uma nova compreensão da relação epistemológica sujeito-objeto. Enquanto o modelo mecanicista enfatiza o objeto e o modelo organicista privilegia o sujeito, o modelo histórico-social estabelece o princípio da interação dialética entre sujeito-objeto e o pressuposto de que essa interação é necessariamente mediada pelas significações do grupo social.

Ao conceber o homem dessa forma, como *um conjunto das relações sociais internalizadas*, o modelo histórico-cultural instaura uma nova concepção do processo de desenvolvimento e aprendizagem, vistos como uma construção social.

Na concepção histórico-cultural de Vygotsky, o homem constrói o conhecimento a partir da interação ativa com o ambiente; entretanto, o conceito de interação não é o mesmo utilizado nas teorias oriundas do modelo organicista, que considera desprovida de historicidade e descontextualizada socioculturalmente a ação do sujeito sobre os objetos e o meio imediato.

*A abordagem de Vygotsky compreende o sujeito do conhecimento em uma perspectiva histórico-cultural e recusa a abordagem piagetiana, que considera o sujeito do conhecimento de forma individualizada (independente do contexto histórico-social) e universal (fora do contexto histórico-cultural) e que, portanto, concebe o desenvolvimento cognitivo como resultante dos próprios esforços mentais do sujeito (Alves, 1989, p. 23).*

O presente trabalho, ao debater questões teórico-metodológicas relacionadas à avaliação e ao diagnóstico em Psiquiatria, apoia-se nos princípios epistemológicos de Vygotsky.

Alguns autores (por exemplo, Wertsch, 1985; Pino, 1990) têm apontado as proposições desse modelo que o caracterizam como um novo paradigma para o estudo do psiquismo e comportamento humanos. São elas: a gênese e natureza social do funcionamento psíquico; a mediação social, concebida em sua natureza semiótica; a linguagem, enquanto processo constitutivo do funcionamento psíquico; e o método genético, fundamentado em diretrizes do materialismo dialético e orientado para as dimensões histórica e cultural dos processos humanos. Essas proposições são focalizadas a seguir.

### 3.2 A Gênese Social do Funcionamento Psíquico

*Todas as funções do desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, entre pessoas (interpsicológicas), e depois, no interior da criança (intrapsicológica). Isso se aplica igualmente para a atenção voluntária, para a memória lógica e para a formação de conceitos. Todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos (Vygotsky, 1988, p 64).*

Vygotsky considera que os processos psíquicos do homem são constituídos a partir da **internalização** de relações interpessoais - na e pela interação social -, estabelecendo como núcleo central de sua análise a mediação semiótica. Advém desse enfoque a importância da linguagem no processo de transição do interpessoal em intramental, na constituição do pensamento, da consciência e das demais funções psíquicas superiores do sujeito.

A internalização não é um mero processo de transposição da ação externa para o interior do sujeito, mas envolve uma noção de reconstrução pelo sujeito das ações

partilhadas mediadas pelo outro. Como ilustra Vygotsky, no exemplo da “internalização do gesto de apontar”:

*Chamamos de internalização a reconstrução interna de uma operação externa. Um bom exemplo desse processo pode ser encontrado no desenvolvimento do gesto de apontar. Inicialmente, este gesto não é nada mais que uma tentativa sem sucesso de pegar alguma coisa, um movimento dirigido para um certo objeto, que desencadeia a atividade de aproximação. A criança tenta pegar um objeto colocado além de seu alcance; suas mãos, esticadas em direção àquele objeto, permanecem paradas no ar. Seus dedos fazem movimentos que lembram o pegar. Nesse estágio inicial, o apontar é representado pelo movimento da criança, movimento este que faz parecer que a criança está apontando um objeto – nada mais que isso.*

*Quando a mãe vem em ajuda da criança, e nota que o seu movimento indica alguma coisa, a situação muda fundamentalmente. O ato de apontar torna-se gesto para os outros. A tentativa malsucedida da criança engendra uma reação, não do objeto que ela procura, mas de uma outra pessoa. Conseqüentemente, o significado primário daquele movimento malsucedido de pegar é estabelecido por outros. Somente mais tarde, quando a criança pode associar o seu movimento à situação objetiva como um todo, é que ela, de fato, começa a compreender esse movimento como um gesto de apontar. Nesse momento, ocorre uma mudança naquela função do movimento: de um movimento orientado pelo objeto, torna-se um movimento dirigido para uma outra pessoa, um meio de estabelecer relações. O movimento de pegar transforma-se no ato de apontar. Como conseqüência dessa mudança, o próprio movimento é, então, fisicamente simplificado, e o que resulta é a forma de apontar que podemos chamar de um verdadeiro gesto. De fato, ele só se torna um gesto verdadeiro após manifestar objetivamente para os outros todas as funções do apontar, e ser entendido também pelos outros como tal gesto. Suas funções e significado são criados a princípio, por uma situação objetiva, e depois pelas pessoas que circundam a criança (1988, p. 64).*

A internalização é o processo de transformação do interpessoal em intrapessoal - gênese das funções psíquicas superiores especificamente humanas -, que vai caracterizar o salto qualitativo do homem em relação aos outros mamíferos superiores.

A noção de internalização tem sido problematizada na atualidade (por exemplo, Smolka, 1994), pelo risco de ser concebida numa perspectiva topológica (relativa a dentro e fora) ou cronológica (relativa a antes e depois). A complexidade que permeia esse processo

inviabiliza tal reducionismo espaço-temporal. Entretanto, apesar de requerer refinamentos teóricos, essa noção deve ser vista como uma tentativa de Vygotsky para superar a dicotomia individual vs. social e afirmar a gênese e a natureza social dos processos psíquicos do indivíduo, que vão constituindo a sua singularidade.

A relação de constituição recíproca individual-social também se reflete na compreensão do desenvolvimento, que é definido como um curso de transformações através dos quais o indivíduo internaliza formas de ação na cultura.

Para Vygotsky, o desenvolvimento humano, embora dependa de condições biológicas, é fundamentalmente cultural, pois se constitui nas relações sociais que o sujeito vivência. Desse modo, o papel do outro é fortemente marcado nessa interpretação da formação do indivíduo.

Procurando explicitar os modos de participação do outro nos *processos individuais e a transformação do funcionamento interpessoal em intrapessoal* (Góes, 1997, p. 90), Vygotsky introduz um conceito que irá ocupar uma posição especial nos debates atuais sobre a relação entre desenvolvimento e aprendizagem: o conceito de “**Zona de desenvolvimento proximal**”, que se articula com as categorias “**Desenvolvimento real**” e “**Desenvolvimento potencial**”.

O **desenvolvimento real** indica o nível de desenvolvimento das funções mentais da criança, caracterizado pelo que ela consegue realizar por si própria, sem auxílio dos adultos ou de crianças mais experientes. É o que caracteriza retrospectivamente o nível de desenvolvimento alcançado.

O **desenvolvimento potencial** é tudo aquilo que uma criança ainda não consegue realizar de forma independente, mas que realiza quando em colaboração com outras pessoas mais experientes.

A zona de desenvolvimento proximal indica a distância entre o desenvolvimento real e o desenvolvimento potencial. Para a criança atingir o desenvolvimento potencial é necessário que se instaure um processo de colaboração e ajuda mútua com outros sujeitos, através de ações partilhadas na zona de desenvolvimento proximal.

A relação entre os processos de desenvolvimento e aprendizagem - subjacente ao conceito de zona proximal - não é vista como sendo de identidade (visões comportamentalistas) e nem é compreendida como um processo que subordina a aprendizagem ao desenvolvimento (visões maturacionistas). Para Vygotsky os processos de desenvolvimento e aprendizagem são processos interdependentes, que constituem um processo unitário e influenciam-se mutuamente, sendo a aprendizagem a base histórico-cultural do desenvolvimento (Alves e Werner, 1993, p. 107).

Ao definir o conceito de zona de desenvolvimento proximal, caracteriza-se o desenvolvimento prospectivamente e atribui aos outros um papel fundamental *tanto na criação do desenvolvimento proximal quanto na transformação do desenvolvimento proximal em real* (Góes, 1997, p. 91).

Essa conceituação traz implicações decisivas para a questão da avaliação diagnóstica e da prática terapêutica, pois enfatiza que é na e pela interação com pessoas mais experientes que a criança constrói as funções organizadora e reguladora da linguagem, solucionando problemas que ainda não tem condições de resolver sozinha.

Em resumo, a concepção de Vygotsky sobre a relação entre desenvolvimento e aprendizagem introduz as seguintes questões :

- aquilo que a criança realiza num dado momento com o auxílio de pessoas mais experientes realizará num outro, sozinha;
- o processo de desenvolvimento não é coincidente com o processo de aprendizagem, mas mantém com este uma relação de interdependência; o desenvolvimento possibilita as experiências de aprendizagem e estas, por sua vez, repercutem sobre o desenvolvimento,

elevando os níveis de funcionamento do sujeito; é através da aprendizagem (significativa e não mecânica) que resulta o desenvolvimento das funções psíquicas especificamente humanas e culturalmente organizadas.

Quanto aos modos de participação do outro no desenvolvimento do sujeito, é importante ressaltar que todo e qualquer tipo de contribuição, ajuda e colaboração do outro no espaço de interação e interlocução, não é apenas um fenômeno intelectual, mas um processo afetivo-cognitivo indissociável. Assim, ao pressupor os aspectos afetivos envolvidos na relação com o outro, não se pode esperar que a “participação do outro” seja necessariamente harmoniosa e sem conflitos. O funcionamento intersubjetivo envolve múltiplas tensões nas ações partilhadas. A esse respeito, Góes (1995), numa análise da atuação do professor na construção de conhecimentos, esclarece

*que o papel do outro é contraditório, e que o jogo dialógico, que constitui a relação entre sujeitos, não tende apenas a uma direção; abrange circunscrição, expansão, dispersão e estabilização de significados e envolve o deslocamento 'forçado' de certas operações de conhecimento (p. 91).*

Malgrado algumas controvérsias entre os estudiosos, a contribuição teórica trazida pelo conceito de zona proximal está em *propiciar a análise do desenvolvimento baseada nas ocorrências intersubjetivas e dialógicas que conduzem à internalização das ações* (Góes, 1997, p. 91) e aprofundar a compreensão da emergência e consolidação de conhecimentos e de comportamentos.

### 3.3 Mediação Semiótica

Em Marx e Engels, o conceito de atividade mediada – segundo o qual a interação do homem com o mundo ocorre de forma mediada, através dos processos de trabalho, o que

pressupõe o emprego de instrumentos – é decisivo para a interpretação do conceito psicológico de atividade (Vygotsky, 1988, p. 60-65).

O pressuposto de Engels de que o uso de instrumentos para a transformação da natureza caracteriza, precisamente, a atividade humana foi ampliado por Vygotsky. Para estabelecer a distinção entre o **papel do instrumento na atividade** (trabalho para dominar a natureza) e o **papel do signo como um instrumento da atividade psicológica**, ele destaca o modo como os usos de instrumentos e signo estão mutuamente ligados, ao mesmo tempo que se distinguem. E, nesse sentido, aponta três aspectos fundamentais sobre as semelhanças, diferenças e especificidades da função mediadora que instrumentos e signo desempenham, com o intuito de impedir que ambos os conceitos sejam reduzidos e sobrepostos mecanicamente. São eles:

– no que se refere às semelhanças – ambos assumem uma função mediadora, razão pela qual podem estar incluídos na mesma categoria psicológica de atividade mediada;

– quanto às diferenças – trata-se da divergência de como instrumentos e signos orientam o comportamento humano. O instrumento (mediador da atividade do homem com o meio externo) destina-se, primordialmente, ao domínio da natureza; já o signo dirige-se para o controle do comportamento do próprio sujeito e de outros sujeitos. *A função do instrumento é servir como um condutor da influência humana sobre o objeto da atividade; ele é orientado externamente, deve necessariamente levar a mudanças nos objetos. O signo, por outro lado, (...) constitui um meio da atividade interna dirigido para o controle do próprio indivíduo; o signo é orientado internamente* (Vygotsky, 1988, p. 62). Isto é, quando produzido para si, o signo tem um papel mediador que organiza as ações do sujeito;

As especificidades intrínsecas de cada uma não impedem a existência de uma íntima conexão entre atividade mediada por instrumentos e atividade mediada por signos. É, exatamente, a união entre instrumentos e signos na atividade o que caracteriza as funções psíquicas superiores. *O controle da natureza e o controle do comportamento estão mutuamente ligados* (ibid. p.62).

Assim, para analisar, numa perspectiva psicológica, as mudanças histórico-sociais que produzem mudanças na natureza humana, Vygotsky orienta-se no sentido de identificar, no processo de desenvolvimento da atividade, da linguagem e do pensamento, o papel mediador dos instrumentos e, sobretudo, dos signos.

A noção de signo nos trabalhos de Vygotsky (suas explicações semióticas datam do final dos anos 20), que perpassa todas as suas interpretações da mediação, é delineada através de exemplos e de apontamentos sobre sua função:

*Como exemplo de instrumentos psicológicos e de seus complexos sistemas podem servir a linguagem, as diferentes formas de numeração e cálculo, os dispositivos mnemotécnicos, o simbolismo algébrico, as obras de arte, os diagramas, os mapas, os desenhos, todo tipo de signos convencionais etc..(Vygotsky, 1996, p. 93-94).*

Vygotsky também afirma que *a análise do significado do signo é o único método adequado para a análise da consciência humana* (Wertsch, 1988, p. 95).

O enfoque que sobressai nos trabalhos desse autor reside no conceito de mediação semiótica, sendo que em seus estudos ele trata, mais especificamente, dos signos lingüísticos.

Vygotsky (1987), ao discutir o significado das palavras, destaca que cada palavra é uma generalização, sendo *no significado da palavra que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal* (p. 4). *A verdadeira comunicação humana pressupõe uma atitude generalizante e o pensamento do homem reflete uma realidade conceitualizada* (p. 5).

Essa análise do papel mediador dos signos na constituição do pensamento e no processo de comunicação, fornece uma importante contribuição semiótica. Pino (1991) refere-se a essa abordagem semiótica, que se revela na escolha do significado da palavra como unidade de análise:

- ajuda a explicar a função mediadora da linguagem nos processos inter e intrapsíquicos;
- indica que a significação é o elemento que circula nos registros diferentes do agir, do falar e do pensar;
- revela a natureza histórico-social das funções psíquicas superiores;
- do ponto de vista semântico, toma o significado como um componente indissociável da palavra;
- do ponto de vista psicológico, enquanto fenômeno do pensamento (e também da interlocução), trata-se de uma generalização ou elaboração conceitual sobre o mundo.

### 3.4 O Papel da Linguagem na Constituição do Sujeito

A constituição do sujeito não é um processo mecânico e linear de ação do meio sobre um indivíduo passivo, nem, ao contrário, decorre da ação isolada de um indivíduo ativo sobre o meio, mas envolve um *processo constitutivo recíproco de imersão na cultura e emergência simultânea da individualidade singular no contexto da prática social* (Smolka, Góes e Pino, 1995, p. 179).

A participação do outro na constituição do sujeito é fundante, à medida que a relação do sujeito com o mundo só é possível através da mediação de um outro sujeito: *o caminho do objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa* (Vygotsky, 1988, p. 33).

Uma das conseqüências dessa mediação está na relação entre pensamento e linguagem. Vygotsky destaca como a apropriação da linguagem - sistema de signos lingüísticos organizado culturalmente - implica uma transformação radical na constituição do pensamento e da consciência. O pensamento tipicamente humano é constituído pela linguagem, pois é a partir do momento em que a linguagem entra em cena, no curso do desenvolvimento, que o pensamento se torna verbal e a fala racional. O surgimento do

pensamento verbal não acontece de forma mecânica. A internalização da linguagem e o desenvolvimento do pensamento verbal ocorrem através de um longo processo de mudanças - mudanças que alteram o modo de o sujeito operar a realidade.

A relação entre pensamento e linguagem é enfocada de forma diferente nas teorias relacionadas aos três modelos metateóricos. No **mecanicismo**, a linguagem e o pensamento são compreendidos como um mesmo processo, no qual atuam como mero reflexo dos objetos sobre os mecanismos receptores dos sujeitos. Nas teorias **organicistas**, a linguagem é apenas uma forma de representar e expressar o pensamento. Já para o modelo **histórico-cultural**, além da função de comunicação, a linguagem é constitutiva do pensamento - à medida que o torna **sígnico**.

Quanto ao caráter singular de compreensão e de síntese dos eventos constitutivos da comunicação e do pensamento, Vygotsky (1987) comenta: *a verdadeira comunicação humana pressupõe uma atitude generalizante, que constitui um estágio avançado do desenvolvimento do significado da palavra* (p. 5).

A conceitualização depende tanto dos significados das palavras quanto do sentido que elas assumem num dado contexto<sup>1</sup>. Por essa razão, os sujeitos em interação podem não significar do mesmo modo, mesmo que as palavras da comunicação lhes sejam familiares.

*O sentido de uma palavra é a soma de todos os eventos psicológicos que a palavra desperta em nossa consciência. O significado é apenas uma das zonas do sentido, a mais estável e precisa. Uma palavra adquire o seu sentido no contexto em que surge; em contextos diferentes, altera o seu sentido (...). Na fala interior (...) uma única palavra está tão saturada de sentido, que seriam necessárias muitas palavras para explicá-la na fala exterior* (Vygotsky, 1987, p. 125-126).

---

<sup>1</sup> Apesar de a questão relativa ao contexto ideológico estar mais aprofundada em Bakhtin (1988) do que em Vygotsky, ela não passou despercebida para este. Esse aspecto será retomado no item a seguir.

Ao abordar o papel da linguagem, Vygotsky faz referência a várias funções, ao longo de sua obra. Conforme comenta Wertsch (1988), suas discussões mostram uma categorização de funções em pares opostos (por exemplo, sinalizadora vs. significativa, comunicativa vs. intelectual, social vs. individual, indicativa vs. simbólica). Ainda que essas tais elaborações sejam indispensáveis para se entender semelhante visão semiótica do psiquismo, talvez seja mais produtivo, diante da diversidade de funções apontadas, considerá-las como instâncias indissociáveis de um mesmo processo semiótico e dialógico. Entretanto, cabe um destaque das interpretações sobre a função reguladora da linguagem, que permite a organização e o planejamento das ações.

*Antes de controlar o próprio comportamento, a criança começa a controlar o ambiente com a ajuda da fala. Isso produz relações com o ambiente, além de uma nova organização do próprio comportamento (Vygotsky, 1988, p. 27).*

A função reguladora da linguagem também está relacionada ao conceito de Vygotsky de mediação semiótica e é um constructo que fornece elementos para subsidiar questões teóricas e metodológicas<sup>2</sup>.

No presente estudo, esta função é particularmente importante no que se refere à participação do outro na auto-regulação do comportamento<sup>3</sup>.

Como já foi dito, além de função comunicativa e constitutiva do sujeito, a linguagem tem outras importantes funções<sup>4</sup>, como o planejamento e a organização da ação e a auto-regulação do sujeito.

Em relação ao planejamento e à organização da ação e do pensamento tipicamente humano, pode-se observar em vários trabalhos de Vygotsky (principalmente: "Tool and

<sup>2</sup> Nesse aspecto servirá como categoria de análise do material empírico do presente estudo.

<sup>3</sup> A noção de auto-regulação aqui utilizada não se vincula a concepção piagetiana de "regulações orgânicas" como propriedades centrais da vida (Piaget, 1973, p. 39)

<sup>4</sup> Talvez ao invés de funções da linguagem fosse melhor considerá-las como instâncias indissociáveis de um mesmo processo semiótico e dialógico.

symbol in child development” 1978, p. 19-30, e “As raízes genéticas do pensamento e da linguagem”, 1987, p. 29-44) que ele considera o momento em que a ação prática e a fala - até então linhas de consideradas independentes - convergem, como *o (...) mais significativo no curso do desenvolvimento intelectual, que origina formas especificamente humanas de inteligência prática e abstrata* (1987, p. 24).

Seguindo nessa direção, a gênese da função planejadora da linguagem está no uso de signos pela criança: no início do seu processo de desenvolvimento, a criança usa diferentes formas de linguagem para comunicação afetiva: choro, balbucio, primeiras palavras, pequenas frases, gestos etc.. Essa forma básica de comunicação é orientada para o outro e recebe desse outro um significado. Simultaneamente a criança realiza a exploração de objetos que estão no seu campo visual (ergue a mão para pegar objetos, coloca-os na boca, toca um sino e procura a origem do som, encaixa e desencaixa cubos de diferentes tamanhos, rabisca etc.), sem necessidade do uso da fala. Gradualmente, entretanto, a fala começa a acompanhar a ação (por exemplo, para completá-la) e, logo depois, participa ativamente do planejamento e da organização da ação (“eu vou desenhar uma casa”, “o vermelho eu pinto aqui”) e da soluções de problemas (“eu vou subir na mesa para pegar a bala”).

*[A linguagem inicialmente] segue a ação, sendo provocada e dominada pela atividade. Posteriormente, entretanto, quando a fala se desloca para o início da atividade, surge uma nova relação entre palavra e ação. Nesse instante a fala dirige, determina e domina o curso da ação; surge a função planejadora da fala, além da função já existente da linguagem, de refletir o mundo exterior* (Vygotsky, 1988, p. 29).

Juntamente com a função planejadora e organizadora da linguagem, a criança passa a dominar a possibilidade de regular, com o uso da fala, a atividade visível de manipulação dos objetos, para solução de problemas. Aqui está a gênese da regulação do próprio comportamento: *(...) a fala, além de facilitar a efetiva manipulação dos objetos pela criança, controla, também, o comportamento da própria criança. (...) [elas] adquirem a capacidade de ser tanto sujeito como objeto de seu próprio comportamento* (ibid. p. 29).

Para ressaltar a transição da função comunicativa da linguagem (social) para a função auto-reguladora, Vygotsky se apropria do conceito piagetiano de “fala egocêntrica” para transformá-lo. Ao contrário de Piaget, que localiza a linguagem egocêntrica entre a linguagem individual e social, Vygotsky a considera uma forma de transição da linguagem social (comunicativa) para individual (no sentido de auto-regulação): ao mesmo tempo que tem a forma da fala dirigida ao outro (interpessoal), é dirigida para si mesmo (intrapessoal).

*(...) a fala egocêntrica é um estágio na evolução da linguagem externa (...), social, dialógica, para a linguagem interna (...), que guardaria daquela certas propriedades lingüísticas. A presença da fala egocêntrica reflete a emergência de uma nova função, auto-reguladora, reflexiva, da linguagem (...)* (Morato, 1996, p. 98).

A “fala exterior” (função de comunicação) destina-se à interação do indivíduo com outros homens, enquanto a “fala interior” (função intelectual da linguagem) assume o papel de estruturar o pensamento. Dado o necessário entrelaçamento dessas funções, a relação entre o pensamento e a palavra só pode ser explicada, em toda a sua complexidade, através da compreensão da natureza psicológica da “fala interior”.

Ao internalizar a fala do outro, a criança adquire, então, modos de auto-regulação e passa a orientar-se num novo plano consciente-volitivo: *O nível consciente-volitivo de regulação caracteriza-se pela participação ativa do sujeito na direção e execução de seu comportamento através de fins conscientemente estabelecidos* (Rey, 1987, p. 6).

Outro aspecto a ser considerado nesse processo é que a unidade básica dos signos presentes na fala está na sua **significação** afetivo-cognitiva. Portanto, a função reguladora da linguagem, para emergir, depende de determinada carga afetiva presente na dinâmica dialógica.

Embora Vygotsky tenha dado atenção especial ao processo de significação e à interação verbal, suas análises não chegam a uma consideração explícita da dinâmica do

processo dialógico. Contudo, para expandir as teses semióticas por ele apresentadas, alguns autores contemporâneos têm buscado articulá-las às proposições de M. Bakhtin sobre a dialogia.

*É no centro do movimento dialógico que indivíduos tornam-se sujeitos, configurados pelo outro, pela palavra. (Smolka et alii., 1995, p. 181)*

Bakhtin (1988) considera a interação verbal como uma realidade fundamental, que tem no diálogo uma característica essencial (apesar de não exclusiva). Por outro lado, ele amplia a noção de diálogo, para incluir a ininterrupta e polimórfica comunicação verbal (ultrapassando a idéia de diálogo como a comunicação em voz alta de pessoas colocadas face a face). Nesse sentido, inclui como exemplo de comunicação verbal o livro, a vida cotidiana, a política, a arte - formas de comunicação essencialmente dialógicas.

As reflexões de Bakhtin contribuem para compreender o papel radical do outro na enunciação e na atividade mental do sujeito. *Não é a atividade mental do sujeito que organiza a [sua] expressão, mas, ao contrário, é a expressão que organiza a atividade mental, que modela e determina sua orientação (Bakhtin, 1988, p. 112).*

Na relação dialógica, além do interlocutor, as condições sociais imediatas e o horizonte ideológico - (de)limitado por fronteiras sociais e temporais - determinam as condições reais da expressão do sujeito e organizam a sua atividade mental.

Considerando ainda que nessa perspectiva não existe uma distinção qualitativa entre conteúdo (interior) e expressão (exterior) e que ambos têm uma mesma natureza semiótica, fica clara a importância do outro e da coletividade na formação da consciência individual.

Para Bakhtin, a palavra - enquanto signo e não mera materialização do som - orienta-se para o outro e pelo o outro: *toda palavra serve a um em relação ao outro. Através da palavra, defino-me em relação ao outro, isto é, em última análise, à coletividade (Bakhtin, 1988, p. 113).*

Dessa forma, quanto mais organizada e significativa for a coletividade na qual o sujeito se orienta e quanto mais ele se orienta para essa coletividade e para o outro, mais complexo será seu mundo interior e mais organizada e forte sua consciência e atividade mental - o que Bakhtin chama de **atividade mental do nós**.

Em outro pólo, encontra-se a **atividade mental do eu**, ou seja, quanto mais “autisticamente” orientado (voltado para si mesmo) o indivíduo estiver, mais perde a senso de alteridade (eu-você) e, em consequência, perde a clareza e consciência de si próprio - regredindo e aproximando-se da reação fisiológica do animal.

Para Bakhtin, mesmo uma simples sensação, como a fome, ainda que possa dispensar uma expressão exterior, encontra-se necessariamente ligada a uma expressão semiótica e ideológica. A fome pode ser experimentada de formas distintas, dependendo da realidade coletiva em que se insere o indivíduo faminto. *A atividade mental desse indivíduo tenderá para formas ideológicas determinadas, cuja gama pode ser bastante extensa*, abrangendo a resignação, o fatalismo, o protesto individualista ou o protesto ativo da resistência (Bakhtin, 1988, p. 115-116).

Nessa territorialidade socioideológica e na relação dialógica com o outro é que o sujeito se expressa e se constitui. Isso quer dizer que *fora de sua objetivação, e de sua realização num material determinado (o gesto, a palavra, o grito), a consciência [desse sujeito] é uma ficção* (Bakhtin, 1988, p. 117).

Quanto à significação da palavra, esse autor considera que na enunciação participam elementos verbais (palavra, som etc.) e não verbais (contexto, entoação etc.) e que a palavra permite muitos significados (polissemia), pois sua significação é inseparável da situação concreta em que se realiza. Ao mesmo tempo, estão presentes na fala não apenas a palavra do locutor, mas múltiplas vozes (polifonia) - oriundas do horizonte social, das experiências passadas e presentes do sujeito - que dialogam e ressignificam o discurso.

Em resumo:

*Bakhtin expande a noção de diálogo para abranger não apenas a interação verbal real, mas todo tipo e situação de 'vozes' que estão em contato. Na verdade, palavras são, inicialmente, as palavras dos outros, e antes de tudo, palavras maternas. Gradualmente, essas 'palavras alheias' mudam, dialogicamente, para tornar-se 'palavras próprias alheias', as quais entram no diálogo com outras palavras, outras vozes, e assim por diante. O movimento dialógico dinâmico resulta em processos de 'monologização da consciência', no qual, ao apropriar-se das palavras dos outros leva a esquecer a origem de suas próprias palavras (não no sentido individual, mas sócio-ideológico). Esse dialogismo é, dessa forma, profundamente polissêmico e sempre polifônico (Smolka et alii, 1995, p. 181).<sup>5</sup>*

A perspectiva dialógica de Bakhtin possibilita caminhos importantes para a compreensão da constituição social do sujeito. O sujeito não pode ser considerado um organismo biológico abstrato, pois ele é fruto de um segundo nascimento - o social. O homem nasce numa classe, numa época; é mais que um corpo, do que um organismo vivo: é um ser ideológico, simbólico.

Apesar de haver grandes diferenças entre as contribuições teóricas de Bakhtin e de Vygotsky, até porque eles produziram em campos distintos, os aspectos aqui destacados mostram possibilidades de articulações produtivas, no sentido de se desdobrar a tese geral segundo a qual o indivíduo se constitui nas relações sociais e na linguagem.

Essa tese básica do pensamento vigotskiano, que orienta a formulação das diversas proposições conceituais já apresentadas, não pode ser considerada em separado de uma matriz metodológica cujas diretrizes remetem a uma visão dialética das dimensões histórica, cultural e semiótica dos processos humanos.

---

<sup>5</sup> Original em inglês.

### 3.5 A Questão do Método

Para Vygotsky (1987 e 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 uma 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) provem 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* (Vygotsky, 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, remetem diferentes formações às estruturas de pensamento e de linguagem.

Os princípios privilegiados por Vygotsky (1988, p. 70-75) para o estudo das funções psíquicas superiores são os seguintes:

– **análise dos processos e não dos objetos** – pelo fato de a análise tradicional em Psicologia tratar os processos como objetos estáveis, empreendendo a tarefa de somente separá-los em seus elementos componentes, Vygotsky propõe, então, a análise dos processos em mudança, através de uma exposição dinâmica dos principais pontos constituintes da história dos

processos, sendo que o aspecto histórico do comportamento não representa um aspecto auxiliar, mas sua base real (p. 70);

– **explicação capaz de revelar as relações dinâmico-causais**, – em oposição à descrição das características externas dos comportamentos, Vygotsky coloca em relevo a importância de a Psicologia apreender o caráter histórico dos comportamentos humanos e subordinar as descrições das manifestações externas destes à explicação de sua origem real, nas suas relações dinâmico-causais<sup>6</sup>. *A análise objetiva inclui uma explicação científica tanto das manifestações externas quanto do processo em estudo*, subordinando-os à descoberta de sua origem real (p. 73);

– **análise histórica de comportamentos que já sofreram um longo processo de desenvolvimento, capaz de identificar os pontos do percurso e a origem dos mesmos** – para se compreender a origem de um comportamento (entendido como processo) que já tenha passado por um estágio longo do seu desenvolvimento, torna-se indispensável explicá-lo no seu processo de mudança – requisito do método dialético. Só assim torna-se possível apreender que o passado e o presente se fundiram e que o presente deve ser visto à luz da história (p. 74);

Além dessas diretrizes, é proposta uma abordagem interfuncional dos processos psíquicos, que não podem ter seu desenvolvimento estudado de forma isolada. Também é defendida uma “análise em unidades”. Vygotsky (1987) 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.

---

<sup>6</sup> Nesse aspecto, Vygotsky refere-se tanto à psicologia associacionista (modelo mecanicista e de orientação objetivista abstrata) como à psicologia introspectiva (modelo organicista e de orientação subjetivista individualista), que até hoje têm influenciado decisivamente os procedimentos de pesquisa e diagnóstico em Psiquiatria. No escopo do presente trabalho, os comentários de Vygotsky são relevantes para o método utilizado por essas duas vertentes opostas da Psicologia, que convergem para um determinado tipo de análise - basicamente uma mera descrição ou uma explicação que não revelam as relações dinâmico-causais reais subjacentes ao fenômeno. Como exemplo, Vygotsky cita a análise fenomenológica (que se baseia em características fenotípicas - características externas) para diferenciar de sua proposta de análise genotípica - que se propõe a explicar o fenômeno com base na sua gênese e na sua dinâmica-causal.

Segundo Wertsch (1988), o método de Vygotsky abrange quatro domínios genéticos envolvidos nas mudanças que tomam lugar no processo histórico de desenvolvimento humano: o **filogenético** (evolução da espécie), o **histórico** (mudanças socioculturais dos grupos humanos), o **ontogenético** (desenvolvimento cultural e sociobiológico do indivíduo) e, finalmente, o **microgenético** (transformação de um processo intersubjetivo em funcionamento intrapsíquico do sujeito). Os quatro domínios genéticos se interpenetram e são co-responsáveis pelo comportamento humano; entretanto, cada uma dessas linhas de desenvolvimento tem suas especificidades e são governados por princípios explicativos próprios.

Wertsch (*ibid.* p. 72) assim resume o método genético de Vygotsky:

- 1. Os processos psicológicos humanos devem ser estudados utilizando uma análise genética que examine as origens desses processos e suas transformações que os conduzem para sua forma final.*
- 2. A gênese dos processos humanos implica transformações qualitativamente revolucionárias, assim como transformações evolutivas.*
- 3. O progresso e as mudanças genéticas definem-se em termos de instrumentos de mediação (instrumentos e signos).*
- 4. Alguns domínios genéticos (filogênese, história sociocultural, ontogênese) devem ser examinados com o objetivo de elaborar uma relação completa e cuidadosa do processo mental humano.*
- 5. As diferentes forças do desenvolvimento, cada uma com seus próprios conjunto de princípios explicativos, operam nos diferentes domínios genéticos.*

Tendo em vista que o domínio microgenético é de especial importância para o presente estudo, as diretrizes metodológicas a ele correspondentes são examinadas no item a seguir.

### 3.6 A Análise Microgenética na Perspectiva Histórico-Cultural

A análise microgenética encontra-se vinculada a diferentes orientações<sup>7</sup>. No caso deste estudo, a perspectiva microgenética insere-se na abordagem de Vygotsky e, particularmente na linha de alguns pesquisadores da vertente histórico-cultural: Wertsch e Hickmann (1987), Smolka, Góes e Pino (1995), Arns (1981), entre outros.

Wertsch e Hickmann (1987) enfatizam que, apesar de Vygotsky não ter utilizado o termo “análise microgenética”, tal como usado recentemente, ele já propunha diretrizes nesse plano, ao lado dos planos do desenvolvimento ontogenético e histórico-cultural. Na perspectiva de Vygotsky, o investigador devia estar atento aos *processos microgenéticos implicados na formação e manifestação de um processo psíquico determinado* (Wertsch, 1988, p. 71).

Werstch (1988) também descreve microgênese como a formação de um processo psíquico a curto prazo, que pode ser observado, por exemplo, durante os esforços despendidos pelo sujeito para dominar ou solucionar uma tarefa.

Uma implicação metodológica é a possibilidade de analisar no curtíssimo espaço de tempo de um episódio (por exemplo, de segundos ou minutos) a manifestação de uma função psíquica superior - como a atenção voluntária - já formada ou em processo de formação.

Vygotsky (1978), no debate sobre a questão metodológica das investigações e análises psicológicas, refere-se ao fato de que os métodos experimentais, ao ignorarem a transformação microgenética, estão desprezando a fonte de dados mais importante. Nesse sentido, comenta que os investigadores, em geral, se voltam para respostas (produtos) fossilizadas e descartam o *momento crítico no qual uma reação aparece e suas conexões*

---

<sup>7</sup> Saada-Robert (1994, p.58) aponta três tendências na análise microgenética: a perspectiva vigotskiana; a abordagem de processos cognitivos, inspirada, em especial, na perspectiva cognitiva psicogenética; a linha de investigação do desenvolvimento de capacidades do indivíduo na transferência entre situações-tarefas .

*funcionais se estabelecem e se ajustam* (p. 68). Assim, ao não conseguirem captar o processo em curso, obtêm como resultados um produto uniforme de dados - que diz pouco da complexidade de todo o processo psíquico envolvido.

A análise microgenética - intimamente relacionada ao domínio do desenvolvimento microgenético - focaliza especificamente os processos de transição do interpsicológico para o intrapsicológico (mediação semiótica, internalização etc.), processos já examinados nas discussões teóricas precedentes. Contudo, como a análise microgenética é também o principal procedimento metodológico utilizado no presente trabalho, é pertinente ressaltar alguns de seus traços operacionais. Para tanto, recorre-se à comparação com dois outros métodos utilizados para análise do desenvolvimento mental da criança: o método clínico piagetiano e o método psicométrico - representados no Quadro 1.

O método psicométrico, está vinculado ao modelo mecanicista de representação do homem e tem como objeto tabular e mensurar as habilidades mentais do sujeito (método quantitativo), a partir das respostas certas e erradas apresentadas na utilização de instrumentos padronizados (testes psicométricos, escalas comportamentais, entrevistas estruturadas), que visam a avaliar o indivíduo, ainda que possam ser administrados coletivamente. Tais instrumentos são, em geral, inspirados nos modelos dos testes escolares, até porque na concepção que os fundamenta não há diferença entre aprendizagem e desenvolvimento. Nesses testes, há uma tentativa de controle de variáveis externas: o ambiente deve ser calmo e confortável, as perguntas padronizadas (conteúdo, forma, número de vezes que deve ser repetida etc.) e o tempo limitado. A participação do examinador deve ser simpática, entretanto ele não pode interferir nas respostas.

O pressuposto básico desse método é que os indivíduos apresentam diferenças nas habilidades intelectuais em decorrência de um processo de acumulação das respostas possíveis ou/e a partir de um fator inato (fator G). Mensura-se, portanto, o produto desse processo - o que Vygotsky chama de habilidades fossilizadas. Espera-se, ainda, que os resultados apresentados pelo indivíduo sejam estáveis (num reteste, por exemplo), visto que as diferenças encontradas (entre os indivíduos) são permanentes.

Quadro 1: Comparação entre os métodos: Psicométrico, Clínico (Piagetiano) e Microgenético (Vigotskiano).

<b>MÉTODO PSICOMÉTRICO</b>	<b>MÉTODO CLÍNICO PIGETIANO</b>	<b>ANÁLISE MICROGENÉTICA</b>
Modelo Metateórico: Mecanicista	Modelo Metateórico: Organicista	Modelo Metateórico: Histórico-Cultural
Objeto: Mensuração das Habilidades Mentais	Objeto: Descrição das Habilidades Mentais	Objeto: Transição Inter → Intramental
Desenvolvimento: Real Visão: Retrospectiva (Estática)	Desenvolvimento: Real Visão: Retrospectiva (Evolutiva)	Desenvolvimento: Potencial Visão: Prospectiva (Dialética)
Metodologia: Padronizada  Centrada: Avaliador Papel do Examinador: Passivo  Instrumento: Testes Psicométricos	Metodologia: Semi-Estruturada  Centrada: Criança Papel do Examinador: Ativo  Instrumento: Entrevista Clínica Provas Evolutivas	Metodologia: Contextos Cotidiano Semi-Estruturada Centrada: Inter-relação Papel do Examinador: Interativo  Instrumento: Atividades e Tarefas Colaborativas
Resultado: Quociente de Inteligência  Deficiência Intelectual  Grau	Resultado: Estágio do Desenvolvimento Intelectual  Imaturidade Intelectual  Platô Evolutivo	Resultado: Processos Psíquicos já Formados e em Formação  Assistência Adequada  Desenvolv. Proximal

Podem-se, ainda, observar na interpretação e no uso dos resultados obtidos nos testes alguns aspectos centrais desse método: ao somar o número de respostas corretas, obtém-se um escore que mensura as habilidades correlacionadas a cada item e permite sua comparação com uma média. Têm-se, portanto, indivíduos na, acima ou abaixo ou na média. Um bom exemplo do uso desses escores (quociente de inteligência) é no diagnóstico e na classificação dos diferentes graus de retardo mental (leve, moderado, grave e profundo), conforme a proposição vigente dos principais sistemas de diagnóstico e classificação em psiquiatria.

A proposição do modelo psicométrico só leva em consideração, na melhor das hipóteses, o desenvolvimento real, que caracteriza o desenvolvimento mental retrospectivamente, sendo questionável, portanto, seu efetivo valor prognóstico.

A esse respeito, Vygotsky comenta que duas crianças de dez anos ao entrarem na escola com a mesma idade mental (oito anos) - ou seja, conseguem lidar, independentemente, com tarefas até o grau de dificuldade para esse nível -, podem manifestar diferenças significativas no curso de desenvolvimento mental e na aprendizagem escolar, em função, entre outros aspectos, do tipo de assistência (colaboração) que receberem na escola. Daí que a idade mental mensurada pelos testes padronizados dizem pouco sobre a verdadeira capacidade das crianças avaliadas.

O método clínico piagetiano está, no plano metateórico, vinculado ao modelo organicista e, semelhantemente ao método psicométrico, também tem como objeto a avaliação das habilidades mentais do indivíduo. Entretanto, o método piagetiano preocupa-se não em mensurar (quantitativamente) tais habilidades, mas descrever qualitativamente como o sujeito pensa, como analisa e resolve situações - problema. Nesse sentido, as situações são semi-estruturadas, pois seguem o curso do raciocínio da criança. Para tanto, utiliza-se de técnicas puramente verbais (entrevistas clínicas) ou/e situações com problemas concretos para o sujeito resolver (provas).

Apesar de os exames não precisarem ser realizados na seqüência dos estágios de desenvolvimento, a existência de uma seqüência universal de estágios mentais é um pressuposto básico do método e o examinador deve conhecer bem as características de cada fase para, então, inserir o processo mental da criança. Assim, os erros e acertos são necessários para compreender o processo de raciocínio subjacente a eles. O papel do examinador é motivar o sujeito, sem, entretanto, sugerir à criança as respostas. Para Piaget (1978), o bom examinador deve saber observar, deixar a criança falar, expressando suas crenças espontâneas, ao mesmo tempo que sabe buscar algo de preciso. Nessa abordagem, tanto o examinador como o examinando são ativos. Entretanto, o examinador centra-se na criança, no seu curso de raciocínio.

Em princípio, as diferenças individuais de estágio mental não são interpretadas como déficit, mas como conseqüência de processos adaptativos ao longo da história do sujeito. Também não se vê o resultado obtido pelo sujeito nas provas piagetianas como estático ou definitivo, pois se espera que, evolutivamente, mais cedo ou mais tarde, todos alcancem o estágio mais avançado do desenvolvimento da inteligência - o das operações formais.

Uma questão crítica desse método é a dissociação entre desenvolvimento e aprendizagem. Vygotsky (1988) comenta que nesse tipo de avaliação admite-se que processos como dedução, compreensão, evolução das noções e concepções de mundo, interpretação de causalidade física, domínio das formas lógicas do pensamento e o domínio da lógica abstrata ocorrem sem qualquer influência da aprendizagem. Para ilustrar, ele cita exemplo das “conversações clínicas” de Piaget com uma criança de cinco anos na qual as perguntas propositadamente estão além da possibilidade intelectual da criança. O objetivo é eliminar a influência da experiência prévia e de qualquer conhecimento anterior - no exemplo, Piaget pergunta à criança: “por que o sol não cai?”.

Uma das conseqüências práticas desse pressuposto piagetiano é a subordinação da aprendizagem ao estágio de desenvolvimento do sujeito. Além disso, ao se avaliar o momento evolutivo do desenvolvimento mental do sujeito, também se está avaliando retrospectivamente o sujeito, ou seja, está-se avaliando o seu desenvolvimento real - o que o

sujeito já consegue realizar a partir de seu platô evolutivo e de seus próprios esforços mentais (sem ajuda do outro).

No método clínico piagetiano, na prática, corre-se o risco de considerar o indivíduo que ainda não atingiu certos estágios, não como deficiente (método psicométrico), mas como imaturo.

A **análise microgenética**, que se configura na abordagem histórico-cultural, tem como objeto a transição das funções intermentais para intramentais. Nesse tipo de análise o importante é observar como, dentro de um período de tempo limitado (sessão diagnóstica, por exemplo), o sujeito torna-se familiarizado com determinada habilidade, conceito ou estratégia -focalizando, entretanto, o processo de mudança e não o produto final (formas fossilizadas).

*Obviamente, as sessões iniciais durante as quais a reação é formada são de importância crucial, porque apenas as informações desse período revelarão a origem verdadeira da reação e suas ligações com outros processos. Através de um estudo objetivo de toda a história de uma reação, podemos obter uma explicação integrada das suas manifestações internas e de superfície. Assim, nós queremos estudar a reação como ela aparece inicialmente, como toma forma, e depois que está bem formada, mantendo em mente o fluxo dinâmico de todo o processo de seu desenvolvimento (Vygotsky, 1978, p. 69).*

Quanto aos instrumentos utilizados, eles podem ser do tipo tarefas ou situações cotidianas, sempre pressupondo uma dinâmica interativa (em geral, díades do tipo: examinador-examinando, professor-aluno, aluno-aluno, mãe-filho etc.). Na análise microgenética, diferente dos métodos anteriores, o eixo da avaliação é deslocado do indivíduo para as relações intersíquicas em ocorrência, visando a identificar tanto os modos de operar a realidade já formados, como as transformações nos níveis de funcionamento do sujeito. Qualquer ator social que participe do processo de interação é considerado para efeito de análise. Nesse sentido, caso o examinador esteja em contato direto com a criança, irrealizável a neutralidade, ele tem um papel não apenas ativo, mas interativo - ou seja, ele é

visto como parte integrante do processo de regulação do comportamento, que afeta necessariamente as respostas do examinando.

A seguir serão apresentados alguns exemplos do uso e da interpretação da análise microgenética.

Wertsch e Hickmann (1987), no trabalho “Problem solving in social interaction: a microgenetic analysis”, aplicam a análise microgenética no estudo de duas díades constituída por mãe-filho (crianças de quatro anos e meio), na montagem de um quebra-cabeças, de acordo com um modelo. As crianças participam da tarefa, mas não são capazes de resolvê-la de forma independente.

Os autores observam como os adultos regulam as crianças na solução das tarefas: fornecendo uma representação do objetivo geral, focalizando a atenção, dirigindo-as para o objetivo. No caso das duas díades estudadas, apenas uma mostra o processo de transição do inter para o intrapsicológico - são então estudados alguns fatores que desempenham um papel significativo no como e porquê de tais transições ocorrerem.

No caso, a análise microgenética é um recurso metodológico que fornece um caminho para examinar as ocorrências de auto-regulação e de regulação do outro na solução de problemas, bem como para avaliar a presença (ou ausência) e o grau de uma transição do inter para o intrasubjetivo.

Entre os diversos aspectos estudados, os autores ressaltam que a *orientação verbal e não verbal de outra pessoa é um ingrediente crucial para fazer a transição; e em fazer a criança gradualmente tornar-se capaz de construir uma representação do objetivo e do meio estratégico necessário para alcançá-lo* (Wertsch e Hickmann, 1987, p. 263).

Arns (1981) também utilizou a análise microgenética para comparar os estilos de interação de mães e professores da zona rural do Brasil, quando ajudam crianças de seis anos e meio em tarefas de solução de problemas. A tarefa em questão era construir uma

fazenda de brinquedo tridimensional, de acordo com um modelo. Os resultados, em termos de auto-regulação e regulação do outro variaram significativamente, em função de a criança estar em interação com a mãe ou com a professora, o que demonstra a importância do outro na performance da criança

Ainda dentro das tarefas de solução de problemas, Cupolillo (1993), pesquisando uso de instrumentos por crianças pré-escolares, conclui que crianças pequenas apresentam limitações quanto à atenção para a resolução de um problema e que um adulto pode assisti-las para dirigir sua atenção, reassegurar os objetivos da tarefa e ajudá-las a observar os materiais. Aqui é importante ressaltar a atenção como uma função psíquica mediada também pelo outro.

Outros exemplos da utilização da análise microgenética em situações cotidianas (como no espaço escolar) podem ser encontrados em trabalhos em geral articulados com a perspectiva discursiva e dialógica - base da presente pesquisa. Para Smolka e Góes (1993), a análise microgenética consiste em examinar-se *passo a passo o transcorrer de uma atividade (...) [ , ] procurando captar as mudanças de qualidade das ações dos sujeitos em função do jogo de mediações presentes* (p.11). Smolka *et alii.* (1995) apresentam importante utilização da análise microgenética articulada com a dimensão ideológica, como por exemplo em “The constitution of the subject: a persistent question”. Nesse trabalho, o objetivo é relacionar o debate sobre a sociogênese e intersubjetividade com o material empírico envolvendo quatro crianças de quatro anos de idade num contexto de pré-escola. Para tanto, ao invés de analisar relações diádicas, optaram por relações poliádicas, incluindo os quatro participantes. “*Nesse caso, o foco de interesse no esforço analítico seria o curso das interações entre as crianças, durante o jogo como um todo*” (p. 183).

Como se pode depreender, a análise microgenética envolve uma série de usos e formas diferentes na sua aplicação, mas centra-se fundamentalmente nas relações intersubjetivas e requer a consideração do papel do outro na regulação do comportamento do sujeito. Nesse sentido, o pressuposto básico é que desenvolvimento e aprendizagem têm uma relação dialética, ou seja a aprendizagem depende do desenvolvimento e vice-versa;

entretanto, a aprendizagem pode fazer o desenvolvimento avançar mais efetivamente. A análise microgenética permite não apenas verificar o nível real de desenvolvimento, mas principalmente identificar aqueles processos que estão em estado de formação - visão prospectiva (delineando o futuro imediato da criança). *Assim o que a criança pode fazer hoje com assistência, será capaz de fazer sozinha amanhã* (Vygotsky, 1988, p. 98)

Como analisar e interpretar os dados empíricos através do recurso metodológico da análise microgenética?

A interpretação dos dados não se insere em uma perspectiva quantitativa nem descritivo-qualitativa das habilidades mentais; mas, ao contrário, busca-se compreender a partir do processo inter→intrapicológico os níveis de interajuda/assistência (a mediação do outro) necessários para o sujeito dominar determinados modos de operar a realidade.

Considerando as contribuições que essa perspectiva de análise pode trazer para o debate sobre o diagnóstico dos Transtornos Hiperativos, objeto deste trabalho, propõe-se como foco a seguinte indagação: no plano microgenético, qual é o papel das relações intersubjetivas em ocorrência nos sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade que compõem o quadro dos Transtornos Hiperativos?

Para contextualizar a formulação dessa pergunta, faz-se necessário, antes, recorrer a discussões (no domínio histórico) relativas à esfera macrossocial, buscando estabelecer uma vinculação desse conceito com a história da racionalidade do pensamento ocidental expresso na Medicina e na Psiquiatria; ou, ainda, buscando identificar as condições sócio-históricas em que emergiu com visibilidade social o conceito de Transtornos Hiperativos como doença e em que se estabeleceram critérios objetivos para seu diagnóstico. Essas questões relativas ao domínio histórico são tematizadas no capítulo que se segue.

## 4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE OS TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

### 4.1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da publicação conhecida por "Classificação internacional de doenças", décima revisão, mais precisamente no volume intitulado "Classificação de transtornos mentais e de comportamento" (CID-10/TMC), editado em 1993 - que se apresenta em duas publicações distintas, a saber, CID-10/TMC/descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (OMS, 1993) e CID-10/critérios diagnósticos para pesquisa (WHO, 1994) - oferece, no que concerne aos Transtornos Hiperkinéticos, a definição que se segue.

*[Os Transtornos Hiperkinéticos caracterizam-se] por início precoce; uma combinação de um comportamento hiperativo e pobremente modulado, com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento. É pensamento geral que anormalidades constitucionais desempenham um papel crucial na gênese desses transtornos, mas o conhecimento de uma etiologia específica não existe no momento (OMS, 1993, p. 256).*

A revisão bibliográfica (Schechter, 1982; Werner, 1992; DSM-IV, 1995 ) sobre o conceito atual de Transtornos Hiperkinéticos coloca em evidência uma grande variedade de termos correlatos, a saber: *lesão cerebral mínima* (Strauss e Lehtinen, em 1947); *síndrome do impulso hiperkinético* (Laufer, em 1957); *disfunção cerebral mínima* (Grupo de Estudos Internacionais de Oxford, em 1962); *reação hiperkinética da infância* (Associação Americana de Psiquiatria, em 1968); *síndrome hiperkinética da infância* (OMS/CID-9, em

1978); *distúrbio deficitário de atenção - com ou sem hiperatividade* (Associação Americana de Psiquiatria, em 1980); *distúrbio de hiperatividade por déficit de atenção* (Associação Americana de Psiquiatria, em 1987); *déficit de atenção/hiperatividade* (Associação Americana de Psiquiatria, em 1993).

Cumprе assinalar que, particularmente sob a denominação de "disfunção cerebral mínima", abrigavam-se os "transtornos de hiperatividade" e os "transtornos de aprendizagem" (também denominados "dislexia específica", "transtornos específicos de aprendizagem", entre outros).(Alves, 1990).

Clements e Peters (1982, p. 229-231) informam que, em 1966, foram localizados, exclusivamente na literatura americana, mais de quarenta termos para descrever a criança com "disfunção cerebral mínima" ou com o quadro equivalente de "incapacidades específicas de aprendizagem", pois de mesma etiologia e conjunto de sintomas. Em referência ao emprego dos termos, os autores oferecem a seguinte distinção: "disfunção cerebral mínima" é empregado como designação médica para certas alterações de comportamento e/ou de funções cognitivas, resultantes de formas leves de suposta disfunção do sistema nervoso central; já o termo "incapacidades específicas de aprendizagem" refere-se a uma das principais manifestações da "disfunção cerebral mínima", sendo empregado, preferencialmente, por educadores.

Atualmente, a CID-10/TMC apresenta os Transtornos Hipercinéticos e os "transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares" como entidades nosológicas distintas. A despeito de tal distinção, as bases conceituais de ambos os quadros encontram-se, historicamente, imbricadas.

Desde o momento em que dá início à investigação do tema concernente à manifestação de comportamento hipercinético na infância, a Medicina centra esforço em estabelecer relações entre os dados empíricos e os determinantes de base orgânica (em

oposição a categorias oriundas da Psicologia). Assim, ao se defrontar com dificuldades inerentes à investigação do comportamento humano, o saber médico instaura a possibilidade da indeterminação etiológica e privilegia a descrição clínica e diretrizes diagnósticas, respaldando-se no pressuposto de que os comportamentos humanos condicionam-se, necessariamente, a mecanismos orgânico-funcionais, ainda que não identificados.

A presente revisão bibliográfica será apresentada em duas partes: na primeira, serão enfocados, de forma crítica, os marcos principais da elaboração e trajetória do conceito de transtornos hipercinéticos; na outra, será problematizada a relação entre a incorporação do conceito e determinadas mudanças históricas pertinentes ao contexto macrossocial.

#### **4.2 Transtornos Hipercinéticos: Construção e Trajetória do Conceito**

A partir do primeiro quarto do século XIX têm início estudos que visam à localização cerebral de funções mentais superiores, notadamente aqueles relacionados aos distúrbios de linguagem, em oposição à idéia vigente de as funções mentais serem dependentes do cérebro como um todo, isto é, o princípio da "ação em massa do cérebro". Entre os autores e seus esforços localizadores da linguagem, destacam-se: Bouillaud, em 1825, localiza o "órgão legislador da palavra" nos lóbulos anteriores do cérebro; Dax, em 1836, relaciona distúrbios de linguagem e lesões do hemisfério esquerdo; Broca, em 1861, descreve o "centro das imagens motoras das palavras", situado na base da terceira circunvolução frontal esquerda; Wernicke, em 1874, descreve a "afasia sensorial", por lesão da primeira circunvolução temporal esquerda.

A essas descobertas sucederam-se uma série de estudos com vistas a identificar áreas cerebrais responsáveis por transtornos de leitura, escrita, raciocínio matemático, orientação espacial, atenção, hiperatividade, entre outros.

A título de ilustrar as origens da tematização dos Transtornos Hiperativos pela Medicina, assim como a existência de representações sociais que colocam em relevo as características de uma criança hiperativa, em um passado longínquo, cita-se o poema do médico alemão Henrich Hoffmann, de 1854 (Silver, 1993, p. 3).

*Phil, stop acting like a worm,  
the table is no place to squirm.  
Thus speaks the father to his son,  
severely says it, not in fun.  
Mother frowns and looks around  
all though she doesn't make a sound.  
But, Philip will not take advise,  
he'll have his way at any price.  
He turns,  
and churns,  
he wiggles  
and jiggles  
Here and there on the chair;  
Phil, these twists I cannot bear.*

Little estabelece, pela primeira vez, em 1861, a relação entre eventos perinatais (hipóxia) e lesão cerebral, com conseqüente disfunção do sistema nervoso central e influência na condição física e mental da criança (Black, 1982, p. 88).

Demoor, em 1901, ocupa-se em retratar um grupo de crianças que apresentam "um desequilíbrio da afetividade, excesso de expressão das emoções, ambivalência das reações (iras que rapidamente se transformam em carícias ...), falta de inibição e de atenção e necessidade constante de mudanças e movimentos, com palavras e gestos entrecortados",

oferecendo a imagem de uma "coréia mental" como sugestiva do quadro clínico em foco no presente estudo (Ajuriaguerra, 1976, p. 239).

Tredgold, em 1908, introduz a noção de que graus mais leves de lesão do sistema nervoso central no período perinatal podem causar, mais tarde, dificuldades escolares (Black, 1982, p. 20).

Paralelamente à hipótese de lesão surge a de disfunção cerebral. Em 1913, Dupré fornece a seguinte explicação causal para o quadro que denominou de "debilidade motora": não se trata de um transtorno neurológico, como evidente em casos de paralisia ou paresia, mas procede de um processo inibidor do desenvolvimento das funções motoras e especificamente do sistema piramidal. Trata-se, portanto, de um estado de insuficiência ou imperfeição das funções motoras, o que se inscreve no marco de processos maturativo-funcionais (Ajuriaguerra, 1976, p. 234). Em 1925, Dupré destaca as seguintes características do referido quadro: hiperatividade, desajeitamento, instabilidade e deficiente fixação da atenção, e conseqüente desadaptação na escola ou no lar (Lefèvre, 1972, p. 3).

Um passo importante na elaboração do conceito de "lesão cerebral" como etiologia dos Transtornos Hipercinéticos foi a observação de seqüelas comportamentais e cognitivas resultantes de traumatismo ou infecção cerebrais na infância. Crianças vítimas da epidemia de encefalite de von Economo, ocorrida durante a Primeira Guerra Mundial, apresentaram, em conseqüência, transtornos comportamentais, tais como conduta anti-social, impulsividade, labilidade emocional e hiperatividade, com escasso ou nenhum prejuízo intelectual.

Em 1922, Holman ao descrever a "**desordem pós-encefalítica do comportamento**", evidenciou que após a fase aguda da doença era possível constatar, em algumas crianças, significativas alterações de caráter e comportamento, notadamente irritação, inquietude,

desobediência, instabilidade emocional, humor caprichoso e atitudes de importunar ou brigar com outras crianças. Em 1932, o estudo de Bond coloca em relevo, além das acima mencionadas, as seguintes características: cabular aulas, mentiras, roubo, medos e temeridade, afetividade insípida, regressão a hábitos infantis (Wender, 1974, p. 45-46).

Observaram-se também manifestações comportamentais similares em crianças com seqüelas de traumatismo craniano (Black, 1982, p. 20). Em 1937, Blau (Wender, *op. cit.*) apresentou relatos clínicos sobre alterações comportamentais após dano craniano, caracterizadas por mudança de personalidade, com manifestação de comportamento anti-social, instabilidade emocional e hipercinesia, podendo estar presentes, ainda, comportamentos agressivo, destruidor, cruel, mentiras, roubos, egocentrismo e atitudes infantilizadas para a idade.

Em 1941, Strauss e Werner relataram que crianças mentalmente comprometidas e com antecedentes de agressão cerebral, perinatal ou em fase posterior, apresentavam maior incidência de traços de hiperatividade, labilidade emocional, teimosia e alteração perceptiva, comparativamente àquelas em que se evidenciava prejuízo mental, mas sem esse tipo de antecedente (Black, 1982, p. 20).

Em 1947, Strauss e Lehtinen introduzem a hipótese de "lesão cerebral mínima" para explicar sinais de inquietação e hiperatividade em crianças. Estabelecem, ainda, que, independentemente de sua localização, as "lesões cerebrais mínimas" acarretam "transtornos de comportamento". A partir de então, o termo "lesão cerebral mínima" passou a ser utilizado para explicar não só os quadros de "transtornos de comportamento", mas também os de "transtornos de linguagem" (oral e escrita), apesar de não haver evidências de danos estruturais do cérebro (Black, *ibid.*).

Em função de controvérsias relativas à ausência de evidências de lesão estrutural do sistema nervoso central, o termo "lesão cerebral mínima" (relacionado a quadros de "transtornos de comportamento e aprendizagem") dá lugar ao conceito de "disfunção cerebral".

Em Laufer *et al* (1957) descrevem a "síndrome do impulso hipercinético", caracterizada por desatenção, hiperatividade, impulsividade, irritabilidade, baixa tolerância à frustração, pobres resultados escolares e problemas visomotores, e anunciam o conceito de "disfunção cerebral". Cumpre assinalar que, nesse ano, Laufer relatou os efeitos benéficos de medicação estimulante para crianças que apresentavam a referida síndrome<sup>1</sup>.

Em 1962, o Grupo de Estudos Internacionais de Oxford, em debate sobre a precariedade da noção de lesão sutil, mínima, do sistema nervoso central, propõe e consolida, no interior da Medicina, a noção<sup>2</sup> de "disfunção cerebral mínima" (Ajuriaguerra, 1976, p. 242).

Em 1965, Clements e Peters (1965a, 1965b), de posse do conceito de "disfunção cerebral mínima", integram a equipe de um projeto, patrocinado pelo governo dos Estados Unidos, com o objetivo de elaborar diretrizes diagnósticas atinentes aos desvios de comportamento e aprendizagem de crianças que possuem capacidade intelectual situada na média, ou mesmo acima, com prejuízos neurológicos leves. Frente a controvérsias existentes sobre a gênese e o diagnóstico, concernentes a esse tipo de desvio de comportamento e aprendizagem, particularmente às postulações oriundas da Psicologia, os autores mencionados buscam o consenso entre divergentes abordagens, oferecendo o amálgama

---

<sup>1</sup> Em 1937, Bradley publicou seus achados sobre o uso do estimulante anfetamina (benzedrina) em crianças agitadas com distintos diagnósticos, obtendo, particularmente, resultados benéficos com aquelas que apresentavam problemas de comportamento e de rendimento escolar. Em 1954, foi feita a síntese do metilfenidato (paranfetamina), de largo uso até os dias atuais (Biederman e Steingard, 1990: p. 1-3).

<sup>2</sup> Com a expressão "noção" quer-se frisar aqui a insuficiente clareza científica de ambas as formulações. Ao longo do texto, entretanto, será utilizado, também, o termo conceito. Ainda que os conceitos sejam os elementos centrais de sustentação de uma teoria, a Medicina, ao exercer forte impacto no imaginário científico e social, a partir de sutis esboços lógicos com vistas a formular seus objetos de estudo, faz com que noções se afigurem como conceitos.

orgânico-funcional ancorado no modelo positivista de redução da dimensão do psiquismo e da vida social a manifestações de comportamentos e sua descrição e classificação médica.

A noção de “Disfunção cerebral mínima” (DCM) oferece as bases para que Clements e Peters levem a efeito o esforço no sentido de se alcançar o consenso anunciado em termos de critérios de avaliação e terminologia diagnóstica. Ainda que não explicitado, esse esforço vinculava-se ao interesse governamental em oferecer uma resposta clínica às pressões sociais relativas ao baixo rendimento escolar das crianças americanas de classe média. Nesse contexto, lançava-se a indagação social: quais as razões que estavam levando crianças bem nutridas e inteligentes a um baixo rendimento escolar e problemas comportamentais? A explicação médica assume, então, seu papel regulador das relações socioeconômicas. Antes, porém, de examinar o contexto histórico de produção e popularização dessas formulações (o que será abordado no item 4.3), serão destacados seus conteúdos médicos.

Entre as evidências comportamentais em crianças com síndrome de DCM, Clements e Peters (1965b) destacam: **dificuldades escolares** (envolvendo leitura, escrita, aritmética e conduta); **defeitos subjacentes a esses retardos parciais** (de atenção - mesmo em crianças que não manifestam comportamento hipercinético; de percepção; de memória - memória imediata curta; de coordenação visomotora); **comportamento hiperativo e impulsivo** (presentes em algumas dessas crianças); **emoções lábeis**. Referem-se, ainda, aos seguintes sinais que podem estar presentes: disdiadococinesia, incoordenação motora fina, inabilidade para o desenho, dificuldade no reconhecimento de figura-fundo e em planejar ações.

Ressalta-se, a seguir, a definição oficial assumida pelo projeto nacional intitulado “Minimal brain disfunction in children - terminology and identification”, publicada, nos termos que seguem, em 1966, pelo Public Health Service, U.S. Department of Health, Education and Welfare (Clements e Peters, 1982, p. 230).

*O termo disfunção cerebral mínima refere-se a crianças com inteligência geral próxima da média, média ou superior à média, com distúrbios de*

*aprendizagem e/ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios manifestam-se por variadas combinações de déficits na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. Essas anomalias podem ser decorrentes de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas. A definição admite a possibilidade de que privações severas precoces possam resultar em alterações permanentes do sistema nervoso central. Durante os anos escolares uma variedade de incapacidades de aprendizagem constitui a mais importante manifestação do que é definido por disfunção cerebral mínima.*

*O termo não inclui crianças que apresentam problemas de aprendizagem por deficiências visuais, auditivas ou motoras, retardo mental, transtornos emocionais ou desvantagens ambientais, culturais ou econômicas.*

Clements e Peters (1982, p. 230-235) reeditam, na década de setenta, o que denominam "síndrome de disfunção cerebral mínima". Apontam dez sinais e sintomas que, em totalidade ou não, afiguram-se no quadro de "disfunção cerebral mínima/transtornos específicos de aprendizagem": incapacidade de aprendizagem; déficits de atenção; déficits de linguagem receptiva, integrativa ou expressiva; déficits de memória, desvios da atividade motora; déficits de coordenação e outros sinais neurológicos menores; déficits perceptivos (auditivos, visuais e/ou propioceptivos); dificuldades em compreender abstrações de vários níveis; labilidade emocional; impulsividade. À luz de sua experiência clínica, oferecem, ainda, as seguintes entidades clínicas, em sua forma pura, e ressaltam que, em geral, ocorrem sob formas mistas, que se abrigam na síndrome de DCM, com vistas a prescrições pedagógicas e/ou terapêuticas, a saber.

- **DCM, tipo hiperkinético.**

Apenas 2% das crianças com DCM enquadram-se nessa entidade clínica pura. São crianças inteligentes, que manifestam uma excessiva atividade motora, "sem finalidade alguma e improdutiva, que escapa ao controle da criança", acarretando grandes problemas em casa, na escola e no ambiente social. Essas crianças dispõem de capacidade mental para aprender, "em uma situação estruturada de forma individual" e "seu baixo rendimento escolar está mais relacionado com sua 'impulsividade' extrema", conduzindo-a

a passar de uma atividade a outra, do que com incapacidade de decodificação. Manifesta grande fadiga em atividades que requerem atenção a detalhes. Em um pequeno número de casos, há ocorrência de comportamento hiperativo em um dos pais, o que sugere o envolvimento de fatores genéticos.

- **DCM, tipo hipocinético.**

O tipo hipocinético puro corresponde, também, a 2% do grupo de crianças com DCM. São crianças com desempenho lento nas atividades motoras; geralmente apresentam atrasos ou alterações no desenvolvimento da linguagem (o que representa, em termos prospectivos, a possibilidade de incapacidade grave para leitura). Em idade escolar, manifestam lentidão nos processos mentais, no movimento e na linguagem expressiva, apesar de se tratar de crianças colaboradoras. O sintoma dislexia (diferentemente do quadro de "dislexia de desenvolvimento") liga-se à lentidão no processamento da informação e no movimento.

- **Déficit de desenvolvimento das funções simbólicas.**

- (i) Dislexia específica de desenvolvimento.

A criança possui inteligência normal e não apresenta problemas comportamentais. Sua grande dificuldade resulta na associação grafema/fonema. Os autores comentam que, embora seja por muitos considerado um transtorno do sexo masculino, em sua amostra crianças de sexo feminino apresentaram o quadro, com a ressalva de que essas "meninas tendem a ser de aspecto 'masculino', e suas atividades são também desse tipo, por exemplo, participam em uma variedade de esportes, exibindo uma excepcional competência".

- (ii) Discalculia específica de desenvolvimento.

Quadro caracterizado por grande dificuldade para memorização numérica, para relacionar quantidade e representação, para distinguir direções seqüenciais e para operações matemáticas básicas. Esse transtorno diferencia-se daqueles em que há atitudes de impaciência frente a operações que exigem atenção a detalhes, resultantes de fatores emocionais ou déficit de atenção.

(iii) Disortografia específica de desenvolvimento.

A criança pode aprender a ler com facilidade, baseando-se na configuração da palavra como um todo, apresentando, porém, transtorno na capacidade de soletrar. Apresenta dificuldades de relacionar "letras" e sons, assim como de estabelecer uma correta ordem seqüencial, inclusive em palavras familiares.

(iv) Disgrafia específica de desenvolvimento.

É um quadro raro, em sua forma pura. Trata-se de um transtorno na atividade motora da escrita, podendo ser relacionado a deficiências na integração visomotora fina e a déficits na percepção de direcionalidade.

(v) Disfásias de desenvolvimento.

Transtorno da fala e da compreensão, por déficits de linguagem receptiva, integrativa e/ou expressiva.

- **Discinesias de desenvolvimento.**

Trata-se de um transtorno presente em um pequeno número de casos, o que sugere ter origem familiar (possível envolvimento de fatores genéticos). Caracteriza-se por alterações da coordenação motora fina ou ampla e não exige a presença de hipercinesia e de incapacidade de aprendizagem. Devido à torpeza motora, essas crianças não se ajustam a atividades esportivas.

- **Paralisia cerebral subclínica ou mínima.**

Relaciona-se a problemas gestacionais e de parto. Os sinais neurológicos que podem estar presentes são: alterações dos reflexos tendinosos profundos; disdiadococinesias; ligeira disartria (sinais motores quase puros); ou, ainda, pequenas alterações posturais e ligeiras incoordenações (sinais sutis). Pode-se verificar, também, presença de dificuldades de abstração e labilidade emocional.

- **Déficit específico de atenção (sem hiperatividade).**

É pequeno o número de casos puros, incluídos nesse subgrupo. Aparentemente, trata-se de crianças "distraindas"; clinicamente, apresentam alteração de aprendizagem, por dificuldades relacionadas à figura-fundo e/ou referentes a relações entre os dados perceptivos e a memória imediata. A causa desse fenômeno pode ligar-se a uma rápida fadiga dos circuitos do sistema nervoso que são a base dessas funções. Podem manifestar, ainda, inquietude e intranquilidade, assim como podem apresentar baixo rendimento escolar, mesmo aquelas crianças muito inteligentes.

- **Disfunções cerebrais mínimas mistas.**

Representam cerca de 85% do grupo de DCM. O tipo misto mais freqüente apresenta déficit de linguagem, que se expressa por dificuldades moderadas para ler e soletrar, baixa capacidade de atenção e hiperatividade leve ou moderada. Apesar de essas crianças apresentarem déficit de atenção e dos atos integrativos do sistema motor, podem responder adequadamente a atividades estruturadas individualmente, sem a presença de estímulos externos.

A revisão bibliográfica sobre o tema aponta uma grande variedade de fatores etiológicos que pode estar envolvida no quadro de "disfunção cerebral mínima". Wender (1974, p. 48-64) destaca os seguintes fatores da síndrome de DCM: lesão cerebral orgânica; transmissão genética (anormalidades poligenéticas); desvios no desenvolvimento fetal (diminuição do tamanho do cérebro, estrabismo, discretas malformações, como epicantos, orelhas malformadas, palato subdesenvolvido, sindactilia, entre outros); determinantes psicogenéticos (subgrupo etiológico particular, em que a síndrome de DCM é considerada uma reação a tensões ambientais ou neuróticas internas, sendo que, na perspectiva do autor, é duvidosa a existência dessa forma reativa da síndrome, enquanto considera existirem vagas evidências de uma forma produzida por privação afetiva e de estímulos). Lefèvre (1975, p. 15-16), em seu livro "Disfunção cerebral mínima", cita os fatores etiológicos que se seguem: genéticos, sofrimentos perinatais menos intensos, pequenos traumatismos cranianos, possíveis complicações de vacinações ou viroses, distúrbios hidroeletrólíticos,

meningoencefalites, distúrbios bioquímicos (envolvendo neurotransmissores, como as catecolaminas).

Ajuriaguerra e Marcelli (1986, p. 325-327), frente à heterogeneidade de classificações e descrições clínicas de DCM, seus sinais e sintomas, oferecem, em resumo, variados achados bibliográficos e alguns comentários críticos que consideram indicativos da fragilidade conceitual do quadro, a saber: **dificuldades motoras** (que variam de inabilidades simples a dispraxias importantes); **dificuldades de atenção** (que se revelam por baixa capacidade de concentração e de permanência em tarefas); **dificuldades cognitivas** (tais como falhas quanto à localização espaço-temporal e reprodução de seqüências rítmicas); **dificuldades escolares** (que incluem desde as "incapacidades específicas de aprendizagem" até as dificuldades globais que interferem na aprendizagem escolar); **dificuldades de controle pulsional** (que incluem o mau controle dos esfíncteres - enurese e encoprese - e a impulsividade propriamente dita); **dificuldades relacionais** (manifestações de raiva, de não aceitação de críticas, ajudas ou conselhos); **dificuldades afetivas** (que incluem labilidade emocional, extrema reatividade a frustrações, agressividade, estados de cólera e o aspecto disfórico de todas essas reações); **dificuldades familiares** (por originar discórdia com e entre os pais); **presença de sinais neurológicos discretos** (tais como incoordenação motora fina, movimentos coreiformes, desajeitamento motor, pobreza de linguagem, apesar de se tratar de questionáveis achados neurológicos); **presença de estigmas físicos** (por exemplo, anomalia do epicanto e das orelhas, arcos palatinos acentuados, estrabismo, terceiro artelho longo e espalmado, crânio pequeno ou muito pontudo).

Frente à caracterização diagnóstica e aos procedimentos metodológicos restritivos, pois notadamente empíricos, pode-se constatar que, sob a denominação de "disfunção cerebral mínima", afiguram-se classificações diagnósticas que comportam os mais diversos sinais e sintomas, sob a rubrica das também mais diversas etiologias orgânicas, em combinações infinitamente admitidas. Trata-se, portanto, de um esforço classificatório de dados empíricos, que à medida que se apresentam, são arrolados como pertencentes ao quadro, abrigadas na noção ampla de disfunção cerebral. O caráter eminentemente empírico dos trabalhos sobre DCM (os dados falam por si), o enquadramento no plano biológico de

sinais e sintomas que dizem respeito à complexidade do psiquismo humano, a pretensão descritiva esvaziada do detalhamento que esse procedimento metodológico exige; eufim, o empiricismo em detrimento de aportes teórico-metodológicos, capazes de ancorar a demarcação e a análise do objeto de estudo, são os problemas que colocam em xeque a validade teórica e clínica do conceito.

A despeito dessa ordem de problemas teórico-metodológicos, verifica-se que os estudos clínicos e as pesquisas empíricas continuam não apenas a sustentar a existência e o postulado orgânico-biológico do quadro, como também alcançaram a institucionalização do diagnóstico, com o aval da Organização Mundial de Saúde, por meio da "Classificação Internacional de Doenças (CID/TMC)", e da Associação Americana de Psiquiatria, através do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM)<sup>3</sup>. Explicitamente, a perspectiva ateórica é anunciada nas publicações oficiais das referidas instituições.

Em 1965, na CID-8, os TH não comparecem como entidade nosológica particular, passíveis, entretanto, de serem incluídos na categoria "distúrbios de comportamento da infância" (código 308), sem quaisquer subdivisões, já que reservada às condições não passíveis de classificação em outras categorias (Kendell, 1975, p. 94-99).

A Associação Americana de Psiquiatria edita, em 1968, o DSM-II, e, no que diz respeito aos "distúrbios de comportamento da infância e adolescência", apresenta a subdivisão "reação hiperquinética", código 308.0 (ibid., p. 99) definida como um meio termo entre "perturbações circunstanciais passageiras" e "psicoses", assim como entre "neuroses" e "distúrbios de personalidade", "no que se refere à estabilidade e resistência ao tratamento" (Kaplan e Sadock, 1984, p. 251). Nessa publicação, verifica-se que: (i) não há referência relativamente a "déficit de atenção"; (ii) os "distúrbios específicos de aprendizagem" são pertencentes à categoria dos "sintomas especiais" e, portanto, a uma categoria distinta daquela que comporta a "reação hiperquinética".

---

<sup>3</sup> Utiliza-se a sigla DSM, do original em inglês, "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", pelo fato de constar da própria edição em português, no Brasil.

Em 1973, a OMS produz um glossário, como **apêndice da CID-8**, em que apresenta subdivisões pertinentes aos "distúrbios de comportamentos na infância", entre as quais "**síndrome hipercinética**" (Kendell, 1975, p. 97).

Em 1978, a **CID-9**, apresenta a "**síndrome hipercinética da infância**", código 314, onde se incluem os subgrupos (Kaplan e Sadock, 1984, p. 241): "**perturbação simples da atividade e atenção**" (314.0); "**hipercinesia com atraso do desenvolvimento**" (314.1); e "**perturbação da conduta hipercinética**" (314.2). Evidencia-se, então, que o diagnóstico não implica, necessariamente, a ocorrência simultânea de sinais de desatenção e de hiperatividade.

O **DSM-III**, editado em 1980 pela Associação de Psiquiatria Americana, desloca o núcleo diagnóstico da hiperatividade para o déficit de atenção, sob a denominação "**perturbação por déficit de atenção com ou sem hiperatividade**"<sup>4</sup>, assim definida: "atenção pobre e concentração deficiente, evolutivamente inadequadas, caracterizam essas perturbações" (Kaplan e Sadock 1984, p. 777).

Os critérios diagnósticos adotados pelo **DSM-III** (*ibid.* p. 779) para "**perturbação por déficit de atenção com hiperatividade**" estabelecem que o quadro deve fazer-se presente quando: delinear-se antes dos sete anos de idade; persistir há mais de seis meses; não satisfizer os critérios para "**perturbação difusa do desenvolvimento**" e "**perturbação maníaca**"; e incluir sinais de: **hiperatividade** (pelo menos dois desses sinais: "atividade excessiva; dificuldade em sentar-se quieto ou agitação excessiva; inquietação motora durante o sono"); **desatenção** (pelo menos três desses sinais: "falhas em concluir pensamentos iniciados; não escutar; distrair-se facilmente; dificuldade em fixar-se em jogos") **impulsividade** (pelo menos três desses sinais: "age antes de pensar; dificuldade em organizar trabalhos; necessita de supervisão; dificuldade em esperar sua vez").

---

<sup>4</sup> O termo "distúrbio de atenção com ou sem hiperatividade" é encontrado, mais freqüentemente, na literatura brasileira sobre o tema e, também, em traduções baseadas no **DSM-III**. Optou-se pelo termo "**perturbação da atenção com ou sem hiperatividade**", pelo fato de ser o que consta na referência bibliográfica utilizada sobre o **DSM-III**, através da edição brasileira de Kaplan e Sadock, 1984.

No que se refere à "perturbação por déficit de atenção sem hiperatividade", até então sem referência nas CIDs e DSMs anteriores (cabe lembrar a "DCM do tipo hipoativo", descrita por Clemens e Peters, anteriormente enfocada), a definição oferecida pelo DSM-III resume-se, como a seguir: "síndrome encontrada em crianças que apresentam, para a idade, um prejuízo na capacidade de concentrar-se, sem o acompanhamento de uma atividade motora maciçamente aumentada" (Kaplan e Sadock, 1984, p. 783). Seguem-se as características fundamentais do quadro.

1. *dificuldade, para a idade, em manter a atenção;*
2. *dificuldades mais marcantes em atividades não-estruturadas ou em desempenhos sem supervisão;*
3. *aspectos desorganizados, impulsivos, manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes itens: a) tarefas malfeitas, apesar da intenção de desempenhá-las bem; b) exigência de atenção; c) interrupção freqüente ou intromissão imprópria na atividade ou na conversa de outras pessoas; d) dificuldade em aguardar sua vez; e) baixa tolerância à frustração;*
4. *duração de, pelo menos, um ano; e*
5. *ausência de excessiva atividade motora maciça (ibid p..783-784).*

Cabe observar que o DSM-III, além das "perturbações por déficit de atenção com ou sem hiperatividade", apresenta um diagnóstico em separado para os casos de "distúrbio de leitura", "distúrbio da aritmética", entre outros. Mais especificamente, o DSM-III apresenta na sessão dos "distúrbios geralmente evidenciados pela primeira vez na infância, meninice e adolescência" ambos os quadros clínicos, entre outros, mas que se situam em eixos diagnósticos distintos, a saber: a "perturbação por déficit de atenção" localiza-se no eixo I ("síndromes clínicas e condições não atribuíveis à perturbação mental, mas que são foco de atenção e tratamento") e os distúrbios referentes à aprendizagem" inscrevem-se no eixo II ("perturbações específicas do desenvolvimento"). *Os distúrbios referente à aprendizagem*, segundo Kaplan e Sadock (1984, p. 253), são relacionadas aos distúrbios evolutivos, enquanto *os distúrbios de atenção com ou sem hiperatividade* dizem respeito à esfera comportamental.

O DSM-III apresenta uma abordagem multiaxial de avaliação, conforme ilustra o exemplo de coexistência diagnóstica oferecido por Caixeta (Assumpção Jr, 1994, p. 131): "perturbação por déficit de atenção com hiperatividade" (eixo I); "distúrbio do desenvolvimento da leitura" (eixo II); "hiper-reflexia patelar esquerda" (eixo III, onde se localizam as "perturbações ou condições físicas"); perda da mãe (eixo IV - estressores psicossociais); dificuldades escolares moderadas (eixo V - funcionamento adaptativo no ano anterior).

A perspectiva multiaxial do DSM-III visa tanto a assinalar diferentes dimensões que afetam o psiquismo como a fornecer pistas a respeito de possível coexistência diagnóstica. A insuficiência, entretanto, desse procedimento metodológico, explica-se por meio da própria argumentação tecida no DSM-III (Kaplan e Sadock, 1984, p. 239), ou seja, sua "pretensão atórica" (vale registrar aqui, que essa postulação, epistemologicamente questionável, encontra-se expressa, também, na CID).

O **DSM-III-R**, em 1987, apresenta uma nova terminologia diagnóstica, "**transtorno hipercinético por déficit de atenção**", código que se insere na sessão dos "transtornos usualmente evidenciados na infância, meninice e adolescência", mais especificamente no grupo dos "transtornos de comportamento disruptivos".

O diagnóstico "**transtorno hipercinético por déficit de atenção**", como o próprio termo indica, retira a hipoatividade de cena, dá um papel de destaque para a hiperatividade, mas subordina-a ao "déficit de atenção".

Os critérios diagnósticos exigem que o quadro clínico tenha início antes dos sete anos, duração há mais de seis meses e inclua, pelo menos, oito dos seguintes quatorze sinais, desde que considerados inapropriados à idade mental (APA, 1987, p. 56-57):

1. *freqüentemente, mexe mãos ou pés ou se contorce na cadeira;*
2. *tem dificuldade de permanecer sentado, quando solicitado;*
3. *é facilmente distraído por estímulos irrelevantes;*
4. *tem dificuldade em esperar a vez, em jogos ou situações de grupo;*

5. *freqüentemente, responde sem pensar, antes de as perguntas serem completadas;*
6. *tem dificuldade de obedecer a instruções, não devido a comportamento de oposição ou falha de compreensão;*
7. *tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;*
8. *freqüentemente passa de uma tarefa incompleta a outra;*
9. *tem dificuldade de brincar em silêncio;*
10. *freqüentemente, fala em excesso;*
11. *freqüentemente, interrompe ou se intromete nas atividades de outrem;*
12. *freqüentemente, parece não escutar o que lhe está sendo dito;*
13. *freqüentemente, perde coisas necessárias às tarefas ou às atividades da escola e da casa (por exemplo: brinquedos, lápis, livro, dever de casa);*
14. *freqüentemente, envolve-se em atividades fisicamente perigosas, sem considerar as possíveis conseqüências (não com o objetivo de buscar o perigo), por exemplo, atravessa a rua sem olhar para os lados.*

Entre os quatorze sinais verifica-se que: os itens 1, 2, 9 e 14 relacionam-se à hiperatividade; os itens 3, 6, 7, 8, 12 e 13 correspondem à desatenção; sendo os itens 4, 5, 10 e 11 reservados à impulsividade. Pode-se, com facilidade, concluir que, em se preenchendo os seis sinais existentes de desatenção, bastariam dois de impulsividade para totalizar os oito sinais requeridos para o diagnóstico de hiperatividade, mesmo na ausência desta! Ainda que críticas dessa natureza não sejam as que de fato toquem o cerne da questão, até porque são precisamente observações desse tipo que motivam o revisionismo diagnóstico, parece relevante destacar problemas dessa ordem, pois ferem regras elementares, necessárias à própria racionalidade científica.

Kaplan e Sadock (1993, p. 771-772), sob o termo "Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade" (DSM-III) listam os seguintes fatores etiológicos que podem ou devem estar envolvidos: neurobiológicos; genéticos (em face da concordância maior em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos e da presença entre irmãos de crianças hiperativas); lesão cerebral (consubstanciada pela presença de sinais neurológicos sutis, cujas lesões remontam aos períodos fetal, perinatal ou na infância "por insultos circulatórios, tóxicos, metabólicos, mecânicos e outros, assim como por estresse e insulto físico ao cérebro (...), causados por infecção, inflamação e traumatismos"); neuroquímicos (estudos não conclusivos das monoaminas e seus metabólitos); maturativo (atrasos).

Em 1993, a CID-10/TMC/DCDD assume o termo "Transtornos Hiperkinéticos", código F90, que se inscreve sob a rubrica "transtornos emocionais e de conduta com início usualmente ocorrendo na infância e na adolescência".

Os Transtornos Hiperkinéticos caracterizam-se por "início precoce"; combinação de "comportamento hiperativo", "pobrememente modulado", com "desatenção marcante", "falta de envolvimento persistente nas tarefas", "conduta invasiva nas situações" e "persistência no tempo dessas características de comportamento" (OMS, 1993, p. 256).

Mesmo assumindo ser o sinal de desatenção um aspecto crucial das síndromes hiperkinéticas, a CID-10 assinala a impropriedade do termo diagnóstico "transtorno de déficit de atenção", adotado no DSM-III, por sugerir "a inclusão de crianças ansiosas, preocupadas (...) ou apáticas", cuja origem é de outra natureza. Sobre a gênese dos Transtornos Hiperkinéticos assinala que "anormalidades constitucionais desempenham um papel crucial (...), mas o conhecimento de uma etiologia específica não existe no momento" (*idem*).

No que se refere as principais características, aponta:

*(...) falta de persistência em atividades que requeiram envolvimento cognitivo e uma tendência a mudar de uma para outra sem completar nenhuma, junto com uma atividade excessiva, desorganizada e malcontrolada (...). Várias outras anormalidades podem estar associadas a esses transtornos. Crianças hiperkinéticas são assiduamente imprudentes e impulsivas, propensas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares por infrações não premeditadas de regras (ao invés de desafio deliberado). Em seus relacionamentos com adultos são, com freqüência, socialmente desinibidas, com uma falta de precaução e reserva normais; elas são impopulares com outras crianças e podem se tornar isoladas. Comprometimento cognitivo é comum e atrasos específicos do desenvolvimento motor e da linguagem são desproporcionalmente freqüentes. Complicações secundárias incluem comportamento anti-social e baixa auto-estima. Em consonância, há considerável sobreposição entre hiperkinesia e (...) "transtorno de conduta não socializado" (OMS, 1993, p. 256-257).*

As diretrizes diagnósticas (OMS, 1993, p. 257-259) estão centradas em sinais de hiperatividade e desatenção, os quais devem ser evidentes em mais de um contexto (casa, sala de aula e clínica) e incompatíveis com a idade cronológica e mental da criança, sendo que "os aspectos associados não são suficientes ou mesmo necessários para o diagnóstico, mas ajudam a sustentá-lo". "Transtornos de aprendizagem" (código F81) e "transtorno da função motora" (código F82) "ocorrem com bastante frequência e devem ser codificados separadamente", demarcando uma co-morbidade. Em termos de hierarquia diagnóstica, devem ter precedência sobre os "transtornos hipercinéticos": "transtornos invasivos do desenvolvimento" (F84); "esquizofrenia" (F20) "transtornos de ansiedade" (F41 ou F93.0); "transtorno de humor" (F30 a F39). Desde que os sintomas de hiperatividade e desatenção não sejam simplesmente parte dos "transtornos de ansiedade" e "transtornos de humor", é possível a co-morbidade destes quadros com "transtornos hipercinéticos".

A classificação dos "Transtornos Hipercinéticos", código F90, subdivide-se da seguinte forma:

- **F90.0 (perturbação da atividade e atenção)** - quando os critérios globais forem satisfeitos (excluídos os transtornos de conduta - F91);
- **F90.1 (transtorno de conduta hipercinética)** - quando os critérios globais tanto para "Transtornos Hipercinéticos" (F90) como para "Transtorno de Conduta" (classificação F91<sup>5</sup>) forem satisfeitos;
- **F90.8 (outros transtornos hipercinéticos);**
- **F90.9 (transtorno hipercinético não especificado)** - trata-se de uma categoria residual que deve ser empregada somente em presença de dificuldades em se diferenciar F90.0 de F90.1, mas desde que preencha os critérios globais para Transtornos Hipercinéticos

Ainda em 1993, a OMS edita a CID-10/TMC/critérios diagnósticos para pesquisa (CID-10/TMC/CDP) - sendo os que se refere aos "transtornos hipercinéticos", apresentados

<sup>5</sup> Os transtornos de conduta (F91) caracterizam-se "por um padrão repetitivo e persistente de conduta anti-social, agressiva ou desafiadora" (OMS, 1993, p. 260). São exemplos de comportamentos que podem levar ao diagnóstico de transtornos de conduta: "níveis excessivos de brigas ou intimidação; crueldade com animais ou outras pessoas; destruição grave de propriedade; comportamento incendiário; roubo; mentiras repetidas; cabular aulas ou fugir de casa; ataques de birra inusualmente frequentes e graves; comportamento provocativo desafiador e desobediência grave e persistente".

no item 4.3, como um dos procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa. Cumpre assinalar, entretanto, que a diferença básica entre os critérios propostos pela "CID-10/TMC/CDP" e a "CID-10/TMC/DCDD" reside no fato de que esta não exige a presença de sinais de impulsividade (mas somente de desatenção e hiperatividade) nem oferece parâmetros quantitativos de sinais necessários àquela.

A Associação Americana de Psiquiatria edita, em 1994, o DSM-IV (1995), que apresenta a denominação "déficit de atenção/hiperatividade"<sup>6</sup>, incluída, juntamente com os "transtornos de aprendizagem", na classificação mais abrangente dos "transtornos usualmente evidenciados na infância, meninice e adolescência", pertencentes ao eixo I ("transtornos clínicos").

Cabe assinalar que o DSM-IV desloca os "transtornos de aprendizagem" do eixo II ("transtornos de desenvolvimento") - sob o qual se inscreviam desde o DSM-III - para o eixo I. O predomínio da lógica classificatória, em detrimento de bases teóricas, faz com que a publicação sequer se ocupe de explicar essa modificação.

O diagnóstico de "déficit de atenção/hiperatividade" deve obedecer aos critérios do DSM-IV (1995, p. 82-83) que se seguem.

- Alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade devem ter início antes dos sete anos, manifestar-se em mais de um ambiente, por exemplo, casa e escola, e estar presentes há mais de seis meses, em um grau maladaptativo e incompatível com o nível de desenvolvimento.
- O quadro causa significativas dificuldades ou impedimentos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- Exclui-se o diagnóstico, quando os sintomas ocorrem apenas no curso de "transtornos invasivos do desenvolvimento", "esquizofrenia" ou "outro transtorno psicótico", ou quando os sintomas enquadram-se melhor em outro transtorno mental (por exemplo:

---

<sup>6</sup> No que se refere ao recurso gráfico de uso da barra como elemento de ligação entre os termos, cabe assinalar que se consultou o *draft* do DSM-IV, edição americana, de 1993, onde também está presente, por meio do emprego do binômio "déficit de atenção/transtorno hipercinético".

“transtorno de humor”, “transtorno de ansiedade”, “transtorno dissociativo” ou “transtorno de personalidade”).

- No que se refere à **desatenção**, devem estar presentes pelo menos seis dos seguintes sintomas:
  - (a) freqüentemente, deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
  - (b) freqüentemente, tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
  - (c) freqüentemente, parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
  - (d) freqüentemente, não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
  - (e) freqüentemente, tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
  - (f) freqüentemente, evita, reluta ou demonstra forte aversão em envolver-se em tarefas (tais como, trabalho escolar ou de casa) que requeram esforço mental continuado;
  - (g) freqüentemente, perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, exercícios escolares, lápis, livros, instrumentos ou brinquedos);
  - (h) muitas vezes, é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
  - (i) freqüentemente, apresenta esquecimento relativamente a atividades diárias.
  
- Quanto à **hiperatividade e impulsividade**, seis dos seguintes sintomas devem estar presentes:
  - (a) freqüentemente, mexe mãos ou pés, ou se contorce na cadeira;
  - (b) freqüentemente, deixa o lugar em sala de aula ou em outras situações nas quais é esperado que permaneça sentado;
  - (c) freqüentemente, corre ou sobe em coisas demasiadamente, em situações onde isso é inapropriado (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sensações subjetivas de inquietação);
  - (d) freqüentemente, tem dificuldade para brincar ou participar, silenciosamente, em atividades de lazer;
  - (e) freqüentemente, encontra-se "a mil" ou, muitas vezes, age como se tivesse "a todo vapor";

- (f) freqüentemente, fala em demasia;
- (g) freqüentemente, responde precipitadamente antes das perguntas terem sido completadas;
- (h) freqüentemente, tem dificuldade para aguardar sua vez;
- (i) freqüentemente, interrompe ou se intromete em assuntos de outros (por exemplo, em conversas e brincadeiras).

- A classificação diagnóstica é a que se segue.
  - "Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - tipo combinado: quando, além dos critérios gerais, os itens desatenção e hiperatividade (acompanhada ou não de impulsividade) são satisfeitos.
  - "Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - tipo predominantemente desatento: quando, além dos critérios gerais, apenas o item desatenção é satisfeito.
  - "Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - tipo predominantemente hiperativo-impulsivo: quando, além dos critérios gerais, apenas o item hiperatividade-impulsividade é satisfeito.
  - "Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - sem outra especificação: quando há presença de sinais proeminentes de desatenção ou hiperatividade e impulsividade, mas não satisfazem o quantitativo de sinais exigidos para a síndrome.

Além dos critérios gerais para a classificação diagnóstica do "transtorno de déficit de atenção/hiperatividade", o DSM-IV (1995, p. 79-80) traz uma novidade em termos da história do conceito, a saber: **"o desenvolvimento intelectual, avaliado por testes de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com esse transtorno"** (o que será abordado criticamente no próximo item).

No que se refere a diferentes aspectos associados ao **"transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade"**, o DSM-IV (1995, p. 80-81) destaca: (i) os transtornos de conduta estão freqüentemente associados; (ii) há prevalência de transtornos do humor, de ansiedade, da aprendizagem e da comunicação; (iii) pode haver história de abuso, de negligência, de passagens por diferentes lares adotivos, de exposição a neurotoxinas e drogas na fase intra-uterina, de infecções (como encefalite), de baixo peso ao nascer e

"retardo mental"; (iv) os achados laboratoriais não são conclusivos para o diagnóstico, mas apontam que testes que exigem "processamento mental concentrado" são anormais, apesar de não se conhecer o "déficit cognitivo" responsável (cabe a observação que, em seu estilo lingüístico indireto, o DSM-IV induz a considerar a existência desse déficit, mesmo sem assumir e definir, explicitamente, os conceitos e dados empíricos); (v) o exame físico não revela aspectos específicos, mas, em alguns casos, há ocorrência de anomalias físicas menores, como hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção (esse tipo de relação, que reaparece no DSM-IV, alimenta o imaginário em busca de uma tipologia física, que é científica e ideologicamente questionável); (vi) a síndrome é mais freqüente no sexo masculino, em uma razão masculino-feminino que varia de 4:1 a 9:1, conforme o contexto, geral ou clínico; (vii) a prevalência estimada é de 3 a 5%, em crianças em idade escolar; (viii) encontrado com maior freqüência em parentes biológicos em primeiro grau.

Na trajetória do conceito, além dos atordoantes aspectos nosográficos apresentados até aqui, sobressaem as muitas e variadas tentativas de relacionar os TH a uma **disfunção orgânica primária**. Nesse sentido, Weiss e Hechtman (1993) listam os seguintes exemplos de alterações cerebrais relacionadas ao referido quadro clínico:

- "disfunção diencefálica" (tálamo e hipotálamo), Laufer, em 1957;
- "funcionamento cortical exacerbado" (córtex), Knobel, em 1959;
- "diminuição do nível de excitação do sistema reticular de ativação", Satterfield e Dawson, em 1971;
- "sensibilidade diminuída em áreas límbicas de reforço positivo" (hipotálamo), Wender, em 1971-1972;
- "lobo frontal", Mattes, em 1980, Gualtieri e Hicks, em 1985, Chelune, em 1986.

Quay (1997) também relaciona os TH a alterações morfológicas do cérebro, como as encontradas por Giedd, através de ressonância magnética, no corpo caloso de alguns pacientes.

Entretanto, apesar dessa variedade de causas morfológicas e funcionais, e dos atuais recursos de exames por neuroimagem, persiste a falta de comprovação de uma relação unívoca entre causa e efeito, entre etiologia orgânica e TH.

Da mesma forma não têm sido conclusivo os estudos com neurotransmissores que envolvem três tipos de estudo: neuroanatômicos, bioquímicos não farmacológicos e psicofarmacológicos.

Nos estudos neuroanatômicos aponta-se que, a despeito de algumas áreas do cérebro estarem associadas a determinados neurotransmissores, a complexidade é muito grande para se chegar a conclusões:

*qualquer área pode estar envolvida com muitos diferentes neurotransmissores ou pode receber projeções de vários núcleos ou caminhos de neurotransmissores. Assim, dificilmente há uma correspondência direta entre uma área particular e um único neurotransmissor exercendo influência exclusiva sobre essa área (Weiss e Hechtman 1993, p. 341).*

Nos estudos não farmacológicos com neurotransmissores e seus metabólitos também não foi possível encontrar diferenças entre crianças com TH e crianças normais. Tais estudos envolvem a mensuração de monoaminas e seus metabólitos na urina, plasma, plaquetas e licor.

Nos estudos psicofarmacológicos, a partir da introdução de psicofármacos e da observação de seus efeitos clínicos, são levantadas hipóteses relacionando os possíveis papéis desempenhados pelos neurotransmissores - principalmente a dopamina, o sistema noradrenérgico e a serotonina - nos sintomas dos TH.

Na hipótese relacionada à dopamina e na hipótese noradrenérgica, busca-se compreender o efeito de certos estimulantes (dextroanfetamina, metilfenidato) e de outros psicofármacos sobre esses neurotransmissores. Nesse sentido observa-se que o metilfenidato

(a medicação mais usada nos TH), por exemplo, age diminuindo a recaptação e a liberação de dopamina, aumentando também a excreção urinária de epinefrina em até 200%. No caso da hipótese da serotonina, têm-se ressaltado alguns estudos que mostram, em animais, a depleção de serotonina aumenta a agressividade e a hiperatividade, ou ainda, antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamino oxidase (também usados no tratamento dos TH) afetando o metabolismo da serotonina.

Em resumo: apesar de haver indícios da relação entre os neurotransmissores e comportamento, nenhum desses estudos pode ser ainda considerado consistente até o momento.

Quanto à natureza dos sinais que compõem o quadro clínico dos TH (desatenção, hipertividade e impulsividade), podem ser ilustrativos os debates a respeito do sinal de déficit de atenção.

A desatenção é considerada, para a maioria dos autores, o sintoma central da síndrome, ou seja, o núcleo primário dos TH - que, junto com a falta de controle de impulsos, seria o fator determinante dos problemas associados a essa síndrome (tais como problemas de conduta, de aprendizagem) e determinante da própria hipercinesia - sintoma que dá nome ao transtorno (TH).

Reforçando essa idéia, Douglas inclui o déficit de atenção entre os quatro déficits primários dos TH (de atenção, de inibição, de ativação e de mecanismo de reforço), que, interagindo com déficits secundários (motivação diminuída, metacognição prejudicada e o desenvolvimento de conceitos e estratégias), produziriam problemas de aprendizagem e de performance.

Para outros autores, a atenção seletiva é que estaria comprometida e, em consequência, os indivíduos apresentariam uma propensão de alocar a atenção nos estímulos inapropriados, apresentando-se distraídos, por exemplo, em tarefas tediosas. Weiss e Hechtman (1993) reconhecem, não obstante, que a atenção não apresenta uma dimensão

Hechtman (1993) reconhecem, não obstante, que a atenção não apresenta uma dimensão unitária e que tem sido um desafio justificar como crianças *descritas pelos professores como tendo um período de atenção de 3 a 6 minutos na sala de aula poderiam sentar e permanecer concentradas em certos programas de TV por longos períodos de tempo ou poderiam passar um dia pescando com o pai (...) com excelente concentração.*(p. 38). Portanto, a alteração na atenção é seletiva para tarefas escolares, para o dever de casa e outras atividades submetidas a contextos de baixa motivação.

Sykes<sup>7</sup> (*apud.* Weiss e Hechtman, 1993, p. 38), por sua vez, afirma que, contrariamente ao que se pensava, as crianças com TH não se distraíam com estímulos externos mais do que as crianças não hiperativas normais (não confirmando, assim, a idéia, que vem desde de Strauss e Lehtinen, de que a natureza do déficit de atenção seria desse tipo), mas suas dificuldades estariam ligadas a uma dificuldade de vigilância (no teste de performance contínua - CPT<sup>8</sup>, os hiperativos falham mais por omissão ou comissão do que as crianças normais, na tarefa de apertar teclas relacionadas aos estímulos visuais ou auditivos).

Como se pode depreender, existem contradições e dificuldades para se compreender a natureza e o significado do déficit de atenção. Não obstante, são definidos critérios “objetivos” para se identificarem clinicamente déficits de atenção como condição necessária para o diagnóstico de um TH - o mesmo fato ocorre também em relação aos outros sinais dos TH.

Outro aspecto a destacar é que a maioria dos sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade referem-se a habilidades exigidas pela escola, sem que se leve em consideração o tipo de interação e de interlocução que permeia as relações que se desenvolvem no espaço escolar. Via de regra, sequer se considera, como diz Luria (1988, p. 24) que comportamentos semelhantes podem resultar de processos subjacentes diferentes.

<sup>7</sup> Sykes, D. H. *et alii*. The effect of methylphenidate (Ritalin) on sustained attention in hyperactive children. *Psychopharmacologia*, 25: 262-274, 1972.

<sup>8</sup>CPT - Continuous Performance Test

Em síntese, ao longo dos últimos cinquenta anos, os TH na infância passaram a ocupar lugar de destaque na literatura médica e na vida social - regulada por uma tipologia do sujeito "hiperativo e desatento", cujas repercussões se fazem sentir, em especial, por meio de um fraco desempenho escolar e desajustamento social. Sobressai, entretanto, o fato de que a despeito das antigas e novas hipóteses sobre os TH não apresentarem contornos mais definidos, isso não afeta a credibilidade científica e social do diagnóstico.

### 4.3 Transtornos Hiperkinéticos: Contexto Macrossocial

O contexto histórico de elaboração do quadro Transtornos Hiperkinéticos solidifica-se a partir dos anos sessenta, nos Estados Unidos da América, onde grandes parcelas de famílias de classe média não conseguiam viver de acordo com a imagem de abundância e prosperidade projetada pelo "american way of life".

Segundo Coles (1987), a emergência desses transtornos como categoria médica surge como resposta a uma demanda social decorrente do fato de a classe média americana estar inconformada com o "inexplicável" fracasso de seus filhos na escola. Duas décadas após a segunda Guerra Mundial, considerado um período de prosperidade para a classe média, surge uma série de problemas sociais decorrentes do modelo econômico. Alguns indicadores demonstram o aumento do número de divórcios, o crescente consumo de tranqüilizantes, a alta incidência de *stress* e de doenças relacionadas ao tipo de trabalho, a ocorrência de um maior número de suicídios, rebelião e alienação dos jovens etc.. Nesse contexto, a classe média, através de associações e grupos de pressão, passa a lutar contra alguns de seus problemas sociais e políticos. No que se refere aos problemas de comportamentos e aprendizagem escolar dos alunos, esses grupos não identificam a influência de um sistema social seletivo como a causa básica. Passam, então, a aceitar as explicações médicas sobre a questão, nomeadamente "disfunção cerebral mínima" e

"distúrbios de aprendizagem", que definem as causas como intrínsecas aos indivíduos, no plano do funcionamento do sistema nervoso central<sup>9</sup>.

Nesse cenário, os problemas de comportamento e o baixo rendimento escolar de alunos da classe média assumem visibilidade social, assim como o conceito médico de disfunção neurológica, como etiologia desses problemas, populariza-se e institucionaliza-se, rapidamente, graças ao fato, em particular, de a classe média americana ter aceito bem essa explicação clínica para seu filho não ser bom aluno ou apresentar problemas comportamentais.

O fator que parece ter contribuído mais para a aceitação social do referido diagnóstico diz respeito à elaboração de uma categoria clínica que diferia substancialmente das de "retardo mental" ou "privação cultural", reservadas para explicar o baixo rendimento escolar de alunos oriundos das camadas empobrecidas e das minorias étnicas. Assim, os quadros nosológicos relacionando hiperatividade, desatenção e baixo rendimento escolar com disfunção cerebral mínima ofereciam uma explicação plausível para a criança típica de classe média - bem nutrida, com acesso a bens materiais e culturais valorizados e com inteligência dentro ou acima da média - apresentar problemas de comportamento e de rendimento escolar.

Ainda na década de sessenta, o conceito em questão chega ao Brasil, através da literatura médica americana, difundindo-se pelos consultórios e clínicas privadas, anunciando um novo saber médico e a expansão do mercado de trabalho - capazes de atender à crescente demanda de alunos da classe média que apresentavam insatisfatório rendimento escolar. A partir dos anos setenta, o conceito passa a ser utilizado, também, para o diagnóstico de alunos das camadas populares, que se tornam, desde então, duplamente diagnosticados: como padecentes de "déficits intelectuais" ("retardo mental" ou "privação cultural") e de sutis "disfunções neurológicas" que justificam seu fracasso escolar.

---

<sup>9</sup>Para se ter uma ideia da proporção assumida pelo problema Coles (1987) informa que estimativas fornecidas pela Fundação Americana para crianças com distúrbios de aprendizagem, em 1985, indicam que dez milhões de crianças americanas eram padecentes desses distúrbios.

Nos dias atuais, no Brasil, a aceitação social do diagnóstico de Transtornos Hiperativos é facilmente constatada no âmbito da vida cotidiana e profissional. A atualidade desse diagnóstico, entretanto, ganha expressão inequívoca, uma vez que proposto em 1992 pela OMS, através da edição da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).

Como visto, até então, a literatura sobre o tema especifica os TH como uma síndrome que não acarreta prejuízo intelectual. É a partir da década de sessenta que o conceito e o diagnóstico se popularizam nos Estados Unidos, precisamente por não colocarem em xeque a inteligência das crianças de classe média. Era possível identificar a síndrome tanto em crianças com inteligência situada na média ou acima, como naquelas com retardo mental – salienta-se que, neste caso, haveria apenas uma co-morbidade, uma vez que déficit de inteligência não fazia parte da síndrome transtornos hiperativos.

Há, porém, um dado novo, trazido pelo DSM-IV (1995, pp. 79-80), conforme assinalado no item anterior e novamente destacado: o desenvolvimento intelectual, avaliado por testes de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Será que no contexto atual das transformações sociais e econômicas, que implicam o desemprego estrutural (Schaff, 1990)<sup>10</sup>, impõe-se à Medicina a elaboração de novas explicações clínicas para essa síndrome? Uma vez que até então, ao modelo socioeconômico do "american way of life" cabia garantir a participação da classe média em um projeto de abundância e prosperidade, e que, agora, o novo modelo exige perdas significativas desse segmento social, estaria a Medicina, em sua ação reguladora da vida social, captando, consciente ou inconscientemente, as marcas do contexto socioeconômico, normatizando-as e formulando uma resposta que se faz política e ideologicamente necessária? Qual o subtexto a ser identificado a partir da assertiva *os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações*

<sup>10</sup>Schaff, em "A sociedade informática" (1990, p.27) destaca que os mecanismos de automação dos serviços e da produção "reduzirão, às vezes de forma espetacular, a demanda de trabalho humano. Isto é inevitável, independentemente do número de esferas de trabalho que forem conservadas e do número de esferas novas que possam surgir".

*vocacionais mais fracas do que seus pares (DSM-IV, 1995: p 79) e da hipótese o desenvolvimento intelectual, avaliados por testes de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com esse transtorno (ibid. p. 79)? Ao que tudo indica, o postulado do desajustamento social e acadêmico de crianças e adolescentes com "déficit de atenção/hiperatividade" relacionado ao "déficit intelectual" parece indicar a construção da seguinte resposta médica: de fato, esse transtorno incapacita os indivíduos de participarem em condições de igualdade da vida social e da esfera do trabalho, em escassez crescente.*

A construção do quadro nosológico Transtornos Hiper-cinéticos encontra-se vinculada a conteúdos ideológicos (a Medicina é influenciada por condições sociopolíticas que determinam os rumos da investigação e da prática médicas, conforme comentários anteriores sobre a história desse conceito) e, por outro lado, traz as marcas teóricas das concepções naturalistas, sedimentadas secularmente pela racionalidade científica moderna, relativamente à determinação biológica da constituição do psiquismo do homem. A Medicina, assim, tematiza o psiquismo humano como expressão genuína do organismo individual, sem levar em conta sua determinação sociocultural.

A fragilidade teórica do quadro transtorno hiper-cinético reside, precisamente, no fato de se reificarem manifestações comportamentais - desatenção, hiperatividade e impulsividade - como se a constatação empírica desses sinais (uma vez afastadas outras classificações diagnósticas) revelasse, por si só, a existência de disfunções neurológicas (sem comprovação clínica ou laboratorial).

O presente trabalho busca contribuir para essa discussão crítica sobre o diagnóstico dos TH, assumindo a importância de explorar possibilidades de uma linha de investigação que se apoia em um paradigma indiciário e em análises de natureza microgenética, referenciadas na abordagem histórico-cultural de Lev Vygotsky, conforme foi argumentado nos capítulos anteriores.

Em função desse interesse, propõe-se como objetivo do estudo focalizar crianças diagnosticadas como **padecentes de Transtornos Hiperkinéticos**, de acordo com os critérios classificatórios vigentes, para examinar o significado dos sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade no âmbito das ocorrências do processo intersubjetivo e dialógico em que elas se envolvem.

Para atender a esse objetivo, a pesquisa abrangeu a seleção de sujeitos, a partir de procedimentos diagnósticos convencionais, e a análise de condições intersubjetivas relacionadas à presença e à ausência daqueles sinais, durante diversos tipos de atividade.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Introdução**

A pesquisa abrangeu duas etapas. A primeira, de caráter preliminar, visou, especificamente, à seleção de sujeitos diagnosticados em conformidade com os critérios vigentes, através do emprego de procedimentos convencionais para a classificação dos TH. A segunda etapa configurou-se como principal, por ter sido orientada para atender aos aspectos centrais do objetivo proposto, tendo focalizado, com o recurso da análise microgenética, processos relativos ao grupo de antes selecionados na primeira etapa.

A metodologia adotada na etapa principal encontra seus fundamentos na área da Psicologia histórico-cultural. Como já foi discutido, esta pressupõe que conhecimentos e modos de ação são construídos nas relações sociais, em contextos intersubjetivos. Nesse sentido, para a investigação dos comportamentos dos sujeitos, faz-se necessário o emprego de procedimentos minuciosos de observação e análise de situações em que se processam atividades compartilhadas.

Para o estudo de processos interativos, o registro em vídeo é um instrumento privilegiado, pois permite ao pesquisador dirigir, quantas vezes necessárias, o olhar sobre uma dada situação interpessoal, que informa sobre o que está em ocorrência e sobre práticas sociais já internalizadas (modos de sentir, pensar, comunicar e agir).

## 5.2. Etapa Preliminar: Procedimentos Convencionais de Seleção dos Sujeitos

Para a seleção dos sujeitos, recorreu-se a dois procedimentos diagnósticos de caráter convencional, baseados nos parâmetros de avaliação e classificação fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através de publicações concernentes à “Classificação internacional das doenças, décima edição (CID-10)”, mais precisamente no volume intitulado “Classificação dos transtornos mentais e de comportamento” (Capítulo V da CID-10).

Foram escolhidas duas versões da CID-10 relativas ao título “Transtornos mentais”: uma denominada “Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas” (CID-10/TM/DCDD), editada no Brasil (OMS, 1993<sup>1</sup>), e, outra, “Critérios diagnósticos para pesquisa” (CID-10/TM/CDP), publicada na Suíça, (WHO, 1994).

Nessas versões, os **Transtornos Hiperativos** encontram-se agrupados na rubrica “Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência”, sob o código **F90**.

Cumprе assinalar que a diferença básica entre os critérios propostos pela CID-10/TM/CDP e a CID-10/TM/DCDD reside no fato de que esta última não exige a presença de sinais de impulsividade (mas somente de desatenção e hiperatividade) nem oferece parâmetros quantitativos de sinais necessários à primeira.

---

<sup>1</sup> A CID-10 está em vigor, no Brasil, desde de janeiro de 1996, por determinação do Ministério da Saúde.

### 5.2.1 A CID-10/TM/DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS (CID-10/TM/DCDD)

A CID-10/TM/DCDD (OMS, 1993, p. 256-257) caracteriza os Transtornos Hiperativos como aqueles que, em geral, têm início nos primeiros cinco anos de vida, com longa duração da presença de sinais, resultantes da combinação *de comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante e falta de envolvimento persistente nas tarefas e conduta invasiva nas situações*. Tais características perduram no decorrer dos anos escolares e mesmo na fase adulta, apesar de ser possível uma melhora gradual dos sintomas. Comportamentos impulsivos, comprometimento cognitivo e atrasos específicos do desenvolvimento motor, da linguagem e relacionados às habilidades escolares podem estar associados ao quadro nosológico (co-morbidade), assim como registram-se, com frequência, complicações secundárias, notadamente comportamento anti-social e baixa auto-estima. Os Transtornos Hiperativos são mais frequentes em meninos do que em meninas.

As diretrizes diagnósticas propostas pela CID-10/TM/DCDD (*ibid.*, p. 257) exigem a presença simultânea dos sinais de desatenção e hiperatividade, os quais devem ser evidentes em mais de um contexto (casa, sala de aula e clínica) e incompatíveis com a idade cronológica e mental da criança.

A desatenção expressa-se por falta de persistência nas atividades, mais precisamente por interrupção prematura e mudança frequente de atividade.

A hiperatividade caracteriza-se por inquietação excessiva, inapropriada em situações que requerem autocontrole do comportamento.

Impulsividade, imprudência e desinibição são características frequentes em crianças padecentes de Transtornos Hiperativos, embora não sejam necessárias e suficientes para o diagnóstico em questão.

A classificação dos “Transtornos Hiper-cinéticos”, código F90, já foi apresentada na revisão bibliográfica.

Ainda que a CID-10/TM/DCDD privilegie a descrição sintomatológica em detrimento de aportes teóricos (OMS, 1993, p 2) ou considerações etiológicas, cabe assinalar que a versão em foco informa que *anormalidades constitucionais desempenham um papel crucial na gênese desses transtornos, mas o conhecimento de uma etiologia específica não existe no momento* (*ibid.* 1993, p. 256).

Outra breve consideração tecida pela CID-10/TM/DCDD diz respeito à denominação “transtornos de déficit de atenção” - em alusão à proposta da Associação Americana de Psiquiatria no DSM-III (APA, 1980) - a qual se contrapõe pelo fato de o termo “déficit de atenção” (que reaparece classificado como “transtorno hiperativo por déficit de atenção”, no DSM-III-R (APA, 1987) remeter-se, também, a problemas de outra natureza, como aqueles relacionados a quadros de apatia e ansiedade.

### **5.2.2 A CID 10/TM/CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PESQUISA (CID-10/TM/CDP)**

A CID-10/TM/CDP (WHO, 1994, p. 155-157), além de exigir a presença de sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade, estabelece, os seguintes parâmetros quantitativos: **entre dezoito sinais** (nove de desatenção, cinco de hiperatividade e quatro de impulsividade), **são exigidos para o diagnóstico, pelo menos, dez sinais** (seis de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade). Tais sinais devem estar presentes há mais de seis meses e seu surgimento ser anterior aos sete anos de idade, em um grau que é inadequado e incompatível com o nível de desenvolvimento da criança, assim como manifestar-se em mais de um contexto (casa e escola ou escola e clínica).

Os sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade estão apresentados na seção 5.2.4, (como parte integrante dos Quadros 2, 3 e 4) e no Anexo 1 (texto original em inglês).

Os Transtornos Hiper-cinéticos (F90), não são diagnosticados quando preenchido os critérios para “transtornos invasivos do desenvolvimento” (F84), “episódio maníaco” (F30), “episódio depressivo” (F32) e “outros transtornos ansiosos” (F41).

A CID-10/TM/CDP aponta a existência de casos que se encontram abaixo do limiar necessário à classificação de Transtornos Hiper-cinéticos, a saber: aqueles que não manifestam nem hiperatividade nem impulsividade, mas apenas “déficit de atenção”; aqueles que apresentam hiperatividade e impulsividade, sem apresentar os sinais requeridos de desatenção, que podem ser referidos como “transtornos de atividade”; ou, ainda, aqueles cujas queixas relativas a desatenção, hiperatividade e impulsividade remetem a um transtorno especificamente familiar ou escolar. Na verdade, esses quadros não alcançaram, ainda, suficiente validade no que diz respeito ao diagnóstico empírico; e, por outro lado, muitos deles são enquadrados na classificação “transtorno desafiador de oposição” (F91.3).

### 5.2.3 Seleção dos Sujeitos do Estudo

Para a etapa de seleção dos sujeitos, solicitou-se a cinco residentes do Serviço de Psiquiatria Infantil (SPI) - dois cursando o segundo ano e três, o terceiro - do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), supervisionados por dois docentes da Disciplina de Neuropsiquiatria Infantil, que procedessem a uma triagem diagnóstica dos cento e cinquenta e quatro pacientes em atendimento ambulatorial, no decorrer de março de 1995, através do emprego da versão **CID-10/TM/DCDD**.

Desses cento e cinquenta e quatro pacientes, dezessete foram selecionados como padecentes de “Transtornos Hiperclínicos” (classificação F90), o que corresponde a 11% do universo total.

Cabe informar que, além das recomendações da CID-10/TM/DCDD, a seleção dos sujeitos no decorrer da triagem obedeceu, ainda, ao critério de exclusão de crianças e jovens que, apesar de terem ingressado no Serviço com o quadro clínico em questão, já não manifestavam, à época da triagem, as combinações de sintomas requeridos de hiperatividade e desatenção, preconizadas na versão em foco.

Num segundo momento, os pacientes selecionados foram encaminhados para avaliação diagnóstica, realizada por dois professores da Disciplina de Neuropsiquiatria Infantil, da Faculdade de Medicina, da UFF, e por um residente do terceiro ano do Serviço de Psiquiatria Infantil, HUAP/UFF, em consonância com as recomendações presentes na versão CID-10/TM/CDP.

Dos dezessete pacientes selecionados no decorrer da triagem de 154, dois não compareceram à sessão de avaliação. Foram avaliados, portanto, quinze pacientes.

A avaliação foi concebida de modo que o avaliador observasse o comportamento do paciente em duas situações: (i) no decorrer do atendimento regular ambulatorial, que, conforme o caso, ocorria individualmente ou em grupo; (ii) complementada, a seguir, por um encontro individual do paciente com o avaliador.

Nesse sentido, combinaram-se, previamente, com o terapeuta de cada paciente (ou de pacientes em grupo), as atividades a serem propostas, a saber, recorte e colagem, dominó, jogo da memória e leitura e/ou desenho.

O critério de escolha das atividades levou em conta os seguintes aspectos: adequação à faixa etária, exigência de diferentes níveis de organização, atenção dirigida, respeito a regras, convívio social e conquista de objetivos previamente definidos.

A partir dessa segunda avaliação, houve a confirmação diagnóstica de oito casos (53,3% dos pacientes submetidos à etapa de avaliação) e a exclusão de sete pacientes (46,7% dos quinze pacientes avaliados). Verifica-se, portanto, uma redução significativa do número de casos, ao se empregar a versão CID-10/TM/CDP (Pesquisa) (Fig. 1).

Cumprir destacar, portanto, que a CID-10/TM/CDP impõe critérios mais rígidos de classificação diagnóstica, comparativamente à versão *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (OMS, 1993), exatamente pelo fato de não prescindir de quantificação do conjunto de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Outro aspecto que incidiu sobre a seleção dos oito casos do estudo foi que os pacientes manifestassem o conjunto de sinais requeridos para a classificação diagnóstica, ou seja, ainda que as informações familiares ou escolares fossem consideradas indispensáveis à caracterização do quadro, selecionaram-se, tão-somente, aqueles que manifestaram no curso da sessão de avaliação o quantitativo de sinais requeridos para desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Na seleção dos sujeitos, mantiveram-se fora da amostra os pacientes que se enquadravam em as classificações F90.8 (por não precisar os critérios diagnósticos) e F90.9 (por remeter a categoria residual de transtorno de conduta, não evidente; neste caso optou-se pela classificação F90.0).

Ainda que se possa mencionar que os critérios diagnósticos para os TH estão sujeitos, também, aos limites de tolerância do avaliador, dada a natureza social que permeia todo e qualquer processo de relação interpessoal (Coles, 1987; Sucupira, 1986; Werner, 1992), essa questão não foi examinada, no âmbito dos procedimentos utilizados, pois o propósito era especificamente realizar, de acordo com a conduta convencional, a seleção do grupo de sujeitos a ser estudado na etapa principal.

# PACIENTES COM TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - DCDD

N = 154

CID - 10 - CDP

N = 15

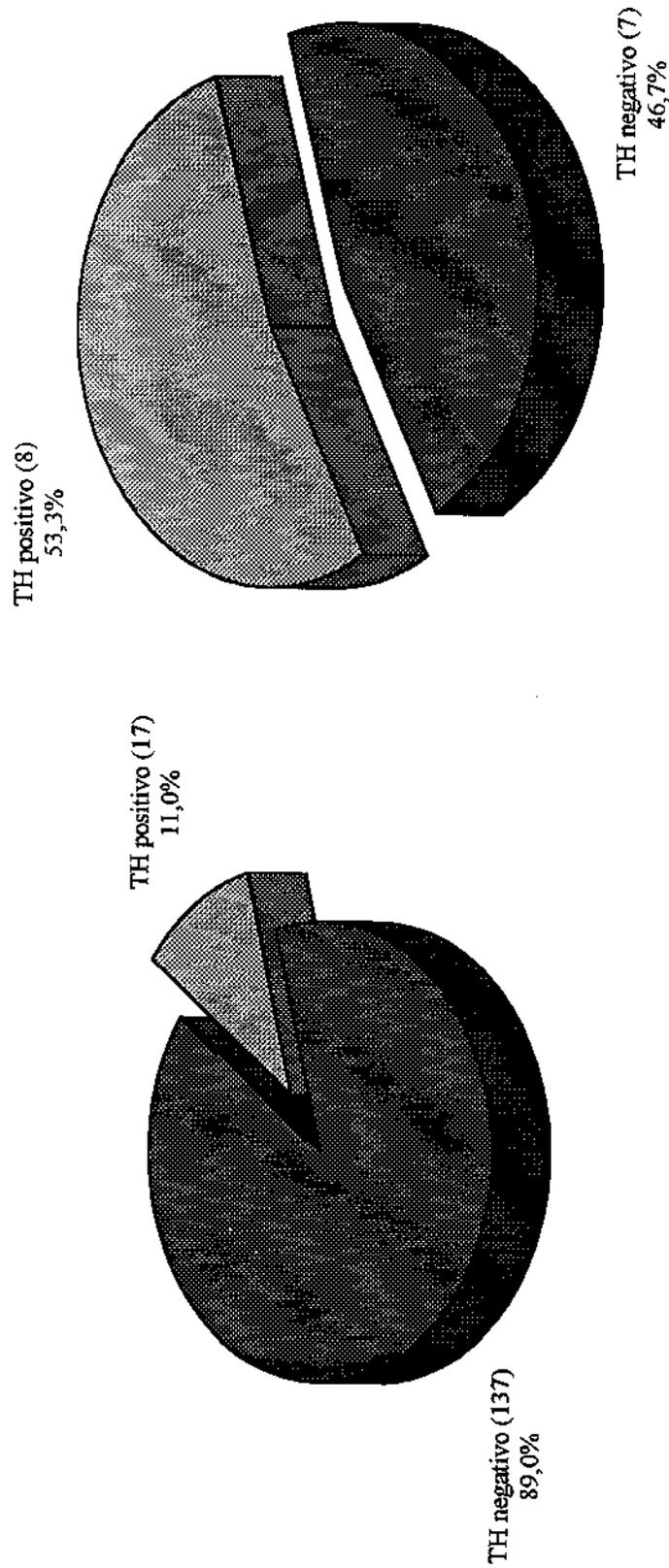


Fig. 1: Porcentagem de pacientes com diagnóstico de TH, segundo os critérios da CID-10-DCDD e da CID-10- CDP (Pesquisa).

#### 5.2.4 Os Sujeitos Selecionados

Com os procedimentos adotados, foram selecionados oito sujeitos, que mostraram a presença dos sinais de TH. Para caracterizá-los serão apresentados, a seguir os dados recolhidos dos prontuários do SPI, no que diz respeito aos antecedentes clínicos e os achados diagnósticos evidenciados no decorrer da avaliação realizada na etapa preliminar.

Os nomes dos sujeitos foram modificados para preservar a identidade dos mesmos.

##### Sujeito 1

###### a) Identificação

MARCOS

Data de nascimento: 06.06.86 (8 anos e 10 meses).

Pai: 28 anos; solteiro; 4.<sup>a</sup> série/1.<sup>o</sup> grau; comerciante.

Mãe: 27 anos; solteira; 5.<sup>a</sup> série/1.<sup>o</sup> grau; comerciante.

###### b) Antecedentes

Marcos foi encaminhado ao SPI, em agosto de 1994, por seu neurologista, por apresentar “distúrbio de comportamento”, principalmente dificuldades para se relacionar com crianças de sua idade, e enurese noturna.

Com um ano apresentou crise convulsiva febril, passando a ser acompanhado por neurologista. Realizou, desde então, apesar deste único episódio convulsivo, vários EEGs (eletroencefalogramas), que acusaram, tão-somente, alterações inespecíficas, ou seja, sem valor diagnóstico. Fez uso associado de carbamazepina, piracetam e periciazina (este último indicado pelo fato de a criança resistir ao sono) até cinco anos.

Frente ao quadro “distúrbio de comportamento”, os procedimentos farmacoterápicos empreendidos por diferentes neurologistas, ao longo desses anos, incluíram: haloperidol, carbamazepina – sendo que, ao ingressar no SPI, fazia uso de imipramina, periciazina e piracetam. Atualmente, faz uso de clonazepam, devido à queixa de insônia, e de imipramina, em função da enurese.

Segundo sua mãe, desde os nove meses de idade, ele é “muito agitado”. Atualmente, considera-o “agitado”, “desobediente”, “agressivo”, chegando a manifestar “explosões de raiva”, ainda que sem motivos aparentes, e, até mesmo, comete auto-agressões físicas.

A mãe destaca que, até quando Marcos tinha quatro anos, moravam com os avós paternos, sendo que a avó encarregava-se de cuidar da criança, durante o período de trabalho dos pais. Dessa dinâmica familiar, refere-se ao relacionamento com a sogra como “conflituoso”, por esta não respeitar sua “autoridade de mãe”, por “fazer todas as vontades” da criança e, ainda, por “dar muitos presentes e dinheiro”. Em decorrência do agravamento de conflitos, DMD e seus pais mudaram-se, passando a viver em domicílio próprio, o que prejudicou o padrão socioeconômico familiar. O avô paterno, entretanto, cedeu um bar, a fim de que o casal pudesse explorá-lo. A mãe mostra-se preocupada com o fato de a criança permanecer, desde então, nesse estabelecimento comercial, durante o tempo em que não está na escola.

Aos três anos, Marcos ingressou na escola e poucos meses depois foi agredido por um colega, razão pela qual a família transfere-o para outra instituição escolar. Nessa nova escola, começou a apresentar “problemas de comportamento”. A partir de então, passou a experimentar uma série de “trocas e expulsões” escolares - duas, por iniciativa da família, motivadas por constantes reclamações, e, outra, por determinação da escola, à época em que agrediu um colega.

Esse quadro de inadaptção escolar não tardou a ser agravado por repetências escolares: foi reprovado, na alfabetização, por duas vezes. Atualmente, cursa a primeira

série. Segundo a mãe, a professora diz que ele não apresenta dificuldades para aprender, mas encontra-se prejudicado por ser muito desobediente e agressivo.

### c) Comentários sobre avaliação

Após uma rápida conversa informal e apresentação de sugestões de atividades, Marcos optou por desenhar. Enquanto desenhava, os hidrocores caíam pelo chão, sem que se ocupasse em pegá-los, e a criança interrompia a atividade, a todo instante, ora olhando ao redor, ora conversando com o avaliador.

Ao ser encorajado a fazer uma leitura, com o auxílio do avaliador, permaneceu por pouco tempo na atividade, ainda assim reclamando e verificando se faltavam muitas páginas para o término.

A seguir, interessou-se por um jogo - espécie de bingo, cujos cartões são formados por figuras a serem sorteadas e sobrepostas àquelas correspondentes, porém incompletas, nas cartelas dos jogadores. Mais uma vez, Marcos demonstrou impaciência, não aguardando seu momento de jogar e cometendo erros de reconhecimento das figuras dos cartões em relação às de sua cartela. Ao perceber que perderia a partida, trocou sua cartela com a do examinador, esparramando os cartões, o que impossibilitou o término do jogo.

Na realização de atividades em conjunto com outras crianças implicava com os colegas, atrapalhava as atividades, agredia-os verbalmente, chamando-os de burros, ou mesmo fisicamente, por meio de empurrões etapas comportamentos típicos de “transtorno de conduta” (F91).

No decorrer de todas as atividades mencionadas, Marcos quase não permaneceu sentado, andava pela sala, falava sem parar.

De acordo com a CID-10/TM/CDP, Marcos preenche tanto os critérios diagnósticos para os “transtornos hipercinéticos” quanto para os “transtornos de conduta”, devendo, então, ser classificado como F90.1.

## Sujeito 2

### a) Identificação

WALMIR

Data de nascimento: 30.05.86 (8 anos e 10 meses).

Pai: 46 anos; separado; 4.<sup>a</sup> série/1.<sup>o</sup> grau; desempregado.

Mãe: 30 anos; solteira; 4.<sup>a</sup> série/1.<sup>o</sup> grau; faxineira.

### b) Antecedentes

Em outubro de 1994, Walmir ingressou no SPI, por apresentar, segundo o parecer de um neurologista de outra instituição, “taquicinesia, irritabilidade e baixo limiar para frustrações e, ainda, quando contrariado, fica sonolento, dorme e desperta muito irritado”, razão pela qual “fez uso de carbamazepina diária por seis meses, sem obter benefício”, sendo que “o exame neurológico mostrou-se normal, no momento”.

Dos dados de anamnese, com informações fornecidas pelos pais, sobressaem os aspectos destacados a seguir.

Walmir “sempre foi muito agitado, teimoso e desobediente”, sendo que começou a apresentar “desmaios” por volta dos seis anos, época em que foi levado ao neurologista.

Na residência, moram os pais, Walmir e sua irmã gêmea, outra irmã de seis anos, uma avó e uma tia. Segundo sua mãe, “todo mundo dá opinião na educação dele; e a avó faz muito as vontades de Walmir, principalmente após o início de sua doença”.

Começou a andar e falar com, aproximadamente, um ano e meio.

Aos quatro anos, ingressou na escola, tendo adaptado-se bem, embora apresentasse “dificuldade para aprender, porque era muito agitado”. Aos seis anos, iniciou a alfabetização, período em que “só aprendeu a escrever o seu nome”. “Atualmente, está na primeira série e não sabe ler, escrever ou fazer contas”.

Em abril de 95, a escola enviou ao SPI documento a respeito do aluno: “O aluno apresenta agressividade permanente em sala de aula, dificuldades de socialização e seu processo de aprendizagem não transcorre dentro da normalidade esperada”.

### c) Comentários sobre a avaliação

No decorrer da avaliação, foi possível observar que Walmir é uma criança muito inquieta, a ponto de não permanecer sentada para a realização das atividades ou concentrada nas tarefas propostas.

Na atividade de recorte e colagem, não conseguia organizar o material; amassava as revistas, ao folheá-las, com pressa; trocava uma revista pela outra, antes que chegasse ao fim de cada uma; deixava cair a tesoura e o material recortado; levantava-se, com frequência, para pegar o material da mesa, mesmo estando a seu alcance, ou para recolher o que derrubava no chão.

A impulsividade foi uma característica marcante, no decorrer das sessões: falava sem parar, ou consigo, ou dirigindo-se a outras crianças ou ao avaliador, além de interferir na atividade de outrem. Em geral, não planejava as ações, o que dificultava sobremaneira o seu desempenho, como no caso em que tentava retirar a última revista de uma pilha, sem remover as de cima.

Walmir preenche os critérios diagnósticos da CID-10/TM/CDP, para F90.0.

### Sujeito 3

#### a) Identificação

TIAGO

Data de nascimento: 10.01.84 (11 anos).

Pai: falecido.

Mãe: 47 anos; viúva; 2.º grau completo; secretária.

#### b) Antecedentes

Tiago foi encaminhado ao SPI, em outubro de 1994, pelo serviço de neurologia do HUAP, por apresentar “distúrbio de comportamento e hiperatividade”.

Do relato da mãe, sobressaem os aspectos que se seguem.

Teve meningite aos cinco meses, ficando com seqüelas, tais como, epilepsia (crises de ausência e crises parciais complexas), paralisia do nervo abducente à esquerda e hiperatividade.

A tomografia computadorizada revelou áreas hipodensas no córtex e na região subcortical.

Ao longo dos anos, já trocou de neurologista várias vezes, tendo feito uso de carbamazepina, barbexaclone e periciasina. Atualmente, faz uso de valproato de sódio.

“Demorou a engatinhar, falar e andar”.

Tiago ingressou na escola com quatro anos e não tardou a apresentar problemas de comportamento. Em consequência, não foi mais aceito pela escola. Por volta dos seis anos, ingressou em nova escola, em classe especial, e, mesmo assim, devido a problemas de

comportamento, os professores não aceitaram a sua permanência e recomendaram atendimento na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais). Sem que a família conseguisse vaga nesta instituição, não houve também tentativas no sentido de proceder à matrícula escolar.

### c) Comentários sobre a avaliação

Tiago encontrava-se em atendimento psicoterápico, no SPI, quando o avaliador chegou, sendo logo introduzido pela terapeuta, que participou das atividades propostas.

De início, Tiago escolheu o jogo de dominó (com figuras da “turma da Mônica”). No decorrer do jogo, por diversas vezes, interrompeu as explicações do examinador, não aguardou sua vez de jogar (virando as peças precipitadamente) interrompeu a atividade para conversar sobre outros assuntos e também para abraçar e beijar sua terapeuta, “equivocou-se” ao relacionar as figuras do jogo (só que, de imediato, percebia o “erro” e prosseguia adequadamente).

A seguir, foi proposta a atividade de desenho, ao que aceitou prontamente. Apesar de ter concluído o desenho, a atividade foi interrompida, muitas vezes, com a introdução de conversas, como por exemplo para justificar seu atraso à sessão: “tia, eu cheguei tarde porque tá chovendo e a gente pegou o maior engarrafamento”. Também houve interrupções – fossem para usar a caneta ou para obter atenção aos seus comentários e conversas –, andando pela sala ou puxando a caneta da mão do examinador, interrompendo o desenho que o examinador fazia.

Pelo fato de a história de vida de Tiago ser marcada por eventos que poderiam sugerir algum comprometimento das funções cognitivas - particularmente, o episódio de meningite; a não aceitação de sua permanência na escola regular e até mesmo sua passagem por classe especial; o encaminhamento a um serviço de atendimento a excepcionais; os achados tomográficos -, foram levantadas informações pertinentes junto a sua terapeuta, assim como, no decorrer dessa avaliação, colhidos dados de linguagem como expressão do

pensamento e como interlocução. Nesse sentido, cabe assinalar que Tiago não apresenta comportamentos que possam sugerir alterações de funções cognitivas.

Em consonância com a CID-10/TM/CDP, Thiago preenche os critérios diagnósticos para F90.0.

#### **Sujeito 4**

##### **a) Identificação**

**CATARINA**

Data de nascimento: 18.08.86 (8 anos e 8 meses).

Pai: 38 anos; solteiro; 1.<sup>o</sup> grau incompleto; laboratorista.

Mãe: 30 anos; solteira; 1.<sup>o</sup> grau incompleto; do lar.

##### **b) Antecedentes**

Catarina ingressou no SPI, em outubro de 1994, encaminhada por seu pediatra, por apresentar “problemas de comportamento”.

Segundo sua mãe, Catarina sempre foi agitada e sem concentração, assim como apresenta dificuldades em participar de brincadeiras com outras crianças.

Aos nove meses, apresentou “quadro de desmaios”, tendo sido levada ao neurologista que, após solicitar EEG, diagnosticou uma “disritmia de terceiro grau”.

A partir de então, foi dado início ao uso de anticonvulsivante. Como não apresentava melhora em termos de comportamento, ainda que não mais manifestasse episódios de desmaios, sucederam mudanças de neurologista e de conduta medicamentosa, entre as quais imipramina, clonazepam, carbamazepina, fenobarbital e sulpiride.

Aos dois anos, passou a freqüentar a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), por sugestão de sua tia, devido às “alterações de comportamento” e ao “atraso da linguagem” (começou a falar aos três anos).

Aos cinco anos, saiu da APAE, por recomendação da assistente social desta instituição, que explicou à família que Catarina não apresentava retardo mental e necessitava conviver com crianças normais (*sic*, mãe). Ingressou, então, em escola regular, no terceiro período do jardim de infância. Como não conseguia acompanhar a turma, mudou para outra escola, na qual também não alcançou êxito, tendo saído após um ano de freqüência. Desde então, não mais freqüentou a escola.

No que diz respeito às atuais atividades cotidianas, sobressai o fato de Catarina brincar somente em casa, sozinha ou com seu cachorro, pois sua mãe não permite que ela brinque na rua ou que freqüente a casa dos vizinhos, uma vez que são constantes as brigas com os colegas.

#### c) Comentários sobre a avaliação

Antes do horário de sua sessão de avaliação, Catarina adentrou na sala de atividades em que ocorria um atendimento psicoterápico em grupo e, imediatamente, começou a atrapalhar os participantes, uma vez que requisitava a atenção da terapeuta. Assim, foi solicitada a aguardar no parque (local de recepção) e, como não atendia, foi preciso acompanhá-la até a porta, dizendo-lhe que não poderia ficar ali.

Quando chamada a entrar na sala, o examinador tenta estabelecer um diálogo com Catarina, mas ela “pareceu não ouvir”, andando pela sala. Até que, com um livro na mão, o examinador aproxima-se dela, coloca a mão em seu ombro e pede para que sente no lugar indicado, pois iria contar uma história para ela. Catarina, entretanto, permaneceu por pouquíssimo tempo na atividade proposta, introduzindo enunciados distintos, que se sucediam uns a outros, como: “tia, posso brincar?”; “cadê minha mãe?” (olhando para fora e percebendo a ausência da mãe); “quero ir embora” (a terapeuta, então, explicou que não

havam terminado as atividades, e ela prossegue); “ah, esse livro é feio!”; “ele também é feio” (apontando para alguém que passa).

A seguir, foi oferecida massa de modelagem, mas, apesar de aceitar, não demonstrava interesse, apenas manuseava a massa, enquanto olhava o ambiente, fazia perguntas, levantava-se por diversas vezes para pegar alguns brinquedos - dos quais se desinteressava rapidamente.

Foi proposto, então, o jogo de memória, mas Catarina não obedeceu às regras anteriormente explicadas, sequer conseguindo esperar sua vez de jogar.

Nos poucos momentos em que Catarina permaneceu sentada, revirava-se no banco, mudando de posição constantemente.

De acordo com os critérios da CID-10/TM/CDP, Catarina enquadra-se na classificação F90.0.

## **Sujeito 5**

### **a) Identificação**

**GERALDO**

Data de nascimento: 17.01.83 (12 anos e 3 meses).

Pai: 45 anos; separado; curso primário; vigia.

Mãe: 48 anos; solteira; curso primário; diarista.

### **b) Antecedentes**

Geraldo foi encaminhado ao SPI, em novembro de 1994, devido a dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento.

Segundo relato de sua mãe, desde os dois anos Geraldo apresenta um comportamento agitado (“sempre foi distraído e nunca parou quieto”).

Geraldo sofreu crises convulsivas até os quatro anos, a primeira ocorrendo no primeiro mês de vida. No primeiro ano de vida, foi internado sete vezes devido à gravidade das crises convulsivas – chegou, inclusive, ao coma em uma das vezes. Fez uso de fenobarbital (anticonvulsivante) até os seis anos. Aos quatro anos realizou dois EEG, cujos resultados acusaram disritmia.

Com um ano iniciou – por não conseguir ficar em pé – tratamento fisioterápico, indicado pelo médico que o acompanhava na época. O tratamento teve duração de quatro meses, sendo interrompido quando Geraldo completou um ano e meio, idade em que começou a andar.

Aos dois anos, entrou na escola. Adaptou-se bem e permaneceu na mesma escola até os sete anos, quando iniciou a alfabetização.

Durante a alfabetização, apresentou um baixo rendimento, razão pela qual foi encaminhado para uma classe especial, em outra escola. Segundo sua mãe, recusava-se a permanecer na escola, e também, iniciaram-se as queixas quanto ao seu comportamento.

Como os problemas de comportamento agravaram-se, aos oito anos iniciou tratamento médico, com uso de piracetam e, atualmente, clobazam. Sua mãe relata ter percebido melhora quanto ao sono e, apenas, discreta melhora de comportamento.

Permaneceu em classe especial dos sete aos nove anos, quando retornou ao ensino regular, na primeira série. Mesmo tendo permanecido por dois anos no ensino especial, assim como tendo iniciado a primeira série aos nove anos, Geraldo cursou por três vezes a mesma série. Atualmente, cursa a segunda série.

### c) Comentários sobre a avaliação

No decorrer da avaliação foram propostas as atividades de recorte e colagem, jogo da memória e leitura e escrita. Geraldo, entretanto, recusou-se a qualquer atividade relacionada a leitura e escrita.

Na atividade de recorte e colagem, desorganizou o material arrumado sobre a mesa, misturando revistas, figuras recortadas, folhas de papel em branco, vidro de cola e tesoura, de modo que uns objetos se perdiam entre os outros, além de deixar muitas das figuras recortadas cair no chão, sendo, então, desprezadas. Após recortar várias figuras, Geraldo colou algumas em uma única folha de papel e, em seguida, dobrou-a ao meio, fazendo um vinco. Mas ao tentar cortar a folha, no local da dobradura - segurando-a sobre a mesa e com uma das mãos puxando-a - acabou por rasgá-la. Esse procedimento foi feito às pressas, sem o cuidado necessário.

Geraldo permaneceu por cerca de trinta minutos nessa atividade, apesar de mover-se incessantemente na cadeira, ora contorcendo-se, ora levantando-se.

Ainda que aceitando o convite para a realização do jogo da memória, Geraldo só conseguiu formar um par. Durante o jogo, não aguardava sua vez, atrapalhando os parceiros (essa atividade foi realizada em grupo), ou se distraía, quando chegava sua vez de jogar.

Foi possível observar que Geraldo é uma criança desatenta, não presta atenção ao que lhe é dito, não organiza previamente as atividades, assim como as realiza de forma apressada e sem se preocupar com detalhes.

Geraldo preenche os critérios diagnósticos para "transtornos hiper-cinéticos", classificação F90.0, de acordo com a CID-10/TM/CDP.

## Sujeito 6

### a) Identificação

HÉLIO

Data de nascimento: 05.04.86 (9 anos).

Pai: 39 anos; analfabeto; manobrista.

Mãe: 40 anos; analfabeta; do lar.

### b) Antecedentes

A mãe procurou o SPI, em setembro de 1994, em função de a escola ameaçar de expulsão a criança, caso a família não procurasse tratamento médico (“esta escola me obrigou a procurar um médico, porque ele não tem mais respeito com a professora”).

O comportamento de Hélio é comentado pela mãe nos seguintes termos: “é muito levado (...), ninguém tem autoridade com ele, a gente só consegue alguma coisa com ele ameaçando ou batendo nele (...). Eu e meu marido não sabemos o que vamos fazer, ele só quer rua; (...) escola, ele não se interessa”.

Hélio ingressou em uma pré-escola da rede privada aos quatro anos. De início gostava de ir às aulas, mas já havia queixas quanto ao seu comportamento, “todo dia vinha reclamação, não fazia os deveres, não prestava atenção, e batia nas outras crianças” (*sic*, mãe).

Aos seis anos, cursou a alfabetização, mas em função das constantes queixas relativas ao seu comportamento e, também devido à dificuldade de a família arcar com a mensalidade escolar, Hélio saiu da escola e passou a contar com o apoio de uma explicadora (professora particular).

Aos oito anos, foi matriculado em uma turma de alfabetização na rede pública de ensino, pois a professora achou-o muito fraco (*sic*, mãe). Atualmente, Hélio está com nove anos e mais uma vez está repetindo a alfabetização.

Em relatório enviado ao SPI, a professora de Hélio informa o que se segue. “Aluno muito agitado; costuma implicar e brigar com os colegas; perde o material, não reconhece quando é achado; destrói o próprio material, arranca as folhas do caderno, fura o plástico; chuta o material dos colegas quando cai no chão, ou joga para o alto. Tem linguagem ‘tatibitate’: sigurinha/figurinha; teijê/três; for/flor. Não presta atenção às explicações, se perde ao copiar do quadro (...). É lento para copiar, e não tem noção de tempo (ontem, hoje, amanhã)”.

#### c) Comentários sobre a avaliação

Hélio estava em atendimento terapêutico (sessão semanal, em grupo), quando o avaliador iniciou a observação. Cabe assinalar que o avaliador solicitara à terapeuta, previamente, a inclusão, no decorrer da sessão, das atividades de recorte e colagem, jogo da memória e leitura.

Entre essas atividades, Hélio optou inicialmente por recorte e colagem. Ainda que atrapalhasse a atividade dos colegas - por meio de chacotas, chegando mesmo a tomar-lhes tesoura e revistas, não parando de falar e contarolar - foi capaz de cumprir o objetivo: recortar as figuras, respeitando os limites das mesmas, usar quantidade de cola adequada e distribuir de forma satisfatória as figuras na folha de papel.

No decorrer do jogo da memória, apresentou os seguintes comportamentos: não aguardou sua vez de jogar; virava mais peças do que permite as regras; distraiu-se, com frequência, principalmente para prestar atenção em alguém que se aproximava, ou quando ouvia qualquer ruído ao redor; desafiou as orientações do avaliador; discutiu com os colegas; atrapalhou-os agressiva e deliberadamente, chegando a destruir, algumas vezes, os

trabalhos de outrem; irritou-se com facilidade, a ponto de revidar com agressões verbais ou físicas, quando contrariado pelos colegas.

Não se interessou por atividades de leitura, sequer aceitou que o avaliador contasse-lhe uma história.

Em consonância com a CID-10/TM/CDP, Hélio preenche os critérios para “transtornos hipercinéticos” e para “transtornos de conduta”, sendo, portanto, classificado como F90.1.

## Sujeito 7

### a) Identificação

PAULO

Data de Nascimento: 03.11.81 (13 anos e 5 meses).

Pai: 42 anos; 4.<sup>a</sup> série/1.<sup>o</sup> grau; forneiro.

Mãe: 34 anos; 4.<sup>a</sup> série/1.<sup>o</sup> grau; do lar.

### b) Antecedentes

Paulo foi admitido no SPI, em junho de 1992, por apresentar “problemas de comportamento e dificuldade de aprendizagem”.

Segundo sua mãe, Paulo sempre foi diferente das outras crianças: “quando pequenininho, ele era muito mole (referindo-se ao desenvolvimento psicomotor) e ficava sozinho nos cantos; depois que foi crescendo, foi ficando levado e quebrava os brinquedos”; enfim, foi, progressivamente, tornando-se mais agitado. Não há registro de patologia perinatal.

Paulo andou com um ano e meio, razão pela qual sua mãe procurou atendimento médico. O pediatra que o examinou, entretanto, não valorizou as queixas da mãe e não prescreveu nenhum tratamento.

Aos cinco anos, procurou novo atendimento médico, por orientação da escola, iniciando tratamento com psicofármacos. Após a realização de EEG, que revelou resultado normal, foi prescrito piracetam, tendo feito uso por cerca de doze meses, sem que houvesse melhora; mais tarde, a mesma medicação (com outro nome comercial) foi reiniciada, cujo uso, após um breve período, foi suspenso por sua mãe, que considerou não estar havendo melhora.

Quando a criança contava oito anos, sua mãe procurou, mais uma vez, tratamento neurológico, tendo sido prescrita clomipramina. Devido a efeitos colaterais (“tonteiras e mal estar”), a medicação foi suspensa. Posteriormente, iniciou-se uso de imipramina e, novamente, piracetam. Após cerca de dezoito meses, esses medicamentos foram suspensos, em virtude de um novo fracasso terapêutico.

Desde que ingressou no SPI, Paulo vem sendo acompanhado, simultaneamente, pelo serviço de Neurologia/HUAP/UFF. Atualmente, faz uso de sulpiride.

Dos oito aos onze anos, fez tratamento fonoaudiológico, devido a troca de fonemas. Registra-se, ainda, que dos oito aos nove anos, Paulo esteve em tratamento psicológico.

Paulo inciou a pré-escola com cinco anos. Um mês após, iniciaram-se queixas relativas a “dificuldade de aprendizagem” (sic, mãe). Permaneceu na mesma classe até a idade de oito anos, quando, então, foi matriculado na alfabetização, em outra escola.

Mais uma vez, Paulo não conseguiu acompanhar sua turma, tendo sido transferido para classe especial, na mesma escola, na qual se encontra até hoje.

### c) Comentários sobre a avaliação

Ao iniciar o atendimento do grupo, a terapeuta começou por estabelecer um diálogo com os pacientes, relativamente à escolha das atividades que seriam propostas na sessão. Paulo mostrou-se bastante inquieto, movimentava-se freqüentemente na cadeira, balançando-a, mexia constantemente as mãos e olhava a tudo ao redor, parecendo distraído. Além desses comportamentos, interrompia a terapeuta e os colegas, fazendo perguntas alheias ao contexto dos assuntos propostos. Quando a terapeuta solicitava sua atenção e participação, Paulo modificava esses comportamentos por poucos segundos.

No decorrer do jogo da memória, Paulo não cessava de falar, rir alto, assoviar e imitar os animais representados nas figuras do jogo, o que atrapalhava o grupo na realização dessa atividade. Evidenciou-se, ainda, que Paulo não conseguiu respeitar as regras, além de formar somente poucos pares do jogo.

Durante o contato individual com o avaliador, Paulo apesar, de ter concordado em o terapeuta ler uma história (cabe lembrar que ele não está alfabetizado), não permaneceu atento à atividade, não conseguindo, ao final, responder perguntas relativas ao texto.

Segundo os critérios da CID-10/TM/CDP, Paulo enquadra-se no diagnóstico F90.0

## Sujeito 8

### a) Identificação

EDGAR

Data de nascimento: 01.02.1987 (8 anos e 2 meses).

Pai: 34 anos; casado; 6.<sup>a</sup> série/ 1.<sup>o</sup> grau; servente.

Mãe: 36 anos; casada; 2.<sup>o</sup> grau completo; do lar.

## b) Antecedentes

Edgar apresentou, há três anos atrás, um episódio de crise convulsiva (a mãe relatou que estava com febre) e, em virtude disso, procurou atendimento médico, que solicitou EEG, tendo sido feito o diagnóstico de “disritmia”, quando, então, foi encaminhado ao SPI.

A mãe o descreve como sendo agitado, não pára quieto, mexendo e subindo nas coisas e não a obedecendo. Relata, ainda, que seu filho andou aos oito meses e que com um ano e meio já construía frases completas.

O ingresso escolar foi aos três anos. No decorrer do ano seguinte, após mudança de professora, começou a apresentar um comportamento “agitado”. Edgar mudou de escola várias vezes e, inclusive, ficou um período fora da escola, assistido por professora particular. Aos seis anos foi matriculado na alfabetização, sendo reprovado uma vez. Atualmente cursa a primeira série, em outra escola. Segundo sua mãe, a professora fala que ele é “um bom menino”, mas que é “rebelde”, “não pára no lugar” e, ainda, recusa-se a realizar as atividades propostas em sala de aula.

Edgar mora com os pais e a irmã mais nova. No que se refere ao relacionamento familiar, a mãe destaca as divergências do casal com relação à educação dos filhos, ressaltando que seu marido, atualmente, não é mais carinhoso com Edgar, dando “preferência” à filha. Diz, ainda, que às vezes Edgar e a irmã conseguem brincar juntos, mas que geralmente brigam muito.

## c) Comentários sobre a avaliação

Edgar foi avaliado no decorrer de seu atendimento individual no SPI.

Entre as atividades propostas, optou pelo jogo da memória. Assim, foi solicitado que auxiliasse na arrumação das peças, que deveriam ser dispostas e alinhadas sobre a mesa, com as figuras voltadas para baixo. A princípio, concordou, mas não conseguiu arrumá-las como

solicitado, pois seus movimentos acabavam por espalhar as que tinham sido ordenadas, frente ao que levantou-se e andou pela sala. Durante o jogo, Edgar não se manteve atento, mexendo-se frequentemente na cadeira, balançando-se, mudando de posição, apoiando a face ora em uma das mãos, ora em outra, inclusive levantando-se várias vezes do seu lugar, tanto para “facilitar” a jogada, quanto para pegar outros objetos na estante da sala. Não respeitou as regras do jogo, tentando virar mais peças que as duas permitidas, atrapalhando o avaliador em sua vez de jogar, tentando impedir que virasse a peça que implicaria no acerto do avaliador ou, ainda, fazendo sua jogada antecipadamente. Não raro, interrompia o avaliador, quando ele tentava relembrar as regras do jogo. Em particular, no decorrer dessa atividade falou excessivamente, inclusive aos gritos, via de regra sobre assuntos que não diziam respeito à atividade.

Por fim, foi proposta uma atividade de leitura de um pequeno livro infantil. Apesar de ter concordado em participar da atividade proposta, logo começou a reclamar, por considerar grande o livro, e a ler de forma apressada, verificando quantas páginas faltavam para o término, a ponto de abandonar a atividade para, em seguida, folhear revistas.

Segundo os critérios da CID-10/TM/CDP, o diagnóstico de Edgar inscreve-se na classificação F90.0.

A seguir, serão apresentados os Quadros 2, 3 e 4 nos quais estão apresentados, respectivamente, os sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade encontrados nos oito sujeitos do estudo. No Anexo 2 encontra-se plotado os percentuais relativos à presença dos mesmos sinais, apresentados de forma coletiva (Fig.2) e individual (Figs.3-10).

Quadro 2: Presença de sinais de desatenção nos sujeitos do estudo.

SINAIS	SUJEITOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>A</b> -Muitas vezes, não consegue prestar atenção em detalhes ou comete erros por falta de atenção em tarefas escolares, trabalhos ou outras atividades.	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>B</b> -Muitas vezes, não consegue manter atenção nas tarefas ou brincadeiras.		X	X	X	X	X	X	X
<b>C</b> -Frequentemente, parece não ouvir o que é dito.	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>D</b> -Muitas vezes, não consegue seguir instruções ou terminar trabalhos escolares (não devido a um comportamento de oposição ou por dificuldade de seguir instruções).			X	X	X	X	X	
<b>E</b> -Frequentemente, a sua capacidade de organização para tarefas e atividades fica reduzida.	X	X		X	X	X	X	X
<b>F</b> -Muitas vezes, evita ou demonstra forte aversão a tarefas como deveres de casa que exigem trabalho mental continuado.	X			X	X			
<b>G</b> -Com frequência, perde objetos necessários para certas tarefas ou atividades, tais como deveres de casa, lápis, livros, brinquedos ou ferramentas.	X	X	X			X		
<b>H</b> -Muitas vezes, é facilmente distraído por estímulos externos.	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>I</b> -Frequentemente, é desatento no curso das atividades diárias.		X	X		X	X		X

Quadro 3: Presença de sinais de hiperatividade nos sujeitos do estudo.

SINAIS	SUJEITOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
A-Freqüentemente, movimentam mãos ou pés, ou se contorce enquanto sentado.	X	X	X	X	X	X	X	X
B-Deixa o lugar em sala de aula ou em outras situações em que deveria manter-se sentado.	X	X	X	X	X			
C-Freqüentemente, corre de um lado para o outro, ou levanta-se excessivamente em situações em que não seria apropriado (em adolescente ou adultos podem estar presentes apenas sinais de inquietação).	X	X	X	X	X		X	X
D-Muitas vezes, é injustificadamente barulhento ao brincar ou não consegue dedicar-se a brincadeiras mais tranqüilas.	X	X	X	X		X	X	X
E-Exibe um quadro persistente de excessiva atividade motora, que não é substancialmente modificado pelo contexto.			X	X		X		X

Quadro 4: Presença de sinais de impulsividade nos sujeitos do estudo.

SINAIS	SUJEITOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
A-Com freqüência, responde as perguntas impulsivamente, sem que tenham sido completadas.		X	X	X		X		X
B-Muitas vezes, não consegue esperar em filas, ou aguardar a sua vez em jogos ou situações de grupo.	X	X	X	X	X	X	X	X
C-Freqüentemente, interrompe ou intromete-se em conversas ou jogos de outras pessoas.	X	X	X	X	X	X	X	X
D-Muitas vezes, fala excessivamente, sem a reserva usual ao trato social.	X	X	X	X		X		

## 5.5 Etapa Principal: Análise Microgenética

Após a avaliação e seleção dos casos para o estudo, solicitou-se a um dos professores da Disciplina de Neuropsiquiatria Infantil que funcionasse como Examinador em uma sessão de estudo (com atividades livres, no parquinho, e com atividades semi-estruturadas, na sala de atendimento do SPI/HUAP), com cada dupla ou trinca formada pelos sujeitos avaliados, com o objetivo exclusivo de se proceder ao registro em vídeo, para ulterior análise.

Para essa observação, o Examinador deveria propor atividades como jogos de mesa, recorte e colagem e leitura, já familiares a essas crianças, inscritos no cotidiano do que era realizado naquele espaço social.

O Examinador foi orientado no sentido de que suas intervenções consistissem em apresentar as atividades e dela participar de modo discreto, a fim de que sobressaíssem as estratégias e formas de regulação de ações entre as crianças e, sobretudo, com o intuito de evitar que a atuação do examinador/observador pudesse estabelecer uma rígida condução do comportamento dos sujeitos do estudo. Em outras palavras, o Examinador deveria apresentar as atividades, fornecer as explicações básicas, lembrar, quando necessário, as regras, assim como participar dos jogos de mesa e da atividade de leitura – neste caso, quando necessário. Essas atividades transcorreriam em um período continuado de uma hora e meia, mesma duração das sessões de atendimento no SPI.

Em resumo, tais atividades deveriam envolver pares ou trincas de diferentes natureza e níveis de exigência de controle de impulsos e atenção dirigida (jogos de mesa, recorte e colagem e leitura), sob a orientação de um adulto.

Essa situação é considerada semi-estruturada, em razão de articular as atividades selecionadas com a possibilidade de os participantes terem certo grau de liberdade para discorrer sobre outros assuntos, interagirem entre si.

Solicitou-se, ainda, que, antes do início de cada sessão, o examinador permanecesse com as crianças no parquinho por cerca de dez minutos, de modo a tornar possível a observação em atividades recreativas livres, sem a interferência de adultos, ampliando-se assim, a diversidade de situações a serem analisadas.

No parquinho encontram-se os seguintes brinquedos: um escorrega, uma roda, dois balanços individuais, um balanço duplo, duas gangorras.

A sala de atendimento de SPI tem cerca de vinte metros quadrados, com armários fechados, estantes com brinquedos e jogos, quadro-negro, duas mesas para quatro pessoas, com banquinhos individuais. A sala fica de frente para o parquinho, cuja divisória é uma tela aramada, que permite a iluminação e total visibilidade do espaço externo, assim como o ruído circundante externo (barulho de brinquedos e brincadeiras).

O procedimento de análise dos dados, nesta etapa principal, envolveu a transcrição do material documentado em vídeo e o exame de ocorrências relativas aos sinais de TH. Cabe recordar que a análise microgenética permite atender a propósitos diversos de investigação; entretanto, no presente estudo, será tomada como recurso para relacionar aqueles sinais a certas condições das relações interpessoais, durante as atividades.

A partir de um exame detido dos registros em vídeo, foram selecionadas, para transcrição, situações que se mostravam mais propícias à exploração dos significados dos critérios de diagnóstico. Esse material abrange situações em que se evidenciava a presença intensa ou, ao contrário, a ausência dos sinais em questão.

Em relação ao conjunto de situações focalizadas, embora todas contenham indicadores que levam a problematizar o diagnóstico, seja pela presença, seja pela ausência dos sinais, algumas mostram-se mais pertinentes que outras para a discussão de cada uma das três categorias do diagnóstico. Desse modo, optou-se por organizar a apresentação da análise de acordo com essas categorias, que são examinadas através de dois ou mais episódios. No total, estão destacados e interpretados oito episódios, que envolvem grupos

de duas ou três crianças e situações de atividade semi-estruturada na sala de atendimento ou de atividade livre no parquinho.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1 Introdução**

Neste capítulo são apresentadas descrições e interpretações dos episódios escolhidos para o exame dos significados dos sinais relativos às três categorias abrangidas pelo diagnóstico de Transtorno Hiperativo - déficit de atenção, impulsividade e hiperatividade.

Conforme esclarecido anteriormente, esse exame irá privilegiar o estabelecimento de relações entre presença/ausência dos sinais e condições do processo intersubjetivo em ocorrência, considerando-se, em especial, os modos pelos quais as ações e os dizeres dos sujeitos são significados. Tendo em vista esse interesse, embora o foco esteja posto num dos sujeitos envolvidos no episódio, a análise será dirigida para o contexto da interação, os diálogos e a forma pela qual o outro participa da relação. Assim, as interpretações remetem principalmente à atuação do examinador e, em algumas instâncias, do parceiro.

É importante esclarecer que todos os episódios selecionados contêm elementos para discussão de problemas relativos aos sinais das três categorias diagnósticas em questão. Apesar disso, optou-se por uma exposição dos dados que se mostrou mais organizada e sistemática, com o destaque analítico de cada uma das categorias.

## 6.2 Desatenção

Antes de apresentar os episódios, algumas breves considerações sobre a atenção se fazem necessárias para subsidiar as análises do material empírico.

A desatenção é considerada, para a maioria dos autores, o sintoma central, ou seja, o núcleo primário dos TH - que, junto com a falta de controle de impulsos, seria o fator determinante dos problemas associados a esse transtorno (tais como problemas de conduta, de aprendizagem) e determinante da própria hipercinesia - sintoma que dá nome ao transtorno (TH).

A despeito, entretanto, da importância clínica dada à atenção/desatenção, permanece o desafio de compreender seu papel como um dos processos psíquicos superiores, ao lado da memória voluntária, do pensamento abstrato e da auto-regulação da conduta.

É oportuno ressaltar, de início, que mesmo sendo a natureza social da atenção (voluntária) de certa forma reconhecida (implícita ou explicitamente), isto não significa que ela e suas alterações sejam examinadas por esse ângulo. Ao contrário, especialmente no caso dos TH, observa-se uma tendência em se buscar no substrato fisiológico explicação para as possíveis causas de suas alterações. Mais polêmicos, ainda, são os critérios utilizados para estabelecer os sinais que indicam clinicamente a presença de um déficit de atenção, os quais não levam em conta aspectos fundamentais da gênese de qualquer função psíquica superior.

Em psicopatologia, o significado da categoria atenção<sup>1</sup> vincula-se necessariamente à perspectiva de Jasper (1973, p. 168). Para ele,

---

<sup>1</sup> A atenção não é considerada como categoria especial por algumas teorias psicológicas, como por exemplo é o caso dos gestaltistas e alguns behavioristas: na psicologia da forma (*gestalt*) a atenção não estaria ligada à consciência, mas as leis da percepção estrutural e não chega a constituir uma categoria especial dos processos psíquicos. Da mesma forma, mas por outro motivo, os behavioristas também não consideram a atenção uma categoria. O sentido da atenção, para eles, estaria determinado pelas necessidades (ver teoria "emocional" da atenção) (Luria, 1979, p 7)

*(...) atenção é a vivência que consiste em voltar-se para um objeto; e, então, pode ser predominantemente ativa, no caso de originar-se de condições interiores; ou pode ser preponderantemente passiva, se for vivenciada mais como atração ou fascinação por alguma coisa. É nisso que reside a oposição entre atenção voluntária e involuntária.*

Partindo-se da conceituação de Jasper, as crianças diagnosticadas como padecentes de TH apresentariam *um quadro de hipotenacidade e hipervigilância*, ou seja, respectivamente, diminuição da capacidade de focalizar ativamente a atenção num determinado objeto (atenção voluntária), associada a aumento passivo da fixação em estímulos exteriores ao objeto em foco (atenção involuntária) – sejam do ambiente ou mesmo do próprio organismo - (Bastos, 1997, p.108-9).

Douglas (Weiss e Hetchman, 1993, p. 38) inclui o **déficit de atenção**<sup>2</sup> entre os quatro **déficits primários** dos TH (de atenção, de inibição, de ativação e de mecanismo de reforço), que, interagindo com **déficits secundários** (motivação diminuída, metacognição prejudicada e desenvolvimento de conceitos e estratégias), produziriam problemas de aprendizagem e de performance geral.

Outros autores consideram que é a **atenção seletiva** que está comprometida e, em consequência, os indivíduos apresentariam uma propensão de alocar a atenção nos estímulos inapropriados, apresentando-se distraídos. Numa perspectiva comportamentalista: *tarefas tediosas e demoradas*, que são poucas *reforçadoras*, *podem realçar os sintomas* (Kelly e Aylward, 1992, p. 48).

Ao contrário dessas abordagens naturalistas (mecanicista e organicista), na perspectiva histórico-cultural de Vygotsky a atenção é considerada na sua dimensão semiótica, pois é constituída e radicalmente afetada pelo uso de signos.

---

<sup>2</sup> Por ser essa a idéia dominante, há quase vinte anos a Associação Americana de Psiquiatria passou a designar de Distúrbio Deficitário de Atenção ( com ou sem hiperatividade) a então chamada Disfunção Cerebral Mínima, modificando, em 1987, a nomenclatura para Distúrbio Hiperativo por Déficit de Atenção. Atualmente o termo empregado pelo DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria é Transtorno Hiperativo, entretanto, a relevância dada à atenção, como base do fenômeno, permanece inalterada.

Para Vygotsky (1978, p. 35), a atenção (e conseqüentemente a desatenção) é parte de um sistema dinâmico de conexões e relações entre várias funções e se modifica ao longo do desenvolvimento da criança. A linguagem, para ele, introduz mudanças qualitativas na forma da atenção e transforma-a radicalmente, inclusive na sua relação com as outras funções psíquicas.

Assim, à medida que a atenção humana só pode ser compreendida a partir de um sistema psíquico único - que engloba a memória, a percepção, o pensamento verbal, a representação simbólica das ações compartilhadas - que emerge a partir do uso de signos, não há possibilidade de se estabelecerem analogias com a atenção natural dos animais superiores, que dependem, primariamente, de necessidades instintivas.

Frente as peculiaridades da atenção humana, torna-se necessário ressignificar os sinais que representariam alterações de atenção nos quadros dos TH, bem como verificar a possibilidade de relacioná-los ou não a processos patológicos subjacentes.

Nessa direção, busca-se a seguir relacionar toda essa discussão aos dados do trabalho de investigação empírica. Para tanto, serão apresentados três breves e distintos episódios, envolvendo cinco sujeitos da pesquisa.

- **Os Episódios de Desatenção**

Três segmentos de atividades semi-estruturadas são expostas na problematização dos sinais de desatenção. Trata-se de episódios que oferecem indicações para se examinar a orientação do sujeito e a responsividade do outro, tanto em momentos de desatenção como de atenção.

<b>EPISÓDIO 1</b>
-------------------

Walmir e Marcos (ambos de 8 anos) estão realizando a tarefa de “recorte e colagem”, proposta pelo Examinador (EX): eles devem recortar figuras de animais de várias revistas disponíveis na mesa de atividade, para depois colar em folha de papel ofício. Os três estão sentados à mesma mesa, na sala de atendimento.

Após 11 minutos de iniciada a tarefa de “recorte e colagem”, o Examinador dirige-se a Walmir e Marcos.

1. EX: *Ó, vamos colar agora as figuras que vocês cortaram...*

Walmir coloca em cima da revista de Marcos a revista que estava vendo.

2. Marcos: *Pera aí, tio...* (voltando-se para o EX).

Retira a revista colocada por Walmir e deixa cair, aparentemente sem notar, um dos seus recortes no chão.

3. Marcos: *Acabou...*

4. Marcos: *Esse retardado...* (voltando-se para Walmir).

Walmir joga com força outra revista na direção da revista que Marcos estava manuseando. Marcos intercepta com o braço o movimento de Walmir e, então, a revista jogada por Walmir ultrapassa os limites da mesa e cai no chão, do lado oposto de Walmir.

5. Walmir: *Você fez isso com o meu..., seu bobão!...*

Marcos aponta Walmir para o EX (como se queixando) e em seguida bate com a borda da tesoura (fechada) em Walmir.

6. Walmir: *Se eu sou bobão, vou até pegar o meu, esconder, tá, meu amorzinho?* (ele diz isso enquanto recolhe suas figuras que estavam sobre a mesa).

7. Marcos: *Bem-feito!* (para Walmir).

8. EX: *Aqui, ó, separa as suas... Cadê as fotos?* (dirigindo-se a Walmir).

9. Walmir: *Meu nariz ...* (inaudível)... *direito* (debochando e rimando com o *bem-feito!* dito por Marcos, no turno 7).

10. Marcos: *Detesto esse pessoal que...* (inaudível; levanta e tenta bater em Walmir com a tesoura).

11. EX: *Perai, ó, não bate com a tesoura, não, não, não, não!* (segurando Marcos,

que estava indo em direção a Walmir).

Marcos volta para o seu lugar.

12. EX: *Cada um vai colar a sua!*

13. Marcos: *Essa mulherzinha aí (dirigindo-se a Walmir).*

14. Walmir: *Mulherzinha, se eu sou mulherzinha é pra se beijar, né?*

15. Marcos: *Bem-feito! (para Walmir)*

16. EX: *Aqui ó, separa as suas... Cadê as fotos? (para Walmir).*

17. Walmir: *Se eu fosse mulherzinha, se eu fosse mulher, eu tava se beijando (o EX segura e solta Walmir, que vai sentar em outra cadeira).*

18. Marcos: *Ó, ó, no meio da tua lata, olha lá no meio da tua lata! (mostrando a tesoura).*

19. Walmir: *Ué, você me mata, o assassino dá um soco na tua cara e você ficou morto.*

20. EX: *Vamos colar as figuras agora? (intervindo).*

21. Walmir: *Tá, cebola (para Marcos).*

22. Marcos: *Ó, ô, Olívia Palito!*

23. Walmir: *Eu sou Olívia Palito pra se beijar, né? Ah, meu amor! (diz isso enquanto passa cola na mão).*

24. Marcos: *Olívia Palito!*

25. Walmir: *Ó minha Olívia Palito é pra mim beijar, eu gosto tanto de você! Ah, meu amor, você é Popeye pra me beijar! Ah, meu amor, me dá um beijinho (Walmir vai colando as figuras ao mesmo tempo que diz isso).*

26. Marcos: *Eu não gosto de preto (recortando figuras, respondendo a Walmir).*

27. Walmir: *Ah, você tá me chamando de Olívia Palito, então pra que você tá me escolhendo?*

28. Marcos: *Ó, macaco!*

29. Walmir: *Eu sou macaco, você é uma macaca pra mim se beijar (continuando a colagem).*

30. Marcos: *Você é uma galinha!*

31. Walmir: *Ah, eu sou galinha pra mim comer teu ovo (olha para a câmera).*

32. Marcos: *Ah, ah, ah, urubu!* (rindo).

33. Walmir: *Ovo do urubu, não, menos do... eu quero beijar tua boca, tá, meu amor!*

34. Walmir: *Aqui, ó, e depois, deixa eu ver aqui* (levantando, vai até Marcos, encosta em seu braço, pega a lanterna de Marcos, que está sobre a mesa).

Quando Marcos vê que Walmir realmente tira a lanterna da mesa, segura na mão dele.

35. Marcos: *Já tirou a mão?* (agressivamente; Marcos solta a mão de Walmir, este volta para o seu lugar e Marcos continua recortando).

36. Walmir: *Isso daí pra mim é uma mulher.*

37. Marcos: *Isso daí pra mim é uma lanterna, tá, você é um burro.*

38. Walmir: *Pra mim, er... pra você é um desenho...* (inaudível; já está fazendo a colagem novamente).

39. Marcos: *Ó, tenho mais do que você, você não!*

40. Walmir: *Eu peguei pouco, porque é problema meu!*

41. Marcos: *Você é burro!*

42. Walmir: *Eu sou burro...*

43. Marcos: *Você é burro, vai puxar carroça, vai puxar carroça.*

44. Walmir: *Eu puxo a carroça e chamo meu irmão do Exército, dá um soco na tua cara, mamãe!* (em tom de deboche).

45. Marcos: *Vai pagar quem?*

46. EX: *Vamos terminar, vamos colar.*

47. Walmir: *Não vai dar* (comparando o tamanho de uma figura com o espaço que tem em sua folha de colagem).

48. Walmir: *Não vai dar* (pegando uma segunda figura, vê que também não vai dar).

49. Walmir: *Não vai dar, não, tá brigando comigo?* (medindo uma terceira figura, mas cola assim mesmo).

50. Walmir: *Essa aqui não vai dar não, quer? Toma pra você, ô amiguinho* (fala para Marcos, estendendo o braço com os recortes de figuras que não couberam na sua folha de papel).

51. EX: *Por que não vai dar?* (para Walmir).

52. Walmir: *Porque não vai dar* (fica olhando as figuras e começa a rasgá-las ao meio).

53. Marcos: *Ô tio, o Walmir ficou bonito aqui* (a câmera não mostra sobre o que Marcos estava falando para o EX).

54. Walmir: *O bonito é pra se beijar, né, eu gosto tanto de você...* (debochando de Marcos).

Walmir está rasgando as figuras ao meio com a mão e colando no espaço que sobrou.

55. EX: *O que você está cortando?* (para Marcos, que ainda está recortando figuras).

56. Walmir: *Ele quer ver mulher pelada.*

Walmir termina de colar suas figuras, pega as que sobraram, levanta, vai até Marcos e dá uma a ele.

57. Walmir: *Toma, meu amiguinho, toma pra você, tá?*

58. Marcos: *Óba, no meu vai dar! Tomara que dê, né.*

Só agora Marcos começa a colagem.

59. Walmir: *No meu não vai dar, não, porque eu quero acabar rápido.*

Pega sua colagem e entrega ao examinador.

60. Walmir: *Toma aí, meu tio!*

\*\*\*\*\*

Esse episódio leva 3 minutos e 36 segundos, durante os quais o Examinador dirige-se dez vezes para Marcos e Walmir – sendo que duas vezes para Marcos (turno 11 - acompanhado do ato físico de segurá-lo – e turno 55), quatro vezes para Walmir (turnos 8, 16, 17 – acompanhado do ato de segurá-lo e soltá-lo – e turno 51) e quatro vezes para ambos (turnos 1, 12, 20 e 46). Em contrapartida, Marcos dirige-se verbalmente ao examinador duas vezes (turno 2 e 53 – quando chama o examinador de “tio”) e gestualmente uma vez (gesto de apontar para Walmir, queixando-se ao examinador); Walmir dirige-se ao examinador duas vezes (turnos 52 e 60 - também chama o examinador de “meu tio”). Ressalta-se, entretanto, que o processo de interlocução entre Marcos e Walmir ocupa

a maior parte do episódio (17 turnos de Marcos para Walmir e 21 turnos de Walmir para Marcos), além de vários contatos não verbais que eles estabelecem entre si (10 vezes). Pode-se, ainda, observar que durante a atividade de “recorte e colagem” indicada em dez turnos (turnos 6, 25, 29, 39, 47, 48, 49, 52, 54 e 55), Marcos e Walmir interrompem parcialmente tal atividade - para discutirem sobre assuntos alheios à atividade, conforme destacado acima. Observam-se, ainda, poucas expressões verbais (solilóquios) no decorrer da atividade por parte de ambos (Marcos no turno 58 e Walmir nos turnos 47, 48 e 49).

Um caminho metodológico para análise do episódio é verificar apenas a presença/ausência de manifestações comportamentais de Walmir e Marcos relacionadas aos sinais desatenção nos TH. Outra opção é ampliar o foco de análise para as interações que emergem no curso das ações partilhadas entre Marcos, Walmir e o Examinador (relações poliádicas?), com o objetivo de verificar os processos subjacentes de inter-regulação de comportamentos que podem explicar a presença/ausência dos sinais comportamentais (como os de atenção/desatenção), bem como o que eles significam.

No primeiro caminho, é possível verificar que tanto Marcos como Walmir apresentam no episódio sinais de desatenção, se levados em conta os critérios da CID-10-CDP (Pesquisa) para os TH: a) “não prestam atenção nos detalhes em tarefas”; b) “não conseguem manter [o foco] a atenção na tarefa proposta”; c) “distraem-se com facilidade com estímulos externos” (no episódio envolvem-se em disputas entre eles próprios, a maior parte do tempo); e demonstram d) “reduzida capacidade de organização”.

Assim é que Marcos, por exemplo, entre os turnos 2 e 3, não nota quando um dos seus recortes cai no chão e em dezessete turnos dirige-se a Walmir ao invés de dirigir sua atenção à tarefa, chegando, inclusive, no turno 10, a levantar-se da mesa para bater com a tesoura em Walmir. E, no caso de Walmir, ocorre comportamento semelhante e até mais intenso: ele em vinte e um turnos dirige-se a Marcos, coloca uma revista sobre a revista de Marcos para provocá-lo (entre os turnos 1 e 2), entre os turnos 4 e 5 repete a provocação, ou seja, a maior parte do tempo dirige-se a Marcos ao invés de se preocupar prioritariamente com a tarefa proposta pelo Examinador.

Outros sinais de desatenção, descritos como aqueles nos quais a criança “parece não ouvir o que é dito” e “não consegue seguir instruções”, ficam evidenciados na relação com o Examinador e manifestam-se em pelo menos em nove turnos. Para ilustrar esse último aspecto, resalta-se o fato de o Examinador pedir, no início do episódio (turno 1) para que Marcos e Walmir comecem a colar as figuras recortadas, repetir o pedido no turno 46 e só depois do turno 58 (final do episódio) Marcos dar início à colagem.

Como indicado, os sinais de desatenção poderiam ser considerados presentes para firmar o diagnóstico de TH. Na visão clássica da psicopatologia, também é possível afirmar que, apesar de Marcos e Walmir apresentarem uma “consciência clara” do momento que estão vivendo (ou seja, apresentam atenção), eles têm certa dificuldade de focalizar, de forma ativa e voluntária, essa atenção na tarefa proposta (hipotenacidade). Por outro lado, se a opção de análise for aquela freqüentemente encontrada nas publicações sobre TH, poder-se-ia considerar que eles apresentam uma alteração na atenção seletiva, pois mostram-se distraídos para determinados estímulos (no caso, os relacionados à tarefa de “recorte e colagem”), mas prestam atenção a outros.

No entanto, ao se deslocar o eixo da análise do indivíduo para o curso das ações partilhadas entre Marcos, Walmir e o Examinador, pretende-se ultrapassar a visão da atenção humana como simples e natural manifestação de organismos individuais, para considerá-la uma função psíquica superior constituída por um processo basicamente social. A questão, então, é analisar como a atenção de Marcos e Walmir se manifesta no processo interativo, na dependência de que motivações e significados.

Assim, observe-se o que ocorre a partir do momento em que o Examinador intervém no início do episódio, solicitando que Marcos e Walmir cole as figuras recortadas. Apesar de ele não ser imediatamente obedecido, todo o curso da atividade é modificado, principalmente o processo interativo entre Marcos e Walmir: imediatamente Walmir joga a revista que estava folheando em cima da revista de Marcos, que passa a focalizar sua atenção em Walmir, reagindo com atitudes e com palavras. De acordo com um critério clínico-comportamental, já se configuraria uma alteração na atenção de ambos (Marcos e

Walmir), pois perturbam-se por estímulos externos à tarefa em curso, a ponto de interferir no curso da realização da atividade.

De fato, observa-se já nos primeiros turnos do episódio que o foco da atenção de todos os interlocutores (incluindo o examinador, que irá intervir mais adiante) desloca-se do plano da atividade para o plano das relações interpessoais. Nesse sentido, ocorre um interessante jogo de palavras, que envolve, além da situação atual vivenciada, uma série de conceitos, preconceitos anteriormente internalizados pelos dos interlocutores, caracterizando uma “disputa” (interjogo de afirmação, aproximação e competição) entre Marcos e Walmir, que acaba por deixar o Examinador e a tarefa por ele proposta em segundo plano.

Marcos e Walmir utilizam trinta e oito dos cinqüenta e nove turnos do episódio para se comunicarem verbalmente (sem contar as forma não verbais de comunicação que perpassam todo o episódio), nos quais estão atentos a detalhes que exigem atenção ativa e voluntária. Assim, nos mesmos turnos que poderiam sugerir desatenção, os dois sujeitos (Marcos e Walmir) demonstram atenção adequada ao contexto: ou seja, sem parar a atividade de “recorte e colagem”, um não perde uma palavra ou atitude do outro (Walmir, no turno 9, elabora uma resposta que até rima com a fala de Marcos, no turno 7, não desviando a atenção nem para o que o Examinador diz no turno 8). É, portanto, indiscutível a possibilidade de ambos focalizarem a atenção por um período razoável num determinado objeto (no caso a própria relação entre eles com seus conteúdos inerentes), sem se distraírem com estímulos externos (no local de exame há estímulos sonoros e movimentação de pessoas, câmera de filmagem, crianças brincando num parquinho contíguo separado apenas por uma tela etc.). Aqui tampouco se configura uma situação simplesmente mais interessante ou prazerosa para Marcos e Walmir (princípio explicativo, em geral, utilizado para justificar a hipótese de alteração na atenção seletiva), pois, inclusive, há uma tensão permanente entre eles; e, ainda que a situação fosse mais interessante, a questão que se coloca é outra: qual o motivo de concentrarem-se mais na relação entre eles do que na tarefa? Esse motivo está relacionado a algum indício de processo patológico ou de comportamento incoerente?

A resposta a essas questões parece óbvia: é muito coerente e até "natural", que eles estejam voltados para a situação que lhes é mais significativa em termos afetivos e sociais e, nesse caso, muito mais vital (tarefa central) do que a proposta de tarefa "imposta pelo examinador" (tarefa secundária ou acessória).

Voltando, agora, o foco da análise para o Examinador, pergunta-se: qual é o papel desempenhado por ele nesse contexto? Nas avaliações clínicas convencionais, como nas várias escalas comportamentais, apenas o examinando é focalizado, porquanto o Examinador nunca é visto como o co-responsável pela ocorrência das manifestações comportamentais dos examinandos durante o exame.

Como se vê no episódio, o Examinador pouco ou nada faz para dar significado à atividade. Ele restringe-se, em suas curtas intervenções durante o episódio, a:

- tentar uma mudança no curso da atividade, visando a sua conclusão (turnos 1, 20 e 46);
- chamar atenção para a tarefa (turnos 8, 12 e 16); impedir agressão física (turno 11);
- questionar sobre a execução da tarefa (turnos 51, 55);

O Examinador, entretanto, mesmo não conseguindo tomar a atividade de central importância para os examinandos, tem algum tipo de participação no episódio, pois, irrealizável a neutralidade, ele, provavelmente, garante a realização da tarefa - a qual com todos os percalços, é concluída. A explicação para esse fato talvez possa ser encontrada "fora" do episódio, ou seja, no significado prévio atribuído ao Examinador à tarefa pelos examinandos.

O Examinador já era conhecido dos examinandos e parece gozar de certa intimidade (tanto Marcos como Waldir o chamam de "tio" nos turnos 2, 53 e 60); talvez também tenha a partir desse relacionamento prévio conquistado a simpatia e certa autoridade junto aos examinandos. Outros aspectos poderiam ajudar ou dificultar o processo interativo, como os fatos de o Examinador ser do sexo masculino e médico. Parece, não obstante, que os aspectos evidenciados de empatia e autoridade são satisfatórios, no limite dessa análise, para assinalar o papel que o Examinador desempenha junto aos examinandos.

O fato de os examinandos terem realizado a tarefa proposta sem precisarem de maiores explicações do Examinador demonstra que esta atividade lhes era familiar, ou seja, é possível concluir que Marcos e Walmir conheciam a “regra da atividade”, da maneira de desenvolvê-la e do objetivo a alcançar.

Assim, ao mesmo tempo que é possível compreender as motivações e significados da ação que provavelmente garantiram a atenção de Marcos e Walmir, bem como a realização de determinadas tarefas, pode-se especular, em função do que foi observado, sobre a influência de certas condições sociais na produção dos “sinais de desatenção”, como: o tipo e a forma inadequada de pais e professores exercerem a autoridade; as tarefas propostas poucos significativas (e não adequadamente significadas); os contextos desqualificadores (em termos afetivos e sociais).

A análise do episódio poderia ser ainda mais exaustiva; entretanto, os indícios observados e analisados parecem suficientes para indicar que Marcos e Walmir têm a função da atenção desenvolvida. Em outras palavras, os “sinais de desatenção”, ao serem ressignificados, a partir de um novo olhar, através de um novo arcabouço conceitual, fizeram sobressair indícios de uma forma de atenção adequada ao contexto.

Em resumo, os “sinais de desatenção” observados em Walmir e Marcos decorrem, provavelmente, de peculiaridades do processos interativo – e não parecem configurar simples manifestações do organismo individual.

A seguir, será apresentado o episódio 2, no qual nem mesmo aparecem aqueles “sinais de desatenção” propostos pela CID-10.

<b>EPISÓDIO 2</b>
-------------------

Hélio e Edgar (9 e 8 anos, respectivamente ) estão sentados à mesa de atividade, onde estão realizando a tarefa de “leitura”, junto com o Examinador (EX). Hélio acabara de realizar uma tarefa individual (montar quebra-cabeça) com o Examinador.

1. EX: *A gente vai ler essa história aqui. Vamos começar? Do começo? Como é que é o nome dessa história?*

Edgar então inicia a leitura do título e da primeira página com bastante dificuldade. Enquanto isso, Hélio está prestando atenção ao livro. Edgar não consegue ler a palavra “cinzeno”. Hélio fica olhando para Edgar.

2. EX: *Deixa eu ler pra você.*

Enquanto o EX lê, os dois prestam atenção no livro. EX senta ao lado de Hélio para poder ler melhor. Enquanto isso Edgar vira, olha ao redor e volta a olhar para o livro. O EX termina de ler uma página, olha para Edgar e pede para ele virá-la.

3. Edgar: *Deixa esse daqui comigo (puxando o livro, após virar a página).*

4. EX: *Tá.*

5. Hélio: *Ah, não, deixa ele [o EX] ler (puxando o livro).*

6. EX: *Deixa, Edgar.*

Edgar inicia a leitura com dificuldade. No início, Hélio está prestando atenção; após um tempo começa a passar a mão no rosto e aponta alguma coisa na sua frente:

7. Edgar: *O que que é aquilo lá?*

O EX. fala algo e aponta para o livro.

8. Hélio: *Ah, não...*

Hélio apoia a cabeça na mesa e olha para a câmera (parece contrariado). Edgar permanece lendo durante todo o tempo.

9. EX: *Deixa eu ler um pouco.*

O Examinador lê uma parte, enquanto os dois ficam olhando para ele. O EX interrompe a leitura e dirige-se a Hélio.

10. EX: *Tá entendendo a história? O que que tá acontecendo na história?*

Hélio faz que não com a cabeça e Edgar faz que sim.

11. EX: *Não sabe? (para Hélio).*

Edgar ri.

12.EX: *A história é de que?*

13.Hélio: *Do gato.*

14.EX: *Do gato. O que tem o gato?*

Hélio não responde e permanece sorrindo.

15.Edgar: *Nó-vé-lo de lã (lendo).*

O EX reinicia a leitura. Edgar presta atenção e Hélio fica alternando o olhar para o livro e para a câmera. O EX pára de ler. Edgar vira a página

16.EX: *O que aconteceu com o gato?*

17.Edgar diz: *Não sei (baixinho).*

Hélio não fala nada. O EX continua a leitura da outra página. Os dois ficam olhando para o livro. O EX acaba de ler e Edgar vira a página.

18.EX: *O que aconteceu com o gato aí ?*

19.Edgar: *Ele se enrolou.*

O EX recomeça a leitura e vira a página. Edgar se ajeita no banco, sem tirar os olhos do livro. O EX termina de ler a página e Edgar vira. Edgar e Hélio estão atentos ao livro. O EX lê outra página e Edgar vira. É a última página. Ouve-se um barulho de sirene e Hélio olha para fora, para o EX e novamente para o livro. Quando o EX acaba de ler, Edgar fecha o livro.

20.EX: *E aí, entenderam a história? (dá uma batidinha no braço de Hélio).*

21.Edgar: *Entendi.*

Hélio faz que sim com a cabeça

22.EX: *Como é que é a história?*

Edgar pega o livro e Hélio tira da mão dele. Edgar levanta e sai andando.

23.EX: *Peraí, Edgar!*

Edgar volta, mas fica em pé, debruçado sobre a mesa.

24.Hélio: *... fazer desenho agora.*

25.EX: *Vamos conversar sobre a história um pouquinho. O que você entendeu da história, Hélio?*

Edgar senta.

26.Hélio: *Nada.*

27.EX: *Nada?!*

Hélio faz que não com a cabeça.

28.Edgar: *Entendi.*

29.EX: *A história era de quê?*

Hélio está se abanando com o livro.

30.Hélio: *Do gato.*

31.Edgar: *O gato com...*

32.EX: *O gato com o quê?*

33.Edgar: *O gato e o nó-vé-lo de lã (lendo).*

Hélio apóia a cabeça sobre a mesa. Edgar se ajeita no banco. O EX faz a seguir uma série de perguntas sobre a leitura.

34.EX: *O que aconteceu com o gato, Hélio?*

35.Hélio: *Ficou enrolado (responde, ainda com a cabeça na mesa).*

36.EX: *Ficou enrolado por quê?*

37.Edgar: *Porque ele queria um casaco de pele.*

38.EX: *Um casaco de pele?!*

39.Edgar: *Não, um casaco de lã.*

40.EX: *E aí, o que aconteceu com ele? Ele conseguiu fazer o casaco?*

41.Edgar: *Não.*

Enquanto isso, Hélio continuou apoiado na mesa e olhando para a câmera.

42.EX: *Ele conseguiu fazer o casaco? (O EX cutucando Hélio).*

43.Edgar: *Não.*

44.Hélio: *Não.*

45.EX: *Eu tô falando com Hélio. Não é pra você responder agora.*

Edgar fica sem graça e abaixa a cabeça na mesa também.

46.EX. *O que aconteceu com ele? Ele conseguiu fazer o casaco? (dirigindo-se a Hélio)*

47.Hélio: *Não (virando a cabeça para o lado do EX).*

48.EX: *Por que não?*

49.Hélio: *Porque ele ficou todo enrolado.*

Enquanto isso, Edgar estava mexendo no livro.

50.EX: *E aí, depois, como é que ele desenrolou?*

51.Hélio: *Foi a moça.*

52.EX: *Que moça?*

53.Hélio: ... (responde algo que não dá para identificar).

54.EX: *O que ela fez?*

55.Hélio: *Desenrolou ele.*

Durante todo esse tempo Hélio esteve com a cabeça apoiada na mesa e Edgar mexendo no livro.

\*\*\*\*\*

Esse episódio passa-se em seis minutos. Como se pode verificar, durante a maior parte do episódio é o Examinador que se dirige aos examinandos (são 29 turnos relacionados somente à leitura de um livro). Hélio e Edgar, praticamente, só se dirigem ao Examinador sobre questões ligadas ao texto do livro.

Seguindo o mesmo caminho de análise do episódio 1, procurar-se-ão verificar as condições sob as quais emergem (ou não) os “sinais de desatenção” relativos aos TH e obter mais indícios para a compreensão da natureza atenção/desatenção.

Quanto aos sinais de desatenção - do tipo presente nos TH, em nenhum momento eles se manifestam. Hélio, entretanto, apresenta alguns “sinais de desinteresse” pela leitura, o que pode ser observado nos turnos 24 e 26, bem como entre vários turnos. Em geral, esse desinteresse se evidencia por atitudes não verbais do tipo: “passa mão no rosto” (entre os turnos 6 e 7), “apoia a cabeça sobre a mesa” (entre os turnos 8 e 9), “não responde ao examinador”, “olha para a câmera” (entre os turnos 8 e 9; 15 e 16). Não obstante esse “desinteresse”, o foco da atenção de Hélio permanece na leitura, o que pode ser comprovado, ao final, quando responde as questões relacionadas ao texto lido. Verifica-se também que, quando Edgar está lendo (com dificuldade), é que se manifesta mais o desinteresse de Hélio. Em vários outros momentos do episódio, a atenção de ambos é demonstrada com clareza.

O fato de Hélio e Edgar não apresentarem, no momento do episódio, os sinais de

desatenção exigidos pela CID-10 para os TH, em princípio, não invalida o diagnóstico<sup>3</sup> - tendo em vista que os sinais de desatenção não precisam estar presentes<sup>4</sup> em todos os momentos e ambientes, mas apenas em dois contextos diferentes (escola e casa, por exemplo). Também não se verifica nenhum indício de hipotenacidade ou hipervigilância (caso se opte pelas categorias descritivas da psicopatologia clássica) e nem qualquer alteração na seletividade da atenção, pois Hélio e Edgar mantêm a atenção - mesmo numa tarefa tediosa (para Hélio) ou difícil (para ambos, pois Hélio e Edgar têm pouco domínio de leitura).

Diferente de Walmir e Marcos (episódio 1), nem os “sinais de desatenção” se manifestam durante o episódio. A questão que se coloca, entretanto, é a mesma: na condição de sujeitos diagnosticados como padecentes de TH - que, numa avaliação diagnóstica prévia bastante restritiva (baseada na CID-10-CDP), preencheram os critérios que indicam a presença de desatenção, manifestam a função da atenção - numa atividade (leitura), em que têm pouca habilidade?

A resposta a essa questão vai exigir maior focalização no papel do **Examinador**, que em todas as suas intervenções busca manter a atenção dos examinandos na leitura: além dos vinte e nove turnos já indicados, o Examinador assume, inclusive, o papel de leitor em várias momentos.

Assim é que, quando Edgar manifesta dificuldade em ler o texto (entre os turnos 1 e 2), o Examinador assume a leitura (turno 2), senta ao lado de Hélio, solicita logo a seguir que Edgar vire a página do livro (entre os turnos 2 e 3). O Examinador percebeu, provavelmente, que a dificuldade de leitura de Edgar poderia desinteressar Hélio e o próprio Edgar. Tal suposição se confirma quando Edgar pede para voltar a ler (turno 3): inicialmente, Hélio reage dizendo para deixarem o Examinador continuar a leitura (turno 5)

---

<sup>3</sup> É importante esclarecer que a videogravção não teve por finalidade “comprovar” o diagnóstico, mas analisar as condições de ocorrência, ou não, das manifestação comportamentais arroladas pela CID-10-Pesquisa em pacientes já diagnosticados como padecentes dos TH (aliás, o critério de inclusão dos sujeitos no estudo).

<sup>4</sup> Essa questão será retomada ao se discutirem as diferenças entre a hiperatividade situacional e a hiperatividade constante.

e, ao não ser acatado, logo manifesta sinais de desinteresse (entre os turnos 6 e 7; 8 e 9) e, até, muda, momentaneamente, o foco de atenção (turno 7 e entre turnos 8 e 9); o Examinador, então, retoma a leitura (turno 9). Com essa estratégia, Hélio e Edgar permanecem atentos à leitura.

O Examinador, talvez por perceber Hélio potencialmente mais desinteressado, intervém de forma a comprometê-lo mais na atividade; assim é que pára a leitura e dirige algumas perguntas a Hélio sobre a história (turnos 10, 11, 12 e 14) - recurso que vai utilizar desse momento até o fim da atividade. Outro aspecto que demonstra essa maior preocupação com Hélio é o fato de o Examinador dirigir-se a maior parte do tempo para ele e até reclamar de Edgar quando este responde a uma pergunta feita a Hélio (turno 45).

Verifica-se, ao contrário do episódio 1 (anteriormente analisado), que o Examinador tem participação ativa no episódio; é o Examinador que tem a palavra e com ela direciona toda a atividade. Com o objetivo claro de manter a atenção de Hélio e Edgar, o Examinador proporciona, o tempo todo, assistência que lhes garanta a compreensão do conteúdo do texto. Para tanto, ele senta próximo aos examinandos, lê trechos do texto, intervém no curso da atividade, visando a melhorar seu ritmo, faz perguntas que ajudam a dar significado à história, utiliza-se de gestos que direcionam o olhar para o livro etc..

Levando-se em conta que Hélio e Edgar conseguem manter a atenção, a despeito de apresentarem dificuldades de atenção e aprendizagem - segundo os dados<sup>5</sup> da anamnese e da avaliação - pode-se inferir que a desatenção não se manifesta sob determinadas condições de interação.

Alguns autores, como Wender (1980), já haviam descrito tais características em crianças diagnosticadas como padecentes de alteração na “função da atenção”, sem entretanto, questionar ou justificar adequadamente o fato.

---

<sup>5</sup> Utilizados para firmar o diagnóstico de TH, conforme apresentados no capítulo 3.

*Quando chega à idade escolar, a professora provavelmente relatará: não se consegue fazê-lo prestar atenção por muito tempo(...) ele não termina o seu trabalho (...) ele não vai bem por própria conta - muito embora funcione bem numa base um-a-um.*

*[Em outro trecho, referindo-se ao fato de que ao se modificar estruturalmente o problema, tornando-o mais fácil e reduzindo os estímulos estranhos e/ou simplificando a tarefa a distraibilidade diminui, ou seja:] (...) a criança funciona bastante normalmente numa base um-a-um (p. 16, grifos não originais).*

A explicação para a natureza desse fato, entretanto, talvez possa ser encontrada num dos conceitos fundamentais de Vygotsky: o de **Zona de Desenvolvimento Potencial**<sup>6</sup>. Tal conceito pressupõe que no processo interativo, com a assistência adequada, o sujeito é capaz de realizar tarefas resolver problemas que seriam difíceis (ou até mesmo impossíveis) de realizar sozinho.

Assim, a tarefa realizada em colaboração com um adulto (Examinador) - que oferece a assistência adequada, ou seja, atua em função e de acordo com o desenvolvimento das habilidades apresentadas pelo sujeitos -, possibilitou que Hélio e Edgar alcançassem, em termos de compreensão e *atenção*, os objetivos da tarefa ; o que dificilmente ocorreria sem a ajuda de alguém mais capaz.

Em resumo:

- de acordo com os critérios da CID-10, Hélio e Edgar podem ser enquadrados nos TH, mesmo na ausência dos “sinais de desatenção” (durante o episódio), à medida que esses sinais já haviam se manifestado em outros ambientes e ocasiões;
- as “dificuldades de leitura” de Hélio e Edgar poderiam ser consideradas, a partir de um enfoque clínico tradicional, decorrentes da “dificuldade de atenção” (e não vice-versa, como sugere a análise desse episódio); e o desinteresse demonstrado em alguns momentos por Hélio, como sinal de um “déficit primário de atenção” e de “hipotenacidade”;

---

<sup>6</sup> O conceito zona de desenvolvimento proximal, que já foi apresentado no capítulo 3, indica a distância entre o desenvolvimento real e o desenvolvimento potencial. Para a criança atingir o desenvolvimento potencial é necessário que se instaure um processo de colaboração e ajuda mútua com outros sujeitos, através de ações partilhadas na zona de desenvolvimento proximal.

- de acordo com um outro olhar, entretanto, não há alteração de atenção nos sujeitos observados, pois no episódio analisado a atenção se manifestou durante toda a atividade realizada, a partir de um determinado tipo de interação e de assistência.

Concluindo, foi possível observar a função da atenção em ocorrência no processo interativo: Hélio e Edgar apresentaram a função da atenção na presença de um certo tipo de mediação, ou seja, a atenção para a leitura está em processo de desenvolvimento e, para se manifestar, dependia, ainda, de um processo de colaboração, de inter-ajuda - o que está plenamente de acordo com o referencial histórico-cultural, que considera a gênese e a manifestação da atenção humana dependentes do contexto, da interação e das peculiaridades da mediação. Não se pode, pois, pensar na função da atenção de forma isolada e independente do tipo e do significado da tarefa, bem como das demais funções psíquicas, afetivo-cognitivas formadas ou em formação.

A seguir será apresentado outro episódio, em que os “sinais de desatenção” se fazem presentes de forma persistente e intensa.

### EPISÓDIO 3

Catarina (menina de 8 anos) estava brincando no parque anexo à sala de exame. O Examinador a chamou para entrar. Na mesa de atividade encontra-se, além de Catarina, o Examinador e Rodrigo (menino também de oito anos, que não faz parte do estudo).

Examinador convida Catarina para jogar dominó (constituído por cartões com números e figuras).

1. EX: *Olha só, esse jogo aqui é um dominó, tá?*
2. Catarina: (inaudível).
3. EX: *Vocês sabem jogar dominó? É assim, ó, eu vou distribuir* (abrindo uma caixa, olha para Catarina, fixando-lhe o olhar por instantes).

Catarina (simultaneamente) levanta, apóia-se na mesa, olha para a caixa rapidamente e depois olha em direção à câmera.

4. Rodrigo: *Eu tenho dominó.*

5. EX: *Tem dominó? Tá.*

6. Catarina: *Cadê?*

7. EX: *Eu vou explicar como é que joga. A gente vai embaralhar uns cartões e aí vamos sortear cinco para cada um...* (o Examinador está olhando e embaralhando os cartões).

8. Catarina: *Aí! tá fazendo forte, tio! ah, lá! cuidado, tá?* (gritando e olhando para o parquinho contíguo à sala de exame, onde uma criança estava se balançando).

9. EX: *Aí nós vamos dar cinco cartões para cada um...* (o Examinador, sem olhar para Catarina, continua tentando explicar o jogo, depois olha para ela; ela, porém, está olhando para fora da sala).

Catarina apoia o braço na mesa e cobre o rosto com as mãos (como se não quisesse ver o jogo sobre a mesa). O Examinador prossegue exemplificando.

10. EX: *Aí tem que colocar... ó, esse dominó é de número, tá? Então, por exemplo, ó... aqui tá escri... [escrito]. Que número é esse?* (mostrando um cartão sobre a mesa).

Catarina passa a mão no cabelo de forma afetada, olha para a câmera de vídeo.

11. Rodrigo: *Um, sete* (respondendo ao Examinador).

12. EX: *Número sete.*

Catarina não responde ao Examinador, movimenta-se: passa a mão no nariz, levanta, senta.

13. EX: *Então tem que procurar onde que tem... ou você bota número igual, ó. Esse junta com esse ou bota onde tem sete coisas.*

Catarina olha para câmera de vídeo, para o lado de fora da sala onde está sua mãe.

14. Catarina: *Ele está tirando foto atrás de mim, mãe! tô com medo!* (fala alto referindo-se, provavelmente, ao *cameraman*; e dirigindo-se a sua mãe - que está do outro lado da tela, no parquinho).

O Examinador, sem mudar o tom de voz, chama a atenção de Catarina.

15. EX: *Catarina.*

O Examinador insiste na explicação.

16. EX: *Tá vendo?*

17. Catarina: *Cadê?*

Catarina bota a mão na cintura e volta a apoiar os cotovelos na mesa.

18.EX: *Aqui tá sete. Quantos lápis tem aqui?*

19.Rodrigo: *Um, dois, três, quatro.*

20.EX: *Cinco, seis, sete.*

21.Catarina: *Esse daqui eu tinha um, tio* (referindo-se a um dos cartões).

O Examinador não dá atenção para Catarina e continua a demonstração.

22.EX: *Um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete* (contando as figuras de um cartão do jogo).

Catarina bate no braço do EX para chamar-lhe atenção.

23.Catarina: *Eu tinha um só* (referindo-se ao cartão do jogo).

24.EX: *Então junta esse com esse, tá?*

Catarina apóia o braço na mesa e a cabeça sobre o braço.

25.EX: *Entendeu como é que é, Catarina?*

Catarina faz que sim com a cabeça e bota a mão na cintura.

26.EX: *Quantos sorvetes tem aqui?*

27.Rodrigo: *Um.*

Catarina se mexe: bota a mão no rosto.

28.EX: *Quantos sorvetes tem aqui?*

29.Rodrigo: *Um, dois.*

30.EX: *Um, dois.*

31.EX: *Quantos sorvetes tem aqui?* (para Catarina).

32.Catarina: *Dois.*

Catarina passa a mão no rosto e depois na cabeça.

33.EX: *Então que número é esse aqui?*

34.Rodrigo e Catarina: *Dois!*

Catarina olha para fora, passando a mão no rosto.

35.EX: *Então junta esse com esse, tá? Então vamos começar o jogo.*

Catarina bota a mão na cintura.

36.EX: *Vamos embaralhar.*

37.Catarina: *Ah, não! Não consigo. Minha mãe... (inaudível) em casa. Ela não sabe.*

O examinador embaralha novamente os cartões.

38. Catarina: *É ele...* (imitando o gesto do examinador embaralhando os cartões).

39. Rodrigo: *Que é isso ali?* (apontando para cima).

Catarina remexe-se: olha para cima e para trás, passa a mão na cabeça.

40. Catarina: *Aquilo ali?* (olhando na mesma direção de Rodrigo).

Examinador não dá atenção à pergunta e permanece embaralhando e olhando para o baralho.

41. EX: *Pronto. Pega cinco. Cada um pega cinco cartões.* (falando após de terminar de embaralhar).

42. Catarina: *Ó, ó* (abrindo os braços).

Catarina ri. Rodrigo pega um cartão.

43. Rodrigo: *Peguei número dois.*

Catarina pega um cartão.

44. EX: *Pega e esconde.*

Catarina pega um cartão, olha e o joga.

45. Catarina: *Ih! feio!* (abrindo os braços e referindo-se a um cartão do jogo).

46. EX: *O outro não pode ver.*

Catarina pega de novo o cartão, olha-o, mexendo-se, passa a mão no rosto e balança os braços em volta da cabeça.

47. Rodrigo: *Ih! É, ê, ê.*

48. EX: *Pega cinco cartões.*

49. Catarina: *Cinco cartões?*

50. EX: *Cinco cartões. Escolhe aqui, ó.*

Catarina se mexe na cadeira, e vira para o lado de fora da sala.

51. Catarina: *Ah, deixa aquele menino ali, tio?* (apontando para fora). *É meu primo.*

O Examinador não faz comentário e continua a tentar explicar o dominó.

O desenvolvimento da atividade continua durante mais oito minutos, aproximadamente, até que o Examinador desiste de jogar. Durante esse tempo as situações desse episódio se repetem. É de se ressaltar ainda que em determinado momento Catarina pergunta se vai aparecer na TV.

\*\*\*\*\*

O episódio leva apenas um minuto e cinquenta e cinco segundos, nos quais pode-se evidenciar grande participação do Examinador - se levada em consideração a quantidade de suas intervenções (vinte e sete turnos). O Examinador, nessas intervenções, tem por objetivo realizar com Catarina e Rodrigo o jogo de dominó; para tanto, durante o episódio:

- convida para jogar, faz perguntas sobre o jogo ( dez turnos);
- explica e dá instruções (dez turnos);
- demonstra como se joga (quatro turnos).

Por outro lado, Catarina demonstra pouca participação na tarefa proposta (e nem chegará, na continuidade da atividade - mesmo após o episódio - a efetivamente realizá-la):

- mais especificamente, durante o episódio, Catarina não se prende às explicações sobre as regras do jogo, refere-se a assuntos estranhos à atividade e muda constantemente o foco de atenção da tarefa proposta - o que pode ser observado em seis turnos e entre vinte e dois turnos. Mesmo nos momentos em que tem algum tipo de participação na atividade, Catarina não se envolve de forma plena no jogo, perde-se nos detalhes da tarefa e, além disso, demonstra:
- falta de orientação sobre o curso da atividade, demonstrada em perguntas, para o Examinador, do tipo: “*cadê?*”;
- falta de compreensão sobre o conteúdo da explicação: nos turnos 21 e 23, por exemplo, confunde o número de figuras dentro do cartão com o número de cartões que possui);
- recusa e insegurança: no turno 37, quando fala para o Examinador “...*não consigo*”; no turno 45, quando diz que o cartão do jogo é “*feio*”; e entre os turnos 7 e 8, ao gritar enquanto o Examinador explica o jogo e ao esconder o rosto com as mãos entre os turnos 9 e 10 etc.).

De acordo com o primeiro caminho metodológico de análise, Catarina apresenta um déficit de atenção, à medida que, inequivocamente, durante esse curto episódio, emergem sete dos sinais de desatenção exigidos pela CID-10-CDP (Pesquisa), a saber: a) não consegue prestar atenção a detalhes (comete falhas e erros em função dessa característica); b) não mantém atenção na atividade (mesmo sendo em forma de

brincadeira); c) parece não ouvir (no caso, as instruções do examinador); d) não consegue seguir instruções (do jogo); d) reduzida capacidade de organização (com os cartões do dominó, por exemplo); e) demonstra aversão a tarefas que exigem trabalho mental (o jogo em questão exige); f) facilmente distraída por estímulos externos (em várias ocasiões olha para câmara, para o parquinho, para mãe etc.).

Também, com base no episódio, poder-se-ia enquadrar a alteração de atenção de Catarina nos tipos hipotenacidade (diminuição da atenção voluntária) e hipervigilância (aumento da atenção involuntária).

Como se conclui, pelo exposto até aqui, além de não haver dúvidas à quanto presença dos “sinais de desatenção”, dificilmente se encontrarão no episódio indícios de atenção em Catarina, diferente do que ocorreu nos episódios anteriores.

Entretanto, sem negar a ocorrência dos sinais de desatenção, pode-se, ao se ampliar o foco de análise do episódio - a fim de abranger o processo interativo do Examinador e Catarina -, compreender melhor o processo subjacente às manifestações comportamentais observadas na examinanda.

Partindo desse pressuposto, ressalte-se logo de início que na descrição do episódio o diálogo se encontra entrecortado: o discurso do Examinador caminha numa determinada direção e o de Catarina em outra ( muitos diálogos não fazem sentido). Pode-se observar que não é só Catarina que “parece não ouvir o que é dito”, pois o Examinador, por diversas vezes, não percebe ou ignora o que é expresso (verbal e não verbalmente) por Catarina. Em determinados momentos, inclusive, o Examinador fala sem olhar para Catarina e nas vezes em que olha não se preocupa em garantir a reciprocidade do olhar da menina, que está olhando para outro lugar. Há, portanto, uma visível “fragmentação” da interação-interlocução, que, perpassando todo o episódio, revela falta de sintonia entre os interlocutores - ou seja, um não se orienta pelo outro.

Outro indício da fragmentação dialógica é que o Examinador, além de não se preocupar em se reorientar em função de Catarina, também não se esforça para reorientar o comportamento da examinanda (por exemplo, quando ela interrompe a atividade). A explicação talvez resida no fato de ele já esperar da menina esse tipo de comportamento (não se pode esquecer que, para fazer parte do estudo, Catarina recebera previamente o diagnóstico de TH).

Constata-se, assim, que, a despeito da quantidade de intervenções do Examinador, este as direciona muito mais para a atividade em si (explica as regras, dá instruções, demonstra, pergunta sobre o jogo) do que para interagir com Catarina.

Por sua vez, Catarina, mais do que simples desatenção, demonstra um estranhamento em relação à atividade e à “linguagem” utilizada no jogo de dominó (de relativa complexidade); ou seja, não compreende bem a situação, a tarefa proposta e o objetivo a ser alcançado; sendo assim, para ela, não deve fazer sentido algum “agir segundo determinadas regras” - como fica evidenciado em vários turnos já indicados.

Poder-se-ia argumentar se o fato de uma menina de oito anos ainda não ter a capacidade necessária ao tipo de tarefa em questão (jogo de dominó) não seria prova mais que suficiente da presença de um déficit. Entretanto, mesmo que haja um déficit, este não se configura necessariamente num déficit primário de atenção, pois Catarina apresentou claramente, durante o episódio, falta de domínio da tarefa proposta - o que pode ter muitos motivos - como falta de acesso a esse tipo de jogo etc..

Por outro lado, o desconhecimento ou a falta de domínio de uma tarefa, por si só, já são motivo para qualquer criança expressar insegurança, desinteresse, dissimulação e recusa - significados que os comportamentos apresentados por Catarina poderiam ter, no lugar do rótulo de déficit de atenção.

Outra constatação relevante é que, segundo a teoria de Vygotsky, Catarina se encontra num determinado momento do desenvolvimento de habilidades que ainda requer,

para a realização de determinadas tarefas, grande assistência de alguém mais capaz. Assim, provavelmente, ao não orientar sua ação e linguagem em função de Catarina e de seu momento de desenvolvimento, o Examinador contribuiu para a desatenção da examinanda. Portanto, os sinais de desatenção apresentados por Catarina não dependeram só dela, mas do tipo de interação estabelecida com o outro - no caso, o Examinador.

Em resumo, Catarina apresentou os “sinais de desatenção” exigidos para os TH; entretanto, também ficou evidenciada a ausência de elementos intersubjetivos capazes de criar vínculos/significados para que Catarina manifestasse sua atenção no jogo. A explicação para os comportamentos observados pode ser então mais facilmente atribuída a falhas na regulação social e no tipo de assistência oferecido pelo Examinador do que a um déficit primário de atenção. Mesmo que não se exclua a presença de uma patologia (não identificável), esta, qualquer que seja, não seria suficiente para excluir a participação do Examinador na gênese da desatenção de Catarina.

- **Consideração sobre os três episódios relativos a desatenção**

Finalmente, após esses três episódios (1, 2 e 3), foi possível constatar condições distintas em relação à presença/ausência dos “sinais de desatenção” nos sujeitos do estudo: no primeiro episódio, os sinais de desatenção coexistem com indícios da presença de atenção – manifestando-se a atenção de uma maior assistência do Examinador – ou seja, os sujeitos têm habilidades de atenção já formadas; no segundo episódio, os “sinais de desatenção” não estão presentes e a atenção se manifesta a partir de um processo de inter-ajuda intensiva do Examinador – ou seja, as habilidades dos sujeitos ainda estão em formação; e no terceiro, os “sinais de desatenção” são evidentes e intensos, configurando-se insuficiente para a atenção se manifestar o tipo de interação e participação do Examinador – à medida que o sujeito não domina ainda certas habilidades.

Considerando que todos os sujeitos do estudo fazem parte do grupo de crianças diagnosticadas e classificadas nos TH e, ainda, que todos preencheram previamente os critérios exigidos para desatenção, conclui-se que os TH e suas categorias podem compor

uma “massa” onde se misturam condições distintas – bem evidenciadas no fato de que, mudando-se o tipo de inter-regulação estabelecida e a proposta de atividade (em termos de domínio/significado para os examinandos), obtêm-se resultados diferentes.

Esses fatos colocam em questão a própria possibilidade de os sinais (propostos na CID-10) significarem realmente um déficit primário de atenção, pois sendo o núcleo biológico primário (normal ou patológico) totalmente transformado durante o desenvolvimento cultural e social do indivíduo, nenhum desses sinais seria decorrente diretamente do núcleo primário, mas produto de uma mediação social peculiar e complexa. Assim, mesmo sem negar a influência do biológico/patológico, não se pode excluir o social da gênese de qualquer comportamento. Tal pressuposto deve ser sempre lembrado - principalmente em um quadro conceitualmente tão frágil, como é o caso dos TH e de suas categorias diagnósticas.

### 6.3 Hiperatividade/Impulsividade

No item anterior, ficou evidenciada a dificuldade para se configurar operacionalmente a desatenção. Não obstante, a dificuldade é ainda maior para definir hiperatividade e impulsividade. Nesse sentido, antes da apresentação dos episódios, serão tecidos alguns breves comentários sobre as controvérsias em relação a esse grupo de sinais.

Numa perspectiva médico-clínica, predominante na literatura especializada, a hiperatividade é descrita como sintoma de uma “síndrome cerebral orgânica” (na ausência de patologias cerebrais conhecidas como, por exemplo, tumores). Entretanto, em revisão recente, Weinberg *et al* (1997) consideram que a definição do significado desse problema comportamental - na sua relação com organicidade ou com algum tipo de especificidade nosológica - permanece na obscuridade (*still in the dark ages*), demonstrando mais uma vez a fragilidade conceitual e empírica desse sintoma. Nessa mesma linha, autores como Rutter

(1982) chegam a sugerir que o termo “hiperatividade” é equivocado para designar o que se propõe, já que “crianças hiperativas” não apresentam, necessariamente, um aumento de atividade, mas costumam estar “fora da tarefa solicitada” e “fora do lugar adequado”. No próprio critério diagnóstico para a hiperatividade nos TH, a “excessiva atividade motora” é apenas um sinal em seis.

Na visão comportamentalista (Conrad, 1977), a hiperatividade seria um comportamento condicionado pelo ambiente, não excluindo, entretanto, a possibilidade de representar uma dificuldade intrínseca do sujeito, ou seja, um sintoma de sua inadaptação ao ambiente. Semelhante visão, portanto, também não informa sobre a natureza da hiperatividade, deixando margem para qualquer interpretação.

Numa abordagem psicológica, Miller (1977) acompanhou durante cinco anos duzentas e noventa crianças diagnosticadas como “hiperativas”, chegando à conclusão de que a hiperatividade é resultado de um estado de ansiedade ou de algum conflito vivenciado pela criança. Entretanto, nas classificações atuais (CID-10, DSM-IV), caso se considere a hiperatividade como uma resposta primariamente emocional, remete-se a outro diagnóstico, diferenciando-se, assim, uma hiperatividade emocional de uma hiperatividade orgânica (sinal de TH).

Conrad (1977), a partir de um modelo sociológico de análise, também critica a visão dominante da hiperatividade como um atributo da criança. Para ele, a designação de hiperatividade não descreve uma patologia individual, mas refere-se a um rótulo aplicado à criança em resposta ao modo de comportamento por ela apresentado. A criança é identificada e definida como hiperativa por uma audiência significativa (escola ou família), fato legitimado pelo médico. A hiperatividade, como qualquer outra forma de desvio social, depende do valor relativo a normas, níveis de tolerância, audiência significativa e sanções disponíveis. Conrad ainda enfatiza que, se existe alguma patologia, esta deve ser remetida ao microsistema social onde o comportamento hiperativo é explicitado.

Assim, pois, sem um critério mais fidedigno para a compreensão e o diagnóstico da hiperatividade, o seu reconhecimento e significado ficam na dependência de relatos de pais, professores e da simples constatação empírica prevista nos critérios diagnósticos em uso.

Da mesma forma, o constructo “impulsividade” não apresenta uma dimensão unívoca e, além disso, superpõe-se à hiperatividade, podendo com mais frequência do que outros sinais ocorrer em crianças com diagnósticos variados. Tanto é assim que a presença da impulsividade só é exigida como critério diagnóstico para pesquisa .

Apesar das dificuldades apontadas em relação as categorias hiperatividade e impulsividade dos TH, nas descrições comportamentais oferecidas pela CID-10 sobressai um aspecto comum: a ausência de “autocontrole” ou de “controle inibitório”- seja na realização de tarefas (hiperatividade), seja no relacionamento interpessoal (impulsividade).

Corroborando a hipótese de um aspecto comum entre essas duas categorias de sinais, estudos realizados para a elaboração do DSM-IV admitem que os sintomas de hiperatividade e impulsividade fazem parte de uma mesma dimensão, enquanto os sintomas de desatenção<sup>7</sup> pertencem a outra.

*(...) as revisões da literatura fornecem três tipos de corolário de evidências que fundamentam a distinção de duas dimensões de sintomas, designados desatenção e hiperatividade-impulsividade, no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (attention deficit hyperactivity disorders). Primeiro, há evidência, a partir de pesquisas longitudinais, que eles seguem cursos diferentes de desenvolvimento, com desatenção relativamente constante mas hiperatividade-impulsividade declinando substancialmente com o aumento da idade. Segundo, as duas dimensões diferem em termos de co-morbidade (...), com a hiperatividade-impulsividade sendo mais correlacionada com comportamentos de oposição e anti-social. Terceiro, uma literatura empírica crescente indica a necessidade de distinguir, no plano diagnóstico, entre*

<sup>7</sup> O diagnóstico dos TH tem sido motivo de controvérsias em relação à ênfase que vem sendo dada ao **déficit de atenção**, colocando em segundo plano a **hiperatividade motora**. Tanto é assim que o DSM-III (1980) permitia que indivíduos que estivessem dentro de uma variação normal de atividade motora fossem inseridos na categoria “Transtorno de Déficit de Atenção” (attention deficit disorder) - nome que era dado na época pelo DSM-III aos chamados, hoje, pela CID-10, de TH, e pelo DSM-IV, de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (attention deficit hyperactivity disorders).

*jovens com problemas de atenção que exibem níveis inadequados de hiperatividade motora e impulsividade daqueles que não apresentam tais características, (...) em função desses dois tipos mostrarem-se diferentes em termos de proporção entre os sexos, co-morbidade, e resposta a intervenções farmacológicas (Lahey et alii, 1994, p. 1674).*

A partir dessa discussão, na apresentação e análise dos episódios, será dada ênfase aos processos de auto-regulação e de inter-regulação na gênese dos sinais de “impulsividade” e de “hiperatividade”.

#### • Os Episódios de Impulsividade

O tema impulsividade é abordado através da análise de dois episódios, em que são destacados aspectos do processo intersubjetivo, em termos de inter-regulações ou estabelecimento de regras e acordos que podem marcar as possibilidades de ações não-impulsivas. Como as situações de atividade livre mostram-se mais produtivas para essa análise, os episódios apresentados estão entre os que foram registrados no parquinho e envolvem, portanto, apenas crianças, sem a participação do Examinador.

#### EPISÓDIO 4

No parquinho do Hospital, Marcos (8 anos, sujeito do estudo) com Leandro (8 anos, não faz parte do estudo) estão brincando juntos no balanço duplo, quando chega Walmir (8 anos, sujeito do estudo). Walmir aproxima-se deles, chega bem perto, quando Marcos imediatamente se levanta, chama Leandro e dirigem-se para um canteiro de plantas. Marcos abaixou-se e, com a lanterna (que já se encontrava em suas mãos) acesa, examina o local. Walmir senta-se no balanço. Sai imediatamente, quando uma bola que rola aproxima-se, pega-a e junta-se aos dois. Marcos afasta-se, seguido de Leandro. Walmir segue em direção oposta, brincando com a bola, mas retorna e junta-se aos dois. Marcos está de cócoras no canteiro, Walmir apoia-se nas costas dele. Walmir fala algo inaudível. Marcos interrompe a atividade e sai.

1. Walmir: *Vamos brincar de vôlei? Brincar de bobinho? O bobinho tá comigo* (dirigindo-se a Marcos).

2. Marcos: *Não! Não!*

Walmir passa a bola para Leandro. Marcos cochicha algo com Leandro e ambos afastam-se. Walmir segue-os. Walmir e Leandro acabam envolvendo-se novamente com a bola e começam a jogar. Marcos senta-se no balanço e observa os dois, que se afastam. Leandro, logo a seguir, dirige-se para a roda. Walmir brinca sozinho com a bola, olha para Marcos, chuta a bola em sua direção.

3. Walmir: *Eu chuto pra você e você acerta.* (dirigindo-se a Marcos)

Marcos abaixa o olhar, desviando-o de Walmir, sem nada dizer. Walmir afasta-se, de imediato. Walmir junta-se a Leandro, que está na roda. Walmir e Leandro permanecem na roda, brincando de variadas maneiras. Walmir senta, deita, levanta, fala com Leandro..., deita sobre a roda.

4. Walmir: *Vou tirar uma soneca* (por ocasião em que Marcos deixa o balanço e caminha em direção a eles).

Marcos vai para o escorrega, próximo à roda. Sobe e desce, quando pega a bola que rolara para perto do escorrega e lá estava parada. Walmir, que tirava uma "soneca", percebe o exato momento em que Marcos pega a bola.

5. Walmir: *Ai! A bola.*

6. Leandro: *Ai, Mané, me balance ai. Balance nós dois* (dirigindo-se a Marcos).

7. Marcos: *Eu não.* (mas dirige-se para a roda e impulsiona-a).

\*\*\*\*\*

A comunicação não verbal faz-se presente, na maior parte do episódio 4, envolvendo Walmir e Marcos. E, ao longo do episódio, os comportamentos de Walmir têm Marcos como referência: em face das recusas de Marcos em participar das brincadeiras com Walmir, este reorienta sua ação, afastando-se para, em seguida, fazer novas tentativa de aproximação, através de diferentes estratégias.

As tentativas não verbais de Walmir de compartilhar das brincadeiras com Marcos recebem deste respostas também não verbais. Sem lançarem mão da linguagem verbal, suas atitudes deixam à mostra possíveis significados e intencionalidades.

Marcos evita Walmir, por desejá-lo afastado da brincadeira ou por estar interessado em estabelecer mecanismos de disputa; e, por seu turno, estaria Walmir interessado apenas em alcançar a atenção do outro?

A intencionalidade, se presente, em que medida é prévia (Marcos e Walmir já se conheciam do Hospital) ou ganha seus contornos a partir dos gestos, silêncios, deslocamentos do corpo e do olhar em direção oposta ao outro que quer se fazer presente? E, se a intencionalidade for prévia, o que estaria determinando a recusa de Marcos em partilhar a brincadeira com Walmir?

As respostas a essas questões não podem ser buscadas na manifestação direta de sinais de impulsividade, pois tornar-se-iam uma simples tautologia.

Entre as diferentes estratégias de Walmir, configuram-se breves tentativas verbais, dirigidas a Marcos, como (turno 1) *“Vamos brincar de vôlei? Brincar de bobinho? O bobinho tá comigo”*. No momento em que Walmir explicita verbalmente seu desejo de juntos jogarem bola, faz emergir a oralidade de Marcos, levando-o a explicitar sua recusa (turno 2): *“Não! Não!”*.

Por mais uma vez, Walmir propõe (turno 3) *“Eu chuto prá você e você acerta”*, não encontrando, entretanto, resposta verbal. Novamente o verbo não se pronuncia e o silêncio informa a recusa (quando Marcos desvia o olhar, sem responder a Walmir): desqualificação, desinteresse e/ou disputa, relação de forças?

O episódio 4 demonstra a permanente referência ao outro, na inter-regulação e intersubjetividade das ações verbais e não verbais. A inter-regulação não indica, necessariamente, processos harmoniosos de aceitação ou consenso; significa perceber o outro, interpretar suas intenções e orientar-se por elas, gerando inúmeras possibilidades: acordos e desacordos, conflitos e colaboração, negação ou aceitação etc.. Nesse sentido, Marcos e Walmir estabeleceram trocas simbólicas que envolvem noções já construídas de papéis - por exemplo, valorações, por um lado, como ser forte, resistir ao outro, não ceder,

fazer-se objeto de disputa e, por outro, como impor-se, "resistir" àquelas formas de opressão, de desqualificação, mostrando-se solícito, fazendo-se de desentendido, demonstrando-se submisso, para em última instância demonstrar para Walmir até onde iria a resistência do outro. Ainda que a consciência desses papéis possa não ter contornos definidos, essas ações não foram desprovidas de intencionalidade, ao menos no que se refere a alcançar um objetivo mais imediato: ter o outro como parceiro/resistir à presença do outro e ao convite para a brincadeira.

É importante ressaltar que, no episódio 4 - a despeito da recusa de Marcos em participar das brincadeiras com Walmir -, há reciprocidade entre eles, à medida que estabelecem um processo intersíquico pelo qual Marcos reconhece Walmir como interlocutor, como sujeito. Tal reconhecimento do outro faz-se presente, precisamente, pelo fato de haver interação (no caso, sob a forma de linguagem não verbal), ainda que no confronto de posições. Em outras palavras, recusa e aceitação são possibilidades do processo de interação.

Do episódio 4, outra leitura seria possível, se pautada na busca de sinais de impulsividade para os TH. Poder-se-ia considerar que Walmir "interrompe e intromete-se nos jogos e brincadeiras" de Marcos, o que estaria em consonância com o critério de impulsividade exigidos pela CID-10/CDP (Pesquisa).

Nos critérios diagnósticos da CID-10 para TH, a **impulsividade** não é conceituada, mas descrita tão somente como sinais a título de operacionalização. O que está subjacente, entretanto, é o fato de o indivíduo apresentar dificuldade de ter o outro como referência: "não sabe esperar a vez" / não respeita a vez do outro; "interrompe ou intromete-se em conversas ou jogos de outras pessoas" / não tem o outro como limite; "fala excessivamente, sem a reserva usual ao trato social" / não pressupõe a presença crítica do outro.

Se, por um lado, a CID-10 sustenta que Walmir apresenta, entre outros, os sinais de impulsividade, por outro, a opção teórico-metodológica utilizada (análise microgenética), ao

deslocar o eixo da observação do plano individual para o próprio processo interativo, oferece outras possibilidades argumentativas.

Walmir não é visto isoladamente, mas no processo interativo com Marcos e Leandro, o que permite identificar sua capacidade de considerar o outro e, em consequência, de reorientar suas ações. A capacidade de considerar o outro encontra-se subjacente às suas constantes tentativas de aproximação/"intromissões" e afastamento em relação a Marcos, a partir de um jogo de relação extremamente complexo, que desautoriza a interpretação reducionista de que os modos de agir de Walmir seriam decorrentes de uma impulsividade autocentrada.

### EPISÓDIO 5

Os mesmos participantes do episódio 4 (Walmir, Marcos e Leandro) continuam no parquinho. Marcos e Walmir, após situação imediatamente anterior de disputa (acima descrita e analisada), assumem novos papéis. Os meninos encontram-se na roda, um dos brinquedos do parquinho.

Marcos está impulsionando a roda, em pé, sem sair do lugar, quando seus braços passam por cima de Leandro.

1. Leandro: *Sai!*. (...) (reclamando).

Walmir escapole da roda.

2. Marcos: *Empurra. Quem sai empurra.*

3. Walmir: *Quem sai, empurra* (concordando com Marcos).

Leandro escapole da roda, mas retorna imediatamente, ao que Walmir, diz:

4. *É ele que saiu...*

Mas prossegue empurrando, para, logo em seguida, dizer:

5. *Ai, tô tonto .... Vou tirar uma soneca, agora empurra eu alguém* (e deita-se sobre a roda).

Marcos levanta-se e começa a empurrar, até que Walmir dirige-se a Leandro, que não escapulira da roda, falando:

6. *Agora empurra ele.*

Leandro passou a empurrar o brinquedo e, quando demonstra cansaço, Walmir diz:

7. *Empurra mais um pouco aí, pra ver o que eu vou fazer.*

Da roda, que completara meia volta, toca a mão em um banco próximo e, cumprindo o anunciado, levanta-se.

8. Walmir: *Agora é minha vez* [de empurrar].

\*\*\*\*\*

Nesse episódio Marcos e Walmir dão início, nos turnos 2 e 3, à produção de um acordo, de um sentido comum à brincadeira, que passa a ser orientada pelo estabelecimento de regras que tomam forma no curso da ação, o que realça o processo de regulação das ações; só que, no caso, orientado para um objetivo comum. A seguir, Walmir aceita a regra proposta por Marcos e tenta generalizá-la, estendê-la a Leandro (turno 4), mas, ao perceber que Leandro não a cumpre (ao deixar de assumir a vez de impulsionar a roda), Walmir toma para si a vez, como que para não quebrar o jogo. Só que, em seguida, muda a estratégia e diz: *"Ai, tô tonto... Vou tirar uma soneca, agora empurra eu alguém"*<sup>8</sup>. Marcos assume a vez de empurrar (turno 5), validando o jogo e demonstrando aceitar a solicitação de Walmir. A seguir, Walmir altera a regra, ao determinar que Leandro - sem que escapulisse da roda (turno 6) - passasse a impulsioná-la, provavelmente para realçar a parceria, a cumplicidade com Marcos.

O episódio 2 revela que Marcos e Walmir foram capazes, no decorrer da ação, de estabelecer e reformular regras. Para tal, fez-se necessário que, cada um a seu turno, controlasse possíveis comportamentos impulsivos - por exemplo, quando a regra foi modificada/adaptada (sobre quem deve empurrar) -, prevalecendo a concordância.

Ou seja, durante o episódio, houve uma adequada inter-regulação entre Walmir e Marcos, não se manifestando os sinais de impulsividade. É importante ressaltar que Walmir

---

<sup>8</sup> A "soneca" (presente nos episódios 4 e 5) sugere, inclusive, uma estratégia de comunicação e não um sintoma patológico. Esta consideração é feita em razão de questões relacionadas ao sono aparecerem na queixa da família, chegando a merecer destaque do neurologista: "quando contrariado, fica sonolento, dorme e desperta muito irritado", razão pela qual "fez uso de carbamazepina diária por seis meses, sem obter benefício".

havia apresentado, na avaliação de inclusão na amostra, cem por cento dos sinais de impulsividade e Marcos, sessenta e seis por cento (Fig. 3, Anexo 2).

- **Consideração sobre os dois episódios sobre impulsividade**

Os dois episódios demonstram como a trama de relações complexas, mutuamente reguladas, conforme os momentos de tensão, oposição, acordos, concordância, incertezas, pode ser dramaticamente simplificada e entendida como falta de controle de impulsos. No caso de Walmir e Marcos, os pólos de tensão e entendimento entre ambos assumem o ponto crucial da relação, sendo a regra o pretexto e não a razão principal. No processo dialógico, ficou bem evidenciado o papel regulador que “um” interlocutor desempenha no comportamento do “outro” (e vice-versa).

- **Os Episódios de Hiperatividade**

Na consideração dos sinais de hiperatividade os comentários analíticos centram-se no jogo de inter-regulação e no papel do examinador às formas pelas quais a criança se insere (ou não) na atividade. Os três episódios destacados referem-se a situações semi-estruturadas, nas quais podem-se constatar variações no caráter “hiperativo” dos comportamentos das crianças focalizadas

<b>EPISÓDIO 6</b>
-------------------

Walmir, Marcos (ambos com oito anos) e o Examinador (EX) acabaram de jogar e vão iniciar uma leitura. Eles estão sentados à mesa da sala de atendimento.

1. EX: *Vamos ler uma história agora?*
2. Walmir: *Se ele quiser...*
3. EX: *Dá licença* (puxando o tabuleiro do jogo).
4. Marcos: *Pó.*

Walmir implica com ele e fala:

5. *Foi 1 a 1* [o jogo] (e cutuca Marcos).

Marcos está lendo um livro com dificuldade. Walmir está com o tronco sobre a mesa e a cabeça sobre os braços. Walmir olha para a câmera e mostra a língua. A câmera muda de lado. Walmir se vira e dá tchauzinho para ela. Walmir se aproxima de Marcos e olha para o livro que ele está lendo. Walmir sai de perto de Marcos e põe a mão na frente da câmera. Depois fica olhando para o outro lado. Marcos continua lendo. Walmir levanta e vai sentar de novo ao lado de Marcos, fica olhando o livro. Walmir abaixa a cabeça e apoia no braço. Emite um som com a boca no braço e olha em volta. Walmir abaixa de novo e emite o som várias vezes. Marcos pára a leitura e, com o cotovelo, afasta a cabeça de Walmir, falando:

6. *Pára, rapá!*

Walmir não sai do lugar.

Marcos diz duas vezes:

7. *Tio, manda ele parar!*

8. EX: *Ué, fala pra ele.*

Walmir continua fazendo o barulho. Marcos bate na cabeça dele, dizendo:

9. *Pára, rapá, pô!*

Walmir pára, continua com a cabeça abaixada, mas não faz mais o som. Marcos reinicia a leitura e Walmir levanta, sentando-se no outro lado. Apoia o braço na mesa e faz o barulho outra vez. Levanta, ajeita o banco, senta e abaixa a cabeça na mesa de novo. Marcos continua lendo. Walmir se abaixa e fica olhando para baixo da mesa. Walmir volta, apoia a cabeça sobre a mesa novamente e fala alguma coisa (inaudível na gravação). Marcos levanta a mão e faz um gesto como se estivesse mandando Walmir esperar. Enquanto isso, o EX pega uma folha e começa a escrever. Walmir levanta e fica apoiado sobre a mesa, olhando para o que o EX está escrevendo. Senta de novo, estica o braço para a folha do EX, como se fosse pegar. Marcos acaba de ler uma página e mostra a figura para o EX.

10. Marcos: *Aqui, ó.*

Quando Marcos põe o livro de novo na mesa, Walmir estica o braço, tentando mexer no livro.

11. Marcos: *Calma!*

Marcos reinicia a leitura e Walmir fica arrastando o braço de um lado para o outro na mesa. Walmir mexe no relógio de Marcos e este afasta o braço. Walmir mexe outra vez no

relógio e Marcos, sem interromper a leitura, dá um tapa na mão dele. Depois ele estende o braço mostrando as horas para Walmir, que olha e volta a apoiar a cabeça na mesa. Walmir levanta a cabeça e fica se balançando com o banco. Quase cai para trás e se segura na mesa, vira e fica olhando para trás.

O episódio leva oito minutos e durante todo o tempo essas situações se repetem: Marcos lendo e Walmir inquieto e perturbando a tarefa. Quando Marcos termina a leitura, o Examinador pede para ele contar a história. Walmir levanta a cabeça que estava apoiada na mesa e fala:

12. *Ai, cansa* (e, então, começa a batucar na mesa).

\*\*\*\*\*

Durante essa atividade, Walmir preenche todos os critérios para hiperatividade: contorce-se, não se mantém no lugar, levanta-se excessivamente, é barulhento, tem excessiva atividade motora. Entretanto, não seria difícil identificar nesse episódio a presença também dos sinais de impulsividade e desatenção; por exemplo, entre os turnos 5 e 6, Walmir sai de perto de Marcos e põe a mão na frente da câmera - ou seja, ele, ao mesmo tempo que está "fora" da atividade (sinal de desatenção e hiperatividade), intromete-se na videogravação, sem ser chamado (sinal de impulsividade). Em quase todo o episódio esse tipo de situação se repete.

Ao contrário, Marcos não manifesta nenhum dos sinais de hiperatividade durante o episódio.

A questão que se coloca é por que duas crianças da mesma idade, com o mesmo quadro diagnóstico, apresentam, na mesma situação/tarefa, comportamentos tão diferentes?

Na abordagem médico-clínica, uma das explicações poderia ser que Walmir apresenta uma hiperatividade constante e Marcos uma hiperatividade situacional.

A hiperatividade constante estaria ligada a alguma base orgânica e a situacional a uma causa psicogênica (Straus, 1985). Na situacional as dificuldades estariam presentes apenas em algumas situações - como por exemplo em casa (Weiss *et al*, 1994).

Ainda poderia ser apontado, num modelo sociológico (Conrad, 1977), que a hiperatividade é um *status* atribuído à criança por um contexto social e não simplesmente uma condição inerente a ela, uma patologia individual. No caso, quando foi feito o diagnóstico de Marcos e Walmir, as queixas e as observações que levaram ao diagnóstico podem ter sido influenciadas, quando da avaliação inicial, por níveis diferentes de tolerância dos pais, professores e dos próprios examinadores - o que justificaria as diferenças encontradas no dois durante o episódio.

Entretanto, pode existir outra explicação: por que será, por exemplo, que só Marcos estava interessado em ler? Será que Marcos e Walmir apresentam domínio diferente de leitura e por isso um se interessou e outro não? Marcos, apesar de apresentar dificuldades na leitura, realizou a tarefa proposta pelo examinador até o fim. Durante o episódio não foi possível observar a habilidade de leitura de Walmir; entretanto, os dados da anamnese confirmam que ele, realmente, não sabe ler ainda.

Diante desses fatos, a possibilidade de uma interpretação alternativa deve ser apontada para se compreender melhor o significado das manifestações de hiperatividade de Walmir.

Assim, não se pode interpretar a maneira de agir de Walmir como simples falta de controle, mas como a expressão legítima de insatisfação e inadequação diante daquele contexto e da tarefa proposta pelo Examinador - que se manteve, inclusive, totalmente omissos<sup>9</sup> durante o episódio.

Nos turnos 7 e 8, Marcos queixa-se de Walmir ("*Tio, manda ele parar!*"), mas o Examinador prefere não interferir diretamente ("*Ué, fala pra ele*") e não se dirige a Walmir.

---

<sup>9</sup> O mesmo tipo de atuação do examinador já foi analisada no episódio 1 e 2.

Depois, entre os turnos 9 e 10 ( nos fragmentos abaixo), quando Walmir se aproxima e fica olhando o que o Examinador está escrevendo, este mostra-se, de novo, indiferente às ações do menino. Ao final do episódio é que Walmir dá, finalmente, a chave para se compreender sua “hiperatividade”, ao juntar ação e palavra: o Examinador pede a Marcos para contar o que leu e Walmir levanta a cabeça que estava apoiada na mesa, dizendo “*Ai, cansa*” (referindo-se à leitura) e, então, começa a batucar na mesa.

Poderia ser questionado se a maneira encontrada por Walmir para comunicar sua insatisfação é adequada ao contexto ou expressa uma patologia. Entretanto, subjacente à sua atitude, há motivos significativos e coerentes e, quanto à forma de expressá-los, ele utiliza-se de uma forma de ação (hiperatividade) que é quase uma linguagem e depende de circunstâncias criadas nos processos interativos para manifestar.

Assim, não se pode buscar a causa dos “sinais” de hiperatividade manifestados por Walmir unilateralmente nele, uma vez que, mais provavelmente, a hiperatividade representa, no caso, o produto do desinteresse de Walmir pela atividade e da relação passiva estabelecida pelo Examinador com o examinando.

### EPISÓDIO 7

Catarina (sujeito do estudo, de 8 anos), Rodrigo (menino de 8 anos, que não é sujeito do estudo) e o Examinador (EX) estão sentados à mesa da sala de atendimento. O Examinador propõe como atividade o jogo da memória.

1. EX: *Você conhece esse jogo, Rodrigo? Olha só.*

O Examinador está arrumando as peças, sem olhar para as crianças.

2. Rodrigo: *Eu conheci.*

Catarina está olhando para fora da sala e Rodrigo está sentado sobre a própria perna.

3. EX: *Esse jogo é assim... ó, esse jogo aqui... Catarina, presta atenção. Esse jogo aqui, ó. Tem que procurar, ó, dois pares, tá? duas figuras iguais.*

No momento em que fala, o Examinador toca no braço de Catarina, ela vira para ele, fica olhando para o jogo e apoia os cotovelos na mesa. O Examinador está virando os cartões de cabeça para baixo.

4. Rodrigo: *É uva.*

5. EX: *A gente vai virar de cabeça para baixo, embaralhar, e aí cada um tira um, tira dois de cada vez para ver se encontra o par. Quando achar o par, a pessoa guarda o par e joga de novo. Entendeu?*

Catarina mexe com as mãos e com o corpo.

6. Rodrigo: *Tá!*

Catarina levanta a perna e dirige-se para o Examinador:

7. *Olha o meu tênis, tio!*

8. Rodrigo: *Ih! o nome dele não é tia!*

Catarina se abaixa e olha para o sapato do Examinador, por baixo da mesa.

9. Catarina: *Sapato feio! O dele... (inaudível). Ó! Eu grito, ó!*

O Examinador está espalhando os cartões sobre a mesa. Rodrigo mexe em um dos cartões.

10. EX: *Peraí, ó! (repreendendo Rodrigo).*

Catarina grita com os dois dedos indicadores na boca, como se estivesse assoviando, depois fica olhando para fora.

Do turno 11 ao 32, o Examinador continua tentando explicar e demonstrar o jogo para Catarina e Rodrigo. Eles se distraem o tempo todo. Catarina repete o mesmo comportamento várias vezes: grita, mexe-se (em determinado momento, por exemplo, faz movimento com as mãos e dedos de forma bastante estereotipada - como se estivesse fazendo cócegas no ar). Além desses comportamentos, ao encostar o pé num fio, que está no chão da sala e próximo a ela, finge que está tomando choque e ri olhando para a câmera de vídeo.

33. Catarina: *Tio, eu não quero brincar não* (entonação de quem está entediado).

Catarina olha para fora e depois para o examinador, apóia a cabeça na mão e debruça-se sobre a mesa. Rodrigo joga.

34. Rodrigo: *Já errou!* (referindo-se a si mesmo).

Catarina coça a orelha, chama o Examinador:

35. *Tio.*

36. EX: *Errou!* (dirigindo-se para Rodrigo).

37. Catarina: *Tio.*

38. EX: *Então bota no lugar de novo. Não pode tirar o cartão do lugar.*

Rodrigo começa a virar todos os cartões, um após o outro.

39. Catarina: *Tio* (batendo no ombro do Examinador).

40. Catarina: *Tio.*

41. EX: *Rodrigo, só pode tirar... só pode tirar dois cartões de cada vez.*

42. Rodrigo: (inaudível).

43. Catarina: *Tiô! Tio!*

Catarina passa as mãos nas costas e nos cabelos, enquanto olha para o Examinador. O Examinador não olha para Catarina em nenhuma das vezes em que ela o chamou. O Examinador está prestando atenção em Rodrigo, que continua virando os cartões. É para ele que o examinador se dirige:

44. *Mas assim não pode!*

45. Rodrigo: *... tô procurando um igual ao desse.*

46. EX: *Mas assim não pode. Tem que ser um, dois de cada vez.*

Catarina começa, também, a virar os cartões. O Examinador olha e dirige-se a Catarina:

47. *Catarina, não é a sua vez de jogar. Depois você joga.*

48. Catarina: *Eu não quero brincar não, tio!*

49. EX: *Rodrigo, assim não dá! Assim não dá pra brincar.*

Catarina levanta e vai em direção à grade que separa o parquinho de onde sua mãe se encontra.

50. Catarina: *Mãe! Mãe!*

\*\*\*\*\*

No episódio 7 (que dura apenas um minuto e cinquenta e quatro segundos) é possível observar que Catarina apresenta sinais evidentes e intensos de hiperatividade (inclusive superpostos aos sinais de desatenção).

Não obstante, para a compreensão dos processos subjacentes aos “sinais” de hiperatividade apresentados por Catarina, torna-se imprescindível analisar microgeneticamente um aspecto que sobressai em ambos os episódios: a ação reguladora da linguagem.

Para Vygotsky (1988), além da função comunicativa e constitutiva do pensamento, a linguagem tem a importante função de regulação do comportamento:

*(...) concebemos a atividade intelectual verbal como uma série de estágios nos quais as funções emocionais e comunicativas da fala são ampliadas pelo acréscimo da função planejadora [no sentido de regular, organizar a ação]. Como resultado a criança adquire a capacidade de engajar-se em operações complexas dentro de um universo temporal. (...) As funções cognitivas e comunicativas da linguagem tornam-se, então, a base de uma forma nova e superior de atividade nas crianças, distinguindo-as dos animais (p. 31).*

Tal função entretanto, não ocorre pelo simples uso da palavra ou de qualquer outro signo (mediação), mas por sua significação, num contexto social.

Além disso, a função reguladora da linguagem sobre a ação - na sua expressão “externa” (comportamento) e “interna” (afetivo-cognitiva) - passa por uma gênese em que, inicialmente, ação e linguagem estão separadas, no desenvolvimento da criança; depois, a linguagem acompanha de diversas maneiras a ação, até quando fala e ação se tornam um amálgama: a linguagem, agora auto-orientada, passa, então, a dirigir e organizar o curso da ação.

Para ajudar na análise do comportamento de Catarina no processo interativo também é importante frisar o que Vygotsky (1988) diz sobre auto-regulação do comportamento:

*Antes de controlar o próprio comportamento, a criança começa a controlar o ambiente com a ajuda da fala. Isso produz relações com o ambiente, além de uma nova organização do próprio comportamento (p. 27).*

*(...) as atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social (...) (p. 33).*

Podem-se utilizar tais conceitos não só para compreender ontogeneticamente o processo de regulação do comportamento, mas também para analisar a microgênese do processo de regulação do outro (Examinador↔Catarina) e da regulação do próprio comportamento (Catarina↔Catarina).

O Examinador dá instruções verbais e não verbais sobre a tarefa a realizar, no turno 3 (*“Esse jogo é assim... ó, esse jogo aqui...”* Catarina, presta atenção. *“Esse jogo aqui, ó. Tem que procurar, ó, dois pares, tá? Duas figuras iguais”* - tocando o braço de Catarina), e no turno 5 (*“A gente vai virar de cabeça para baixo, embaralhar, e aí cada um tira um, tira dois de cada vez para ver se encontra o par. Quando achar o par, a pessoa guarda o par e joga de novo. Entendeu?”*).

Essas instruções, no entanto, não são atendidas/entendidas nem por Catarina nem por Rodrigo. Ou seja, o Examinador não consegue orientar a ação das duas crianças. Esse fato, que se repete até o final do episódio, caracteriza a ausência de uma ação reguladora específica do Examinador sobre Catarina e Rodrigo - pelo menos no que se refere ao objetivo da tarefa proposta.

O que ocasionou essa “perturbação” no papel regulador da linguagem?

Qual a consequência imediata dessa ausência de regulação Examinador↔Catarina?

A primeira questão remete ao papel da significação da linguagem na dinâmica dialógica. Uma ordem verbal, para se constituir em fonte reguladora do comportamento do outro, precisa ser internalizada e, para tanto, necessita ter significado social e sentido para o sujeito. Sem essa significação não há carga afetiva para o processo de internalização - que nada mais é que o sujeito fazer sua a fala do outro e orientar-se por ela.

*Na análise empírica procuramos identificar aspectos pragmáticos e ideológicos no fluxo do discurso, tomando como pontos de referência os conceitos de fala - como interação - e voz - envolvendo a memória histórica presente na fala, assim como as posições sociais ocupadas no movimento interativo (Smolka, 1994, p. 84).*

Identifica-se que a dificuldade na/de regulação Examinador⇔Catarina decorre, provavelmente, de uma falha dialógica de/na produção de sentido da atividade pelo o examinador - que, ao não orientar sua enunciação nessa perspectiva, perde a sua função/possibilidade reguladora.

A segunda questão refere-se à conseqüência da falha de regulação Examinador⇔Catarina. Além de não realizar a atividade, uma outra conseqüência visível é a ausência de controle inibitório do comportamento de Catarina: ela mexe-se (entre os turnos 5 e 6), levanta a perna (entre os turnos 6 e 7), mostra o tênis para o examinador (turno 7) - sinalizando, enfim, que não “está” na tarefa. Durante todo o episódio, inclusive, ela demonstra uma excessiva atividade motora (“hiperativa”). Apresenta também movimentos sem sentido, aparentemente “estereotipados” (entre os turnos 11 e 32).

Poder-se-á questionar se Catarina não estaria num “estágio” maturacional inadequado a sua idade cronológica (ontogênese)<sup>10</sup>, no qual os processos nervosos de excitação em que se baseiam os movimentos são difusos e o processo de inibição, débil (Luria, 1991), - que a faria agir “impulsivamente” e “hiperativamente”. Entretanto, como evidenciará o episódio seguinte (episódio 8), Catarina consegue se inibir, de forma a realizar uma outra tarefa. A questão, portanto, não pode ser remetida, exclusiva e simplesmente, a uma possível “imaturidade” neurológica.

Ressalta-se também, o uso que Catarina faz da linguagem para tentar regular o outro e para se auto-regular, como demonstrado a seguir.

<sup>10</sup> Em função de uma disfunção neurológica, por exemplo.

Depois do turno 6, Catarina tenta regular o Examinador, chamando sua atenção para o tênis dela, para o sapato dele; até que, no turno 9, ao não obter sucesso, fala, aparentemente, para si mesma : “ó! eu grito, ó”. Logo depois, no turno 10, Catarina cumpre o anunciado e grita (ou seja, a linguagem planejou e coordenou a sua ação).

A fala de Catarina “ó! eu grito, ó” é tanto linguagem “externa” (comunicativa e dirigida para regular o outro), como linguagem interna (constitui o pensamento e é auto-dirigida) - o que é perfeitamente coerente com o processo de ontogênese da função reguladora da linguagem, à medida que decorre de um processo que caminha de acordo com o seguinte esquema: linguagem externa (social) → linguagem egocêntrica (transição social/individual) → linguagem interna (individual)

*(...) a fala egocêntrica é um estágio na evolução da linguagem externa (...), social, dialógica, para a linguagem interna (...), que guardaria daquela certas propriedades lingüísticas. A presença da fala egocêntrica reflete a emergência de uma nova função, auto-reguladora, reflexiva, da linguagem (...)* (Morato, 1996, p .98).

Outro aspecto a considerar é que Catarina também não consegue nem se comunicar e muito menos regular o comportamento do Examinador - este fica o tempo todo voltado para Rodrigo (talvez porque Rodrigo esteja mais interessado no jogo, a despeito de não seguir as regras). Essa dificuldade fica mais evidente quando Catarina resolve, finalmente, comunicar ao Examinador, no turno 33, o que vinha tentando dizer de diferentes maneiras: “tio, eu não quero brincar não”.

O Examinador, “autisticamente”, continua sem deixar-se afetar pelo “significado” do que Catarina fala, e esta o chama mais cinco vezes (de “tio”). Até que Catarina toma a atitude de também virar os cartões como Rodrigo. Dessa forma consegue que o Examinador a olhe e dirija-se a ela - ainda que seja para repreendê-la: “Catarina, não é sua vez de jogar”.

Esse episódio também ilustra como que na interação dialógica estão envolvidos elementos intersubjetivos, não só de significação dos enunciados comunicativos, mas principalmente de atribuição de significação ao outro. A questão é saber qual o significado atribuído à Catarina pelo Examinador, pois este significado também entrará no interjogo de regulação e de auto-regulação.

Não é muito difícil imaginar que talvez Catarina capte uma “voz” presente nas atitudes do Examinador (dizendo que ela é mesmo daquele jeito: hiperativa, não consegue realizar as atividades etc.) e a relacione com suas experiências anteriores (na escola, com seus professores; em casa, com seus pais, parentes e vizinhos).

Provavelmente, o comportamento de Catarina se relacione a determinada forma de regulação aprendida na relação com o outro. Não havendo necessariamente uma incapacidade intrínseca de se auto-regular, haja vista que utilizou várias formas de regulação e de auto-regulação durante o episódio. Assim, pois, a “hiperatividade” poderia ser até uma tentativa de regular o outro ou de se regular numa determinada situação a partir de uma expectativa social.

Cabe considerar, entretanto, que, independentemente de seu significado e de sua causa, a forma de regulação apresentada por Catarina nos processos interpessoais pode, por si só, vir a se constituir num problema para sua adequação a uma agenda social (expectativas de comportamentos esperados para uma menina de oito anos), gerando, secundariamente, problemas emocionais, escolares etc..

Dessa forma, após desmontar a idéia de uma incapacidade primária de auto-regulação, seria necessário identificar as bases para formação de novos modos de participação de Catarina nos processos interativos, para além da hiperatividade.

No próximo episódio, Catarina demonstra ser capaz de orientar-se pelo objetivo da tarefa proposta.

<b>EPISÓDIO 8</b>
-------------------

Neste episódio, os participantes são os mesmos do anterior: Catarina, Rodrigo e o Examinador (EX). Dura três minutos e cinco segundos e a atividade/tarefa proposta pelo Examinador é recorte e colagem de figuras de animais.

Examinador, dirigindo-se a Catarina e Rodrigo:

1. *É para procurar animal.*

Catarina e Rodrigo folheiam as revistas, cada um com uma revista e com uma tesoura na mão.

2. EX: *Depois eu vou dar um papel pra cada um e a gente vai colar.*

3. Catarina: *Uuh! Oba! Achei!*

Catarina mostra uma figura na revista, batendo sobre ela com a tesoura (não é de um animal). O Examinador olha para a figura e continua falando:

4. *É para procurar qualquer figura de animal. Tá, Rodrigo?*

Catarina folheia a revista.

5. Rodrigo: *Ei! Aqui a Amil!*

Catarina olha para o que Rodrigo apontou e volta a folhear a revista que estava vendo.

6. Rodrigo: *Aqui é a Amil, Amil!*

Catarina aponta para uma figura.

7. Catarina: *Aqui, tio! Aqui tá a mulher pelada!*

O Examinador olha a figura sem fazer comentários.

8. Catarina: *É...*

Rodrigo continua olhando para a figura da Amil.

9. EX: *Rodrigo, é pra procurar foto de animal, tá? Tá, Catarina?*

10. Catarina: *Tá.*

11. EX: *Foto de bicho?*

12. Catarina: *Cadê o bicho? (a revista parece ter poucas figuras de animais).*

13. Ex: *Procura, tem que procurar na revista.*

Catarina e Rodrigo permanecem folheando as revistas.

14. Rodrigo: *Bicho não tem... não tem aqui não.*

Catarina olha para sua tesoura e volta a folhear a revista. Rodrigo troca de revista.

15. EX: *Tem mais revista para procurar...*

(Obs.: ocorre breve interrupção na filmagem).

16. EX: ... *animal, aí.*

Catarina e Rodrigo continuam folheando as revistas. Rodrigo corta um pedaço em branco de uma folha da revista.

17. Catarina: *Ih! tá cortando, tio! É pra cortar?*

18. EX: *Pra cortar animal. É pra cortar só animal.*

19. Catarina: *Ó! Achei...* (pronuncia algo ininteligível, parecido com "nagogoa").

20. Rodrigo: *Éé! Garfo.*

Catarina continua folheando e vendo as figuras da revista até que eufórica, dirige-se para o Examinador, batendo com a tesoura na revista para mostrar uma figura e falando:

21. *Achei! achei, tio! tio!*

22. EX: *Se achar animal é para cortar.*

Catarina começa a recortar uma figura que não é de animal.

23. Catarina: *Ih, essa tesoura é ruim, tio.*

24. Rodrigo: *Ei, olha aqui tirando retrato.*

Catarina interrompe o recorte, debruça-se sobre a mesa para olhar o recorte de Rodrigo e pergunta:

25. *Cadê?*

Rodrigo bate com a tesoura na revista para indicar as figuras.

26. Catarina: *Quem? Esse aqui?*

Rodrigo aponta várias figuras falando:

27. *Esse, esse, esse, esse, esse.*

28. Catarina: *Corta!*

29. Rodrigo: *Tá.*

Catarina volta a recortar sua revista.

30. EX: *O que que é pra cortar?*

Rodrigo começa a recortar figura que não é de animal.

31. Catarina: *Eu quero cortar esse.*

32. EX: *O que que é prá cortar?*

33. Catarina: *Pedi... ele. Ele... daqui, essa mulher, tá cortando* (apontando para a figura de Rodrigo).

Catarina volta a recortar sua figura.

34. EX: *Mas o que eu pedi prá vocês recortarem para mim?*

35. Catarina: *Quê?*

36. EX: *O que eu pedi pra vocês recortarem?*

37. Rodrigo: *Bicho.*

38. EX: *Então é pra cortar bicho.*

39. Rodrigo: *Não, pra...* (é interrompido por Catarina).

40. Catarina: *Pode jogar no chão, tio?* (referindo-se aos restos de papel que caem dos recortes).

41. EX: *Oi?*

42. Catarina: *Pode jogar no chão?*

43. EX: *Não, tem que colocar na mesa, né?*

Catarina obedece e volta a recortar sobre a mesa.

44. Catarina: *Ai, esse homem tá perto da mesa* (referindo-se a quem está filmando, mas pára de recortar as figuras).

45. Catarina: *Eu vou desenhar a Disney.*

46. EX: *Ó, depois que vocês recortarem os animais, a gente vai colocar aqui no papel. Tá, Catarina?*

47. Catarina: *Tá.*

\*\*\*\*\*

Durante esse episódio Catarina não apresenta, com a mesma visibilidade, os sinais de hiperatividade, à medida que é capaz de orientar-se pelo objetivo da tarefa proposta (ao contrário do que ocorreu no episódio anterior).

O objetivo da tarefa é recortar e colar figuras de animais, de acordo com a instrução verbal do Examinador no turno 1. Nota-se que imediatamente Catarina e Rodrigo começam a folhear revistas, com a tesoura na mão, demonstrando a efetiva regulação do outro (Examinador) sobre eles.

Catarina “está na tarefa” proposta, seguindo o objetivo traçado pelo Examinador, como fica logo demonstrado no turno 3: “...*Óba! Achei!*” (mostrando uma figura na revista).

A postura do Examinador em relação a Catarina também é outra: olha para ela diversas vezes; ao falar com Rodrigo, inclui (como no turno 9: “*Rodrigo, é para procurar foto de animal, tá? Tá Catarina?*”); reafirma e simplifica a orientação dada quando Catarina mostra alguma dificuldade de encontrar animais na revista (como no turno 11, substitui animal por bicho) etc..

Os modos de participação do Examinador no processo interativo mostram também uma outra expectativa em relação a Catarina, bem diferente do episódio anterior. A mensagem subjacente à atuação do Examinador parece clara, é como se ele lhe dissesse: Catarina você é capaz de realizar a tarefa, e, por isso, posso até ser “exigente” com Walmir (no turno 18 o Examinador diz para Catarina: “*É para cortar animal! É prá cortar só animal!*”).

Esse fato também serve para demonstrar o quanto o Examinador, reciprocamente, regula-se em função do examinando (no caso, o interesse de Catarina pela atividade e a possibilidade de ela realizar a tarefa parecem ter mudado a atitude do Examinador).

Cabe aqui refletir, mais uma vez, sobre a impossibilidade de o Examinador ficar neutro no processo avaliativo. É inescapável: de uma forma ou de outra ele influencia e é influenciado pelo examinando. Ao invés de tal fato ser negado ou considerado um fator negativo, ele deveria ser levado em conta como fator indispensável para compreender melhor o comportamento e os processos mentais do examinando.

Durante o episódio, além de ser regulada por iniciativa do “outro” (Examinador), Catarina busca o outro para regular-se, seja em relação ao conteúdo da tarefa (no turno 12, após ela pergunta para o Examinador: “*Cadê o bicho?*”), seja em relação ao seu próprio

comportamento (nos turnos 40 e 42, pede permissão para deixar cair as sobras de papel no chão: “*Pode jogar no chão?*”).

Ao buscar a palavra do outro para controlar o próprio comportamento, Catarina oferece uma indicação de que sua “dificuldade” reside num determinado tipo de dependência da regulação do outro para conseguir realizar determinadas tarefas ou para inibir comportamentos já sedimentados.

Essas duas dimensões da função reguladora da linguagem (abrangendo os aspectos disciplinar e instrucional) observadas acima - ao demonstrar o papel exercido pela linguagem na inibição de comportamentos e na orientação e desenvolvimento da tarefa - deveriam ser enfatizados no contexto escolar e familiar de Catarina.

A análise do jogo de inter-regulações propiciada pela abordagem microgenética, além de desmontar falsas percepções sobre as possibilidades de Catarina, ajuda a compreendê-la melhor e pode, dessa forma, contribuir para a superação de suas defasagens ou dificuldades.

Em termos do desenvolvimento microgenético, é possível também observar o caminho trilhado por Catarina, através da linguagem, para dominar mais duas dimensões da função reguladora da linguagem: a utilização da linguagem para regular o outro<sup>11</sup> utilização da linguagem para regular a si mesma.

Depois de obedecer às ordens verbais do examinador (visto acima), Catarina dá ordem a Rodrigo (no turno 28 diz: “*Corta!*”, referindo-se às figuras que Rodrigo havia-lhe mostrado na revista) e, na sequência, dá ordens para si mesma, para planejar sua ação (no turno 31: “*Eu vou cortar esse*”; no turno 45: “*Eu vou desenhar a Disney*”).

---

<sup>11</sup> No episódio anterior, também foi vista essa dimensão, mais freqüentemente no sentido de conflito e oposição.

A mesma linguagem utilizada na regulação do outro, Catarina usa para falar consigo mesma (no turno 23: *"Th! Essa tesoura é ruim, tio"*) - expressando o processo de transição da regulação interpessoal para o intrapessoal, que fica visível na sua linguagem "egocêntrica" (diálogo interior expresso externamente).

Do ponto de vista microgenético, Catarina passou, nesse curto episódio, pelos vários momentos de um processo de internalização (em curso) da função reguladora da linguagem. Nesse sentido, ela demonstrou que é capaz de regular-se para determinadas atividades, desde que conte com a participação do outro.

Tomando-se como referência o que regularmente ocorre em crianças da mesma faixa etária, pode-se concluir que os processos subjacentes aos sinais de hiperatividade de Catarina parecem localizar-se numa necessidade grande do outro para a regulação do próprio comportamento e para a realização de determinadas tarefas. Entretanto, muito provável, pelo que foi visto, que um dos fatores que dificultam o processo de auto-regulação de Catarina seja o significado que ela já tem para seus interlocutores - que acabam por regulá-la de forma inadequada, induzindo determinados comportamentos e sedimentando modos de agir impróprios às exigências de realização social, modos esses internalizados em interações interpessoais anteriores.

- **Considerações sobre os episódios relativos à impulsividade e hiperatividade**

Nos episódios relativos à impulsividade (episódios 4 e 5) e à hiperatividade (6, 7 e 8), a questão central foi identificar os processos subjacentes "à falta de autocontrole" dos sujeitos diagnosticados com TH, em relação às pessoas e às tarefas, respectivamente.

Ao se deslocar do indivíduo para os processos intersíquicos em ocorrência o eixo da avaliação diagnóstica, a análise microgenética das ações dos sujeitos demonstrou, em contextos intersubjetivos, que o outro "joga" um papel crucial no que se refere à emergência ou não dos sinais de impulsividade e hiperatividade que compõem o quadro clínico dos TH.

A “falta de autocontrole” manifestada por alguns sujeitos durante os episódios, poderia ser atribuída a um déficit biológico primário (lesão neurológica, disfunção neuroquímica). Entretanto, mesmo existindo um déficit dessa natureza (o que é difícil de comprovar no caso de crianças com TH), este não seria capaz de explicar, por si só, comportamentos complexos como os que envolvem a ação voluntária e a linguagem. (...) *Essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social* (Vygotsky, 1988, p. 27).

Os comportamentos dos sujeito analisados nesses episódios demonstraram de forma evidente que a função reguladora da linguagem está presente ou em processo de transição do inter para o intrapessoal - o que representa que não há desvios patológicos significativos nos processos nervosos subjacentes ao funcionamento da linguagem (Luria, 1991, p. 94).

Assim, no caso de Catarina e Walmir (os dois sujeitos que apresentaram sinais mais evidentes de “ausência de autocontrole”), se há alguma “patologia”, ela deve necessariamente ser localizada em processos interativos, pois, como foi visto, o comportamento dos sujeitos variou diretamente em função da sintonia do Examinador com eles.

Mesmo que haja em algum dos sujeitos estudados processos patológicos, orgânicos ou psicológicos, eles não poderiam determinar primariamente as complexas respostas comportamentais observadas, pois estas decorrem de processos interpessoais que transformam, inclusive, o biológico em social - processos estes que explicam também como o portador de um déficit primário biológico comprovado pode compensar sua deficiência e adquirir seu desenvolvimento cultural por outras vias: o cego vai desenvolver a leitura pelo tato, o surdo “vai ouvir” através da visão etc..

- **Comentários Gerais**

A interpretação dos dados, representados pelos episódios escolhidos, é recorrente no sentido de mostrar que em relação aos sinais pertinentes às três categorias dos TH, as características das relações intersubjetivas constituem condições para a presença, ausência, atenuação ou intensificação dos “sintomas”. Estes variam em função das formas pelas quais a interação se configura, na dependência de como os sujeitos significam as ações e os dizeres, reciprocamente, ou de como se comportam com base no que constroem dessas significações. Assim, os “sintomas” da criança aparecem ou não, são intensos ou não, conforme a “resposta” do outro - examinador ou parceiro.

Nessa perspectiva de análise, fica evidenciada a importância dos efeitos de tal resposta: a criança é afetada em suas atitudes e se comporta na situação, com base no que e no como se diz ou faz em relação a ela, no que é ignorado, silenciado, incentivado etc..

Para se levar em conta esse complexo de fatores de interação, é indispensável o olhar para as nuances, as minúcias, os detalhes. Nesse nível de microeventos já é possível encontrar caminhos para ressignificar os sinais.

Os episódios evidenciam, assim, a natureza intrinsecamente social dos supostos sinais de déficits biológicos primários, o que está de acordo com a abordagem da Psicologia histórico-cultural, que considera a atenção e a auto-regulação do sujeito a partir da transformação de uma forma biológica primária e elementar para formas psíquicas totalmente novas, complexas, superiores - ou seja, como parte de um sistema dinâmico de conexões e relações entre várias funções e que se modificam ao longo do desenvolvimento da criança.

Outro aspecto a destacar é o papel da linguagem no processo de transição observado do inter para o intrapsíquico, tanto no caso da função da atenção, como na auto-regulação do comportamento. Através da linguagem o indivíduo (diferentemente dos macacos

superiores) passa a controlar a própria atenção e a alterar o rumo da situação imediata a partir de experiências passadas e perspectivas futuras.

A atenção e a ação voluntária humanas, que são produtos do desenvolvimento histórico-cultural, devem ser compreendidas como integrantes de um sistema psíquico único, que emerge do uso de signos e das práticas sociais, e, portanto, dependente de motivações e significados socialmente enraizados.

Nesse sentido, a interpretação dos dados também não pode dispensar a vinculação dos comportamentos manifestos com eventos contextuais e macrossociais. Por exemplo, tais variações de comportamento são afetadas pela instituição médico-hospitalar, em função da demarcação dos papéis de examinador e de examinando, e pela repercussão da história de vida da criança e de vivências em outros espaços sociais e institucionais com a escola e a família.

## 7 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou contribuir para a discussão crítica sobre o diagnóstico dos Transtornos Hiperativos (TH), propondo-se a examinar o significado dos sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade no âmbito das ocorrências do processo intersubjetivo e dialógico em que se envolvem crianças diagnosticadas nesse quadro, de acordo com os critérios classificatórios vigentes.

A escolha desse objetivo decorreu de interesses mais amplos: contribuir para a procura de caminhos na superação de concepções que sustentam os modelos predominantes na Medicina (mecanicista e organicista); explorar como tentativa específica dessa procura possibilidades de uma linha de investigação que se apóia em um paradigma indiciário e em teses da abordagem histórico-cultural de Lev Vygotsky; e, assumindo essa referência teórica, sugerir a utilidade, no campo da psiquiatria infantil, de análises de natureza microgenética como recurso semiológico capaz de integrar diagnóstico e prognóstico em um mesmo procedimento avaliativo.

Na realização do estudo empírico (procedente de um grupo de oito sujeitos com o diagnóstico de TH, os quais foram selecionados a partir de cento e cinquenta e quatro pacientes referidos a um serviço universitário de psiquiatria infantil), a abordagem histórico-cultural, em suas proposições gerais e em sua valorização do domínio microgenético dos processos, orientou a colocação do problema, a metodologia e as discussões teóricas ou metateóricas.

Mais precisamente, o ponto de partida teórico para a análise das manifestações dos TH foi a concepção de Vygotsky a respeito dos processos psíquicos superiores, segundo a qual as funções do desenvolvimento aparecem, primeiro, na relação da criança com outras pessoas (plano interpsicológico) e, depois, no interior da criança (plano intrapsicológico).

Para o autor, *todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos* (Vygotsky, 1988, p. 64).

Na perspectiva histórico-cultural, a atenção e a ação voluntária, ao contrário das abordagens e paradigmas naturalistas (mecanicista e organicista), são consideradas em sua dimensão semiótica, pois os signos (especialmente a linguagem) desempenham papel constitutivo. Em outras palavras, a atenção, a percepção e a atividade do homem, ao longo da ontogênese, estão na dependência de motivações e significados socialmente enraizados e são produto do desenvolvimento histórico-cultural. Não há, portanto, possibilidade de se estabelecerem analogias com a atenção natural e o comportamento prático dos animais superiores, que dependem, primariamente, de necessidades instintivas.

*(...) o mundo não é visto simplesmente em cor e forma, mas também como um mundo com sentido e significado. Não vemos simplesmente algo redondo (...) com dois ponteiros; vemos um relógio e podemos distinguir um ponteiro do outro* (Vygosty, *idem*, p.36).

Ao considerar que a atenção e os modos de ação são construídos nas relações sociais, em contextos intersubjetivos, o recurso metodológico privilegiado nesse estudo foi a análise microgenética: metodologia semiótica e indiciária que, em relação ao objeto desse estudo, desloca o eixo da avaliação diagnóstica do indivíduo para as interações interpessoais e processos interpsíquicos.

O procedimento de construção e análise dos dados empíricos envolveu a transcrição do material documentado em vídeo, dando-se ênfase às ocorrências que, no curso das ações compartilhadas pelos sujeitos do estudo, possibilitassem investigar as marcas da possível relação entre os sinais de TH e certas condições interpessoais.

A análise dos episódios selecionados revelou que os sujeitos apresentam variações complexas em seus processos interativos, irreduzíveis aos sinais que compõem o quadro dos TH; além disso, o estudo da situação diagnóstica centrado tanto no examinador quanto nos

examinandos permite a apreensão de indícios do processo de transição da inter-regulação para a auto-regulação, cujas peculiaridades são constituídas pelos diferentes modos de interação-interlocução observados.

Em termos de apontamentos conclusivos do estudo realizado, são, inicialmente, destacados os indicadores da análise das relações intersubjetivas, que sugerem respostas a uma indagação central neste trabalho: **os sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade constituem sintomas (sinais, no caso) de uma doença ou transtorno?**

Frente a esta pergunta cabe destacar que os comportamentos dos sujeitos do estudo, quando examinados sob o rigor do procedimento qualitativo da análise microgenética, revelaram dois aspectos:

- 1 - por um lado, a presença de sinais de TH - o que pareceu constituir uma forma de comportamento presente em experiências sociais anteriores (conforme as queixas e relatos da família, das escolas e das terapias), que, no entanto, foram atualizadas (mobilizadas, transformadas, ressignificadas) no jogo interativo e dialógico que se estabeleceu entre o sujeito e seus interlocutores (no caso, examinador ou par);
- 2 - por outro lado, a ausência significativa de sinais de TH, comparativamente ao esperado para o quadro clínico - o que trouxe a possibilidade de apontar a existência de habilidade comportamental já desenvolvida (atenção, auto-regulação) ou habilidade em formação (quando o comportamento era modificado em determinadas condições de interajuda).

No que se refere ao primeiro aspecto, foi possível verificar que, mesmo quando presentes, os sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade não eram suficientes para indicar a existência de um transtorno, em razão de decorrerem de processos subjacentes de inter-regulação, que representavam formas coerentes e complexas de funcionamento intersubjetivo (e não somente manifestação de um organismo individual). Na verdade, a partir dos episódios selecionados, tais sinais passaram a ser minuciosamente analisados (como proposto pelo paradigma indiciário) e, então, identificados como uma quase-linguagem, já que expressavam necessidades, interesses, desejos, possibilidades, dificuldades, limitações ou reivindicações do sujeito na situação em foco. Concluiu-se que

esses sinais apresentavam, pois, uma margem ineliminável de significados que não podiam ser reduzidos a um só, muito menos ao *status* de sintoma de uma patologia.

Alguns episódios consubstanciavam essa primeira conclusão. Nos episódios 3 e 7, por exemplo, o sujeito do estudo (Catarina) manifestou intensos sinais de TH, sendo possível, entretanto, observar marcas no desenvolvimento da atividade que justificam a produção desses sinais, tais como: ausência de significado das explicações da tarefa proposta pelo examinador (jogo de dominó); falta de conhecimento prévio (sobre regras etc.), aparente defasagem entre o nível de desenvolvimento real (tipo de auto-regulação) e o grau de exigência estabelecido pela situação de jogo; o fato de o examinador não ressignificar a atividade, oferecendo um tipo de regulação/assistência adequado ao nível de funcionamento de Catarina (o que remete ao conceito de desenvolvimento proximal, nível no qual se pode viabilizar a realização de tarefa irrealizável individualmente, a partir de um processo de interajuda).

No episódio 6, outro sujeito estudado (Walmir) apresentou todos os sinais de TH, de forma intensa e inequívoca; entretanto, foi possível identificá-los como modos de Walmir expressar sua insatisfação diante da tarefa de leitura, para a qual se sentia despreparado, pois não fora alfabetizado, e de um examinador indiferente às dificuldades e limites correlacionados à tarefa. Vários foram os indícios dessa insatisfação: os sons não verbais que emitiu, os silêncios que ocorreram, as ações orientadas para focos diversos, os movimentos do corpo, e, finalmente, a fala - ao dizer "ai, cansa", referindo-se à leitura. Tais pistas indicavam o desinteresse/dificuldade de Walmir em relação à atividade e em resposta à atitude passiva assumida pelo examinador, por isso o contexto de ocorrência da tarefa e mais precisamente, as atitudes do examinador, foram contemplados como parte integrante do modo de Walmir operar aquela situação - o que implica refutar tais sinais como expressão de uma patologia primariamente orgânica.

Considerando que, nos episódios acima comentados, a atuação do examinador foi decisiva na produção dos sinais de desatenção/hiperatividade/impulsividade e que em geral, essa atuação corresponde ao papel que os examinadores assumem nas avaliações

convencionais (procuram ficar neutros para não interferir na realização das tarefas), pode-se deduzir o risco de enquadramento patológico inadequado de muitas crianças sob o rótulo dos TH.

No que se refere à não manifestação dos sinais de TH, segundo aspecto a ser considerado, conjugaram-se alguns fatores, em especial os concernentes a formas de participação do examinador, diferentes daquelas acima descritas. Houve sujeitos que apresentaram indícios de já terem desenvolvidas as habilidades necessárias para auto-regulação de comportamentos, não havendo necessidade de maior assistência por parte do examinador (episódios 1, 4 e 5), e outros que forneceram pistas indicativas de processos em formação (episódios 2 e 8), pois regulavam melhor seus comportamentos, na medida que recebiam auxílio para a realização das tarefas. Desse modo, ficou evidenciado que a interação e a interlocução desempenharam papel decisivo tanto na manifestação como na não manifestação dos sinais - o que indica a natureza social (e não primariamente biológica) dos comportamentos em questão.

Nos episódios 1, 4 e 5 há uma especificidade a ser ressaltada: caso se levassem em conta apenas critérios diagnósticos baseados em dados sobre os comportamentos manifestados pelos indivíduos, isoladamente, o resultado seria uma confirmação de que os sinais de desatenção e impulsividade se manifestam de forma intensa nos sujeitos envolvidos (Marcos e Walmir). Entretanto, a partir de um outro olhar, centrado na relação interpessoal, emergiram indícios de processos intersubjetivos, que demonstraram exatamente o oposto, ou seja, a possibilidade de atenção e de controle de impulsos dos sujeitos. O fator preponderante dessa divergência é uma peculiaridade interativa: no episódio 1, por exemplo, a despeito de Marcos e Walmir apresentarem-se desatentos ou desinteressados na tarefa solicitada pelo examinador, o foco principal da atenção de ambos era a própria relação entre eles (atividade central) e não a atividade "insignificante" de recorte e colagem - assim, mantiveram uma atenção intensa (vital) no discurso um do outro, nos gestos, na movimentação, na mútua atribuição de significados (mulherzinha, crioulo etc.). Da mesma forma, nos episódios 4 e 5, correspondentes a atividades livres no parquinho, a referência ao outro é permanente: na inter-regulação dos comportamentos, na reorientação de ações, nas

formas verbais e não verbais de comunicação etc. . É interessante observar que as tentativas de Walmir para interagir com Marcos poderiam parecer, se analisadas como simples manifestações empíricas (ou seja, sem levar em conta a intersubjetividade nelas contidas), sinais de impulsividade (falta de autocontrole e desconsideração do outro como referência/limite das próprias ações).

Essas três situações demonstraram o quanto os sujeitos apresentavam habilidades já formadas de inter e auto-regulação de comportamentos, mesmo quando os processos focalizados envolviam apenas a relação entre pares. Elas também ajudam a desmistificar a idéia dominante de que só existe um processo intersubjetivo em ocorrência na presença de objetivos comuns e de harmonia. Os eventos analisados mostraram, na trama complexa que envolve as ações mutuamente reguladas, momentos de tensão, oposição, acordos, incertezas, concordância, que não podem ser simplificadas sob o rótulo de impulsividade.

Nos episódios 2 e 8, outra peculiaridade do processo interativo é observada quando de forma peremptória a atuação do examinador é capaz de transformar o nível de realização de três sujeitos do estudo: Edgar, Hélio e Catarina. No episódio 2, por exemplo, Edgar e Hélio, frente a uma tarefa tediosa e difícil para eles (leitura), conseguiram manter-se atentos até o fim e, inclusive, responderam as questões sobre a leitura realizada. Nesse episódio, a diferença está na participação não apenas ativa, mas interativa do examinador (atuando, de forma adequada, na inter-regulação): o tempo todo, o examinador proporcionou a Edgar e Hélio a assistência que lhes garantisse a compreensão de conteúdo do texto, e mantendo-se conseqüentemente elevado o nível de interesse na atividade. Assim, as características de desatenção de ambos, presentes nas avaliações anteriores e nas queixas da família/da escola, não se manifestaram. No episódio 8, Catarina - o sujeito mais "hiperativo" da amostra - consegue, com o suporte adequado do examinador, superar até modos de operar (hiperativamente) já consolidados em interações anteriores e que estiveram presentes na maioria das atividades documentadas. Mais do que em todos os sujeitos da amostra, foi possível observar em Catarina o processo de transição da regulação do inter para o intrapessoal.

Um aspecto fundamental do conjunto de resultados está na indicação da necessidade de se examinarem atentamente os processos dialógicos e o papel da linguagem, para a interpretação da presença ou da ausência dos sinais de TH no grupo de crianças estudado. A forma pela qual os diálogos transcorrem, as possibilidades e os limites para significar o que o outro diz, o papel inter e auto-regulador exercido pelo que é falado - todas essas dimensões do funcionamento da linguagem devem merecer um exame atento, quando se assume uma perspectiva de investigação em que a intersubjetividade e a significação são centrais para a compreensão dos processos individuais do sujeito.

Em resumo, em todos os episódios foi possível observar a complexidade e as peculiaridades implicadas na manifestação ou não dos sinais de TH, pois na medida que variava a forma de inter-regulação estabelecida e de inserção do sujeito na atividade (em termos de domínio/significado), diferentes modalidades de comportamento surgiam, conduzindo a interpretações que reorientam o modo de significar os diagnósticos em questão.

Concluindo, em resposta à pergunta se os sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade correspondem a algum tipo de doença ou transtorno: evidenciou-se que sob o rótulo de TH encontram-se albergadas condições muitas distintas, e que os sinais que definem os TH decorrem basicamente de ocorrências específicas dos processos intersubjetivos, não havendo, assim, elementos que remetam os sinais, isoladamente ou em conjunto, ao *status* de doença ou transtorno, muito menos a uma dificuldade primária (biológica, constitucional) intrínseca do sujeito.

Em consequência dessa constatação, seria recomendável que os critérios diagnósticos fossem revistos e os sinais que os compõem ressignificados. De outra forma, corre-se o risco de se estabelecerem falsos diagnósticos, e até mesmo, no limite, de se reificarem os TH, definindo-os, tautologicamente, como aquilo que é avaliado pelo instrumento de classificação dos TH - uma asserção semelhante à de que "inteligência é o que é medido pelos "testes de inteligência".

Outro apontamento deve ser feito, enquanto parte dessas considerações finais. Alguns autores têm também questionado, sob diversos ângulos, a especificidade dos sinais dos TH: Weinberg *et alii* (1997) consideram os sinais de desatenção, hiperatividade e impulsividade como sintomas que podem estar relacionados a diferentes etiologias; outros, ao contrário, consideram o fator emocional como causa única de tais manifestações (Miller, 1977).

A presente pesquisa, no entanto, deslocou o eixo da discussão das possíveis etiologias desse quadro clínico para um outro problema: o do equívoco da Medicina (aprisionada ao paradigma das ciências naturais) ao elevar à categoria clínica certas manifestações comportamentais, cuja complexidade ainda lhe escapa ou, noutros termos, cuja complexidade, para ser compreendida, requer a busca de um novo paradigma. Conforme mencionado anteriormente, a inadequação dos paradigmas dominantes engendra uma crise na Medicina atual, que se configura, entre outros aspectos, pela dicotomia crescente entre diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Assim, ao ter sugerido a impossibilidade de se atribuir um valor efetivamente diagnóstico aos sinais e critérios de classificação de TH, o presente estudo permitiu também refletir sobre as conseqüências desse diagnóstico para o tratamento e o prognóstico dos casos em que os transtornos são confirmados.

Nessa perspectiva, configurou-se na revisão da literatura uma descontinuidade/dicotomia entre diagnóstico e prognóstico, entre diagnóstico e tratamento e entre recurso farmacológico e relação terapêutica, o que levanta as seguintes questões: em que medida o diagnóstico de TH auxilia a compreensão e o atendimento às necessidades dos sujeitos inseridos nessa classificação? como orientar o tratamento a partir de sinais que padecem de um objetivismo abstrato frente à complexidade dos processos interativos? de que adianta aferir a presença dos sinais de TH sem compreender os processos que os constituem?

No caso dos TH, seguindo os procedimentos preconizados, afere-se a presença de sinais através da simples constatação empírica - tendo em vista que os mesmos são meras descrições comportamentais, não há necessidade de compreender o seu significado-; então, mecanicamente, e até por computador (o que ocorre em alguns serviços psiquiátricos), chega-se ao diagnóstico.

Em seguida, independentemente dos critérios utilizados para o diagnóstico, o psiquiatra, utilizando-se de um outro tipo de informação empírica - que não tem, necessariamente, relação direta com a complexidade comportamental envolvida nos sinais de TH, ou com qualquer etiologia ou mecanismo fisiopatológico comprovado - prescreve psicofármacos (em geral estimulantes) que temporariamente e sintomaticamente podem, em um percentual significativo de casos, simplesmente diminuir a manifestação de determinados comportamentos, sem acrescentar conhecimentos sobre o sujeito ou apresentar, estatisticamente, efeitos positivos a médio e a longo prazo.

Além disso, o psiquiatria pode justapor orientações comportamentais que, por sua vez, também não precisam de qualquer tipo de vínculo com a identificação de sinais usados no diagnóstico ou com o recurso farmacológico adotado. Tais orientações inclusive são freqüentemente combinadas em diferentes tipos de abordagens (psicoterapias, orientação familiar, educação especial) e realizadas por outros profissionais.

Rigorosamente, nesses casos, o médico não precisa estabelecer nenhum tipo de relação terapêutica com o paciente, até porque, na ausência de recursos semiológicos adequados para conhecer os processos constitutivos dos sintomas, ele tem pouco a contribuir além de estabelecer o diagnóstico, instituir um tratamento farmacológico e encaminhar o paciente para outras orientações. Aqui, mais uma vez, se apresenta uma cisão entre os procedimentos de diagnóstico e tratamento.

Em relação ao prognóstico, a mesma cisão ocorre, tendo em vista que a partir dos critérios diagnósticos nenhuma possibilidade de previsão clínica é possível. Assim, sem ter parâmetros clínicos para estabelecer relação entre os sinais (observados na avaliação diagnóstica) e o prognóstico, o psiquiatra vai precisar recorrer, exclusivamente, a sua

experiência empírica e/ou a informações gerais oriundas de estudos estatísticos, do tipo “o percentual de futuros delinquentes, de dependentes químicos é maior naquele grupo de pacientes em que determinados sintomas são predominantes”. Esse tipo de informação, além de sujeita às falhas usuais do método experimental, apresenta, no caso, o agravante de não contribuir efetivamente para a prevenção; ao contrário, pode até servir, muitas vezes, de profecia auto-realizável - o rótulo de TH e as previsões estatísticas tendem a interferir nas expectativas construídas, na auto-imagem da criança, no oferecimento de condições para seu desenvolvimento e, de maneira geral, na qualidade das interações sociais, o que causa, secundariamente, problemas sociais e psicológicos graves ao sujeito.

A questão é que, independentemente do procedimento avaliativo utilizado para se chegar aos sinais de TH, estes critérios dissolvem as peculiaridades, colocando sob um mesmo rótulo uma variedade de condições de interação e de desenvolvimento dos sujeitos. O conhecimento de tais condições seria, entretanto, de fundamental importância tanto para o prognóstico como para o tratamento. Ademais, há o problema de se conceber sempre a avaliação como busca de indicadores estáveis de quadro de *defeitos ou distúrbios*, negligenciando-se a observação das *possibilidades* de funcionamento da criança. Vygotsky (1987) criticou fortemente essa característica dos procedimentos diagnósticos, no âmbito de seus trabalhos sobre sujeitos com deficiência (física, mental, sensorial) ou com outros problemas de desenvolvimento. Segundo ele, o diagnóstico tradicional cristaliza o que deve ser visto como processo, como parte da dinâmica do desenvolvimento. Assim, a deficiência é coisificada, e a consequência do diagnóstico, orientado somente para a “falta” e para o “não”, é estabelecer limites *a priori* para o desenvolvimento do sujeito. Daí resulta o estabelecimento de metas negativas, na esfera social e educacional; ao invés disso, a avaliação diagnóstica deveria propiciar conhecimento sobre as possibilidades ou potencialidades de funcionamento, para, assim, reverter as metas “minimalistas” (no dizer daquele autor) e construir condições sociais de superação e formação de capacidades.

Nesse sentido, o recurso metodológico da análise microgenética se revelou promissor, não apenas como opção metodológica da pesquisa, mas também como um instrumento para o psiquiatra infantil, capaz de unir diagnóstico, prognóstico e tratamento a partir dos mesmos indicadores clínicos, pois, ao contribuir para localizar a dinâmica-causal

dos processos subjacentes aos comportamentos (diagnóstico), possibilita tanto a visualização de funções psíquicas/habilidades em formação (desenvolvimento prospectivo/prognóstico) como a identificação do tipo e nível adequado de assistência e de inter-ajuda necessários no processo de interação com a criança (tratamento, orientação). Até mesmo os recursos diagnósticos complementares e os psicofármacos passam a contar, a partir da análise microgenética, com parâmetros mais qualitativos e rigorosos para sua utilização e avaliação de resultados.

Outro aspecto a ressaltar é que a análise microgenética, ao deslocar a avaliação do meramente individual para processos intersubjetivos em ocorrência, aproxima-se mais das condições interativas e dialógicas reais da vida, permitindo maior articulação dos dados obtidos com a história individual e o contexto sociocultural da criança.

Essa contribuição da análise microgenética fica sugerida, por exemplo, pelo fato de se poder usar os indicadores obtidos para projetar condições contextuais de atividade e tipos de atuação do outro que seriam mais adequados para diversos contextos interativos. Mais especificamente, pode-se identificar o nível de assistência adequada para realização de atividades pela criança, envolvendo permanente mediação de diferentes formas de ação e linguagem, visando a tornar significativas as atividades e ressignificar a própria criança como sujeito - para tanto, parte-se das indicações analíticas em consonância com a história social e escolar da criança (frequentou escola especial etc.) para se proporem experiências e oportunidades que visem suas possibilidades e não seus (presumíveis) limites.

Com esses argumentos, pretende-se sugerir que a análise microgenética tem grande utilidade no campo da psiquiatria infantil, por ser um recurso semiológico capaz de integrar diagnóstico e prognóstico em um mesmo procedimento, fornecendo e também indicações produtivas para a compreensão e o atendimento das necessidades da criança.

Utilizar essa linha de análise, que está necessariamente articulada às contribuições teóricas da abordagem histórico-cultural em Psicologia, não implica uma proposta de "psicologizar" a atuação do psiquiatra, colocando a Psiquiatria numa posição subordinada ou dependente, até porque esta tem marcantes especificidades enquanto campo médico. Ao

contrário, trata-se de explorar recursos conceituais e metodológicos que podem delinear caminhos para um paradigma indiciário na Medicina e, principalmente, para a busca de novos referenciais para Psiquiatria. Tentativas desse tipo são justificáveis (e necessárias) tendo em vista que, como acontece em qualquer outro campo, as inovações demandam um deslocamento na direção de interfaces com outras disciplinas, ainda que se deva preservar a especificidade do lugar de conhecimento e da tarefa social da disciplina na qual se atua. Dessa perspectiva, as possibilidades sugeridas pelo presente trabalho permitem indicar, no caso da Psiquiatria Infantil, a urgência de mais pesquisas que venham a subsidiar a construção de um corpo de conhecimento dentro do enfoque histórico-cultural.

Finalmente, as discussões metateórica, teórica e prática realizadas ao longo deste estudo pretenderam, além de questionar o significado do diagnóstico dos Transtornos Hipercinéticos, contribuir para o debate crítico sobre as formas científicas hegemônicas de produção de conhecimento, presentes na Medicina e na Psiquiatria. No âmbito dessas discussões é proposta a recuperação do paradigma indiciário (saber milenar desprezado pela racionalidade científica), que, articulado à visão microgenética da perspectiva histórico-cultural, fornece um caminho inovador para a Psiquiatria rearticular o conhecimento sobre as doenças, o diagnóstico e a terapêutica. Cabe enfatizar que esse esforço justifica-se no sentido de evitar que a crise de paradigma que se verifica na atualidade continue levando - por recusa de um tipo de racionalidade - à busca irracional de soluções “alternativas” para o sofrimento humano, como as drogas e o fanatismo religioso, soluções que se mesclam com propostas no âmbito da produção científica ou que embaçam as distinções entre uma nova visão do saber científico e uma negação desse saber. Frente, entretanto, ao *status quo*- que só reconhece a si mesmo como fonte legítima de conhecimento e despreza outras formas de se fazer ciência- , talvez se precise uma dose de rebeldia e de sonho, inspirada em Antonin Artaud, paciente psiquiátrico e poeta, que recusou, com razão, a desrazão da razão dominante: *“Quero estar acordado no sonho e conduzir meus sonhos como um homem desperto”*.

## SUMMARY

This dissertation critically discusses the diagnosis of "Hiperkinetic Disorders" (HD). The proposed analysis assumes the importance of exploring an indicial paradigm articulated with a microgenetic analytical procedure founded on Lev Vygotsky's historical-cultural perspective.

An empirical study was undertaken, focusing on children with HD, diagnosed through procedures based on current classificatory criteria, in order to examine the significance of inattention, hyperactivity, and impulsivity symptoms, within instances of intersubjective and dialogical processes, during various activities in which the children were involved.

The group of subjects consisted of eight children who were selected from 154 clinic-referred youths aged 8 - 13 years (Child Psychiatry Department of a Medical School). The selection of the focused subjects was made according to the stringent diagnostic criteria provided by World Health Organization - ICD-10/for research.

The microgenetic methodology implies a qualitative analysis and effects a shift from the individual-centered diagnostic evaluation to an approach that privileges interpersonal relationships. Consequently, this methodology can indicate the ways by which the other (examiner, peers) plays a fundamental role in the child's actions by inducing situations that may or may not lead to behaviors characterized as a clinical condition or disorder.

The findings indicate that the presence or absence of signs of HD symptoms depend on whether the child's abilities are already developed or in process of development, and, mainly, on the type of interaction established between the subject and the examiner or peer. This means that the signs defining HD are, in fact, a result of dialogical interchanges and share actions inherent to intersubjective processes; that is the behavioral abilities (attention span, self-regulation) can be promoted or triggered by certain peculiarities of the social interaction.

The analyses allow for a conclusion that no isolated symptoms or group of behaviors can characterize *per se* a particular disorder or intrinsic biological deficit, and that the behavioral disorder normally diagnosed as HD seems to harbor a series of distinct conditions under its current definition.

The use of microgenetic analysis showed that this is a valuable research tool as well as a useful clinical tool in the field of Child Psychiatry, since it permits to identify subtle dynamic-causal processes of human behavior and resort to a single set of criteria, thus integrating diagnosis, prognosis, and treatment.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. Manual de psiquiatria infantil. 3.ed., Barcelona, Ed. Toray-Masson, 1976. 984 p.
- \_\_\_\_\_; MARCELLI, D. Manual de psicopatologia infantil. Artes Médicas, Porto Alegre, 1986. 434 p.
- ALEXANDER, F.G e SELESNICK, S.T. História da Psiquiatria, 2 ed., IBRASA, São Paulo, 1980. 573p.
- ALONSO-FERNANDES, F. Fundamentos de la Psiquiatria actual. Tomo I. Psiquiatria Geral. Editorial Paz Montalvo, 1972, Espanha.
- ALVES, K.E.S. Aprendizagem e Desenvolvimento: conceitos para uma leitura do fracasso escola. Niterói, 1989. 23p. Apostila (curso de extensão) do Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho.
- \_\_\_\_\_. A montagem do mito distúrbio de aprendizagem. Niterói, 1990. 30p. Trabalho do curso de pós-graduação em educação- Universidade Federal Fluminense.
- \_\_\_\_\_; WERNER JR., J. Desenvolvimento e aprendizagem da criança. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. São Paulo, v. 3, p.99-127, jan/jun, 1993.
- ANDERY, M.A. *et al.* Para compreender a ciência. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2. ed. (DSM-II), Washington, DC, 1968.
- \_\_\_\_\_. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. (DSM-III), Washington, DC, 1981.
- \_\_\_\_\_. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. revised (DSM-III-R), Washington, DC, 1987.
- \_\_\_\_\_. DSM-IV draft criteria: task force on DSM-IV. Washington, DC, 1993.
- ARIES, P. História social da criança e da família. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981. 279 p.
- ARNS, F. J. Joint problem solving activity in adult-child dyadas: a cross-cultural study. Illinois, 1981, 174 p. Tese (Doutorado)-Northwestern University .
- ARTAUD, A. Antonin Artaud: colagens. Org. de CORREA, R. ALBUQUERQUE, I. Tradução de Leyla Ribeiro. Rio de Janeiro, 1986, 34 p.

- ASSUMPCÃO Jr, F.B. Psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo: Editora Santos, 1994. 569 p.
- BAKHTIN, M. Marxismo e filosofia da linguagem. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BARBARESI, W.J. Primary care approach to the diagnosis and management of attention-deficit hyperactivity disorder. Mayo Clin Proc, v. 71, n. 5. p. 463-471, may, 1996.
- BASTOS, C. L. Exame psíquico: uma introdução prática à psicopatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 227 p.
- BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. *et alii*. A prospective 4 year follow up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. Arch Gen Psychiatry, v. 53, n. 5, p. 437-446, may, 1996.
- \_\_\_\_\_; STEINGARD, R. Psicofarmacologia en niños y adolescentes: un manual para el clínico. Washington:OPAS, 1990.
- BLACK, P. Disfunción cerebral en el niño. Barcelona:Ed.Pediátrica, 1982. 336 p.
- BLANCHET, A. microgenesis, cognitive e social control. In: MERCER, N.; COLL, C. (orgs.) Explorations in Socio-Cultural Studies, Madrid: Fundacion Infancia y Aprendizaje, v. 3, p. 17-23, 1994.
- BLEULER, E. Psiquiatria. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 443 p.
- \_\_\_\_\_. Tratado de Psiquiatria. Ed. Calpe, Madrid, 1924. 511 p.
- BRADLEY, C. The behavior of children receiving benzedrine. Am. J. Psychiat, n. 94, p. 577, 1937.
- BRANN, A.W. Encefalopatia hipóxica-isquêmica (asfixia). Clínicas Pediátricas da América do Norte. Rio de Janeiro, v.3, p. 469-484, 1986.
- BRONCKART, J.P.; MOUNOUD, P. Vygotsky Aujourd'hui. Textes de Base em Psychologie. Neuchatel-Paris: Delachaux & Nestlé, 1986. 219 p.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990.
- CARRAHER, T.N. O método clínico: usando os exames de Piaget. São Paulo: Cortez, 1989.
- CASTIEL, L. D. Moléculas, moléstias, metáforas e senso dos humores. São Paulo: Unimarco, 1996. 175 p.
- CHAUÍ, M. O que é ideologia. São Paulo: Brasiliense, 1989.

- CLEMENTS, S.D.; PETERS, J.E. Minimal brain dysfunction in the school-age child. Arch. Gen. Psychiat. v. 6, p. 185-197, 1962.
- \_\_\_\_\_. Multiple causality: toward clarification of the diagnostic dilemma in child guidance. In: HELLMITH, J. (org.). Learning Disorders, v. 1, Washington, DC : Special Child Publications, 1965 a.
- \_\_\_\_\_. Diagnostic dilemma in child guidance. In: HELLMITH, J. (org.). Learning Disorders, v. 1, Washington, DC : Special Child Publications, 1965 b.
- \_\_\_\_\_. Síndromes de disfunción cerebral mínima. In: BLACK, P., Disfunción cerebral en el niño. p. 230-235, Barcelona: Editorial Pediátrica, 1982.
- COLES, G. - The learning mystique. New York: Pantheon Books, 1987. 330 p.
- COLLARES, C.A.L.; MOISÉS, M.A.A. Educação ou saúde? Educação x saúde? Educação e saúde. Fracasso escolar: uma questão médica? Caderno Cedes. São Paulo, n.15, 1985.
- CONRAD, P. Situational hiperactivity: a social system approach. Journal of School Health, n. 47, p. 280-285, may, 1977.
- CUPOLILLO, M. V. Tool-use and problem solving by prechool children. Dundee. 1993, 222 p. Tese ( Doutorado)-University of Dundee.
- DE BONI, L.A. Origens do pensamento medieval. In: Razão e mística na Idade Média. uma história da Filosofia: verdade, conhecimento e poder. Rio de Janeiro: UNIVERTA, 1988.
- DESCARTES, R. Discurso do método. Tradução de João Cruz Costa.. São Paulo: Ediouro, 1980.
- \_\_\_\_\_. As paixões da alma. São Paulo: Nova Cultural, 1987.
- DOUGLAS, V.I. Attentional and cognitive problems. In: RUTTER, M. Developmental Neuropsychiatry. New York: Guilford Press, 1983.
- DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad Dayse Batista, 4. ed., Porto Alegre. Artes Médicas, 1995. 830 p.
- FEIGHMER, P.; RABINO, E.; GUZE, S.B. *et al.* Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatric, n. 26, p. 57-62, 1972.
- FOUCAULT, M. História da loucura, São Paulo: Editora Perspectica, 1972
- \_\_\_\_\_. As palavras e as coisas. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- \_\_\_\_\_. Nascimento da clínica., Rio de Janeiro: Forense-Universitátia, 1977.
- FRAILE, G. História de la filosofía: del humanismo a la ilustración. Madrid: Editorial Católico, 1966.

- GARCIA, J.A. Compêndio de Psiquiatria (Psicopatologia Geral e Especial). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1954. 721 p.
- GILES, T.R. Introdução à filosofia. 3.ed. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980.
- GINSBURG, C. Mitos, emblemas, sinais - Morfologia e História. São Paulo Cia. das Letras, p. 143-179, 1989.
- GÓES, M.C.R. A construção de conhecimentos: examinando o papel do outro nos processos de significação. Temas em Psicologia, São Paulo, n. 2, p. 23-29, 1995.
- \_\_\_\_\_. Construção de conhecimentos e o conceito de zona de desenvolvimento proximal. In: Encontro sobre Teoria e Pesquisa em Ensino de Ciência. Belo Horizonte, Anais Linguagem, Cultura e Cognição, 1997.
- HESSEN, J. Teoria do conhecimento. 8. ed. Coimbra: Coimbra Ed., 1987. 201 p.
- JAMES, W. The principles of psychology. New York: Dover Publications, 1950.
- JAPIASSU, H. Introdução ao pensamento epistemológico. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- \_\_\_\_\_. Nascimento e morte das ciências humanas. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- \_\_\_\_\_. Questões epistemológicas. Rio de Janeiro: Imago, 1981.
- JASPER, K. Psicopatologia geral. São Paulo: Atheneu, 1973. 650 p.
- KANT, E. Crítica da razão pura. Rio de Janeiro: Ediouro, [1988 ?], 295p.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria Dinâmica, Artes Médicas, 1984.
- \_\_\_\_\_. Compêndio de psiquiatria dinâmica. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986.
- \_\_\_\_\_. Compêndio de Psiquiatria, Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.
- \_\_\_\_\_. Manual de psiquiatria clínica. Rio de Janeiro : MEDSI, 1992.
- KELLY, D.P.; AYLWARD D.G. Déficits de atenção em crianças e adolescentes: problemas e práticas atuais. Clínicas Pediátricas da América Norte, Rio de Janeiro, v. 3, p. 485-514, 1992.
- KENDELL, R. E. The role of diagnosis in psychiatry. Great Britain: Aberdeen University Press, 1975, 176 p.
- KOSIC, K. Dialética do concreto. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- KOYRE, A. Estudios de história del pensamiento científico. 2.ed. Madrid: Siglo Veintiuno, 1978.

- KRAMER, S. A política do pré-escolar no Brasil: A arte do disfarce. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1987.
- KRETSCHMER, E. Körperbau und Charakter. Berlin: Springer Verlag, 1936. 243 p.
- KUHN, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LAHEY, B. B. *et alii*. DSM-IV field trials for attention déficit hiperactivity disorder in children and adolescents. Am J Psychiatry, v. 151, n.11, p. 1673-1685, 1994.
- LARA, T.A. Caminhos da razão do ocidente. A filosofia ocidental do renascimento aos nossos dias. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- LAUFER, M.W., DENHOFF, E. Hyperkinetic behavior syndrome in child, J. Pediat., n.50, p. 463-74, 1957.
- LEFEBVRE, H. Lógica formal/lógica dialética. 5ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- LEFÈVRE, A.B. Exame neurológico evolutivo do pré-escolar normal. São Paulo: Sarvier, 1972.
- \_\_\_\_\_. Disfunção cerebral mínima. São Paulo: Sarvier, 1975.
- LÖWY, M. Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1988.
- LURIA A. R. Curso de Psicologia Geral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- \_\_\_\_\_. El cerebro humano y los procesos psíquicos: análisis neuropsicológico de la actividade consciente. Barcelona: Fontanela, 1979.
- \_\_\_\_\_. Consciência y lenguaje. Madrid: Artigrafia, 1980.
- \_\_\_\_\_. Pensamento e linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- \_\_\_\_\_; LEONTIEV, A. Pedagogia e psicologia: bases psicológicas da aprendizagem. São Paulo: Moraes, 1991.
- LUZ, M. T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.
- \_\_\_\_\_. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, III, IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1993. (mimeo)
- MARX, K. Contribuição para a crítica da economia política. 2. ed. Lisboa: Editorial Estampa, p. 211-241, 1973.
- \_\_\_\_\_; ENGELS, F. A ideologia alemã. (Feurbach). São Paulo: Hucitec, 1987.

- MELO, A. L. Psiquiatria. Vol.2, Rio de Janeiro, 1981. 432 p.
- MILLER, J. S. Hyperactive children: a ten-year study. Pediatrics, n.61, p. 217-235, 1978
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.
- MORATO, M. E. Linguagem e Cognição: as reflexões de L.S. Vygotsky sobre a ação reguladora da linguagem. São Paulo : Plexus, 1996. 138 p.
- NORRIS, J.A.; HOFFMAN, P.R. Attaining, Sustaining, and focusing attention: intervention for children with ADHD. Semin Speech Lang, v.17, n.1, p. 59-71, feb., 1996.
- NUNES, E.D. (org.) Juan César Garcia: Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.
- OSWALD, M. L. Alfabetização: a construção histórico-social da linguagem. Rio de Janeiro, 1989. 145 p. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica/RJ.
- OTHMER, E.; OTHMER, S. C. A entrevista clínica usando DSM-III-R. São Paulo Manole, 1992.
- VERTON, W.F.; REESE, H.W. Models of development and theories of development. In: Life-span developmental psychology. New York: Academic Press, p. 115-145, 1970.
- PATTO, M. H. S. Psicologia e ideologia - uma introdução crítica à psicologia escolar. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1987.
- \_\_\_\_\_. A produção do fracasso escolar. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1990.
- PIAGET, J. Biologia do conhecimento. Petrópolis : Vozes, 1973.
- \_\_\_\_\_. A representação do mundo na criança. Rio de Janeiro. Record, 1978
- \_\_\_\_\_. Epistemologia genética. São Paulo: Victor Civita, 1978.
- \_\_\_\_\_. Seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro: Forense, 1989.
- PINO, A. A corrente sócio-histórica de psicologia: fundamentos epistemológicos e perspectivas educacionais. Em Aberto. Brasília, n.48, 1990.
- \_\_\_\_\_. O conceito de mediação semiótica em Vygotsky e seu papel na explicação do psiquismo humano. Caderno Cedes. São Paulo v. 24, Papyrus, 1991.
- QUAY, H.C. Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. J. of Abnormal Child Psychology, v. 25, n. 1, p. 7-13, 1997.

- RAPOPORT, J.L.; ISMOND, D.R. DSM-III-R, Training guide for diagnosis of childhood disorders. New York: Brunner/Mazel, 1990.
- REY, F. G. La categoria personalidad en la psicologia marxista. In: Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación, p. 1-21, 1987.
- RIEBER, R.W.; CARTON, A.S. The collected works of L.S. Vygotsky: problems of general psychology. New York: Plenum Press, 1987.
- ROSTAIN, A.L. Déficit de atenção em crianças e adolescentes. Clínicas Pediátricas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros, v.3, p. 647-675, 1991.
- RUTTER, M. Syndromes attributed to "Minimal brain dysfunction" in childhood. Am. J. of Psychiat., n. 139, p. 21-33, 1982.
- RYAN, A. Filosofia das ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- SAADA-ROBERT, M. Microgenesis and situated cognitive representations. In: MERCER, N.; COLL, C. (orgs) Explorations in Socio-Cultural Studies, Madrid: Fundacion Infancia y Aprendizaje, v. 3, p. 56-64, 1994.
- SAFER, D.J.; ZITO, J.M. *et al.* Increased methylfenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. Pediatrics, v. 98, n.6, p. 1084-1088, dec., 1996.
- SARAMAGO, J. Ensaio sobre a cegueira. São Paulo: Cia das Letras, 1995.
- SCHAFF, A. História e verdade. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 317 p.
- \_\_\_\_\_. A Sociedade informática. São Paulo: Unesp, 1990.
- SCHECHTER, N.L. The baby and the bathwater: hyperactivity and the medicalization of child rearing. Perspect. Biol. Med., v. 25, n. 3, p. 406, 1982.
- SCHIMITT, B.D. The minimal brain dysfunction myth. Am J Dis Child, v. 1229, n. 11, p. 1313-1318, nov., 1975.
- SCIACCA, M. F. O desenvolvimento do empirismo: In: História da filosofia. São Paulo: Mestre Jou, 1968.
- SIGUÁN, M. *et al.* Actualidad de Lev S. Vygotsky. Barcelona: Editorial Anthropos, 1987. 187 p.
- SILVER, L.B. Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical guide to diagnosis and treatment. Washington: Am. Psychiatric Press, 1992. 164 p.
- SKINNER, J.B. Contingências do reforço. São Paulo: Abril Cultural, 1975.
- \_\_\_\_\_. Sobre o behaviorismo. São Paulo: Editora Cultrix, 1993.

- SMOLKA, A.L.; GÓES, M.C.R. A linguagem e o outro no espaço escolar: Vygotsky e a construção do conhecimento. São Paulo: Papyrus, 1993.
- \_\_\_\_\_. Discourse practices and the issue of internalization, In ROSA, A.; VALSINER, J. (orgs) Explorations in Socio-Cultural Studies. Madrid: Fundacion Infancia y Aprendizaje, v. 1, p. 74-84, 1994.
- \_\_\_\_\_; GÓES, M.C.R., PINO, A. The Constitution of the subject: A persistent question. In: WERTSCH, J.V.; DEL RIO, P.; ALVAREZ, A. (orgs). Sociocultural studies of mind. New York: Cambridge University Press, p. 165-184, 1995.
- \_\_\_\_\_; GÓES, M.C.R. A significação nos espaços educacionais: interação social e subjetivação. São Paulo: Papyrus, 1997.
- SOARES, M. Linguagem e escola. Uma perspectiva social. São Paulo: Editora Ática, 1989.
- SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G. *et alii*. Os limites do método experimental. Temas: teoria e prática do psiquiatra. São Paulo, v. 25. n. 49. p.31-47, jan/jun, 1995.
- STRAUS, L. Síndrome hipercinética infantil: constante ou orgânica e situacional ou psicogênica. 1985. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas
- SUCHODOLSKI, B. A pedagogia e as grandes correntes filosóficas. Pedagogia da essência e a pedagogia da existência. Lisboa: Livros Horizonte, 1984.
- SUCUPIRA, A. C.S.L. Hiperatividade: doença ou rótulo? Fracasso escolar - uma questão médica? Caderno Cedes. São Paulo: n. 15, 1986.
- \_\_\_\_\_; CHIPKEVITCH, E. Uma abordagem para o estudo de crianças com problemas de escolaridade. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 61, n 2, agosto, 1986.
- \_\_\_\_\_. A criança hipercinética. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 64, n. 5, maio, 1988.
- SYKES, D.H. *et alii*. Attention in hyperactive children and the effects of Methyphenidate. J. of Child Psychology and Psychiatry, n.12: p.129-139, 1971.
- \_\_\_\_\_. The effect of methyphenidate (Ritalin) on sustained attention in hyperactive children, Psychopharmacologia, n .25: p. 262-274, 1972.
- TAILLE, Y. de La; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.
- TAYLOR, E. Development of Attention. In: RUTTER, M. Developmental psychiatry Washington: American Psychiatric Press, p 185- 195, 1987.
- TOWBIN, A. Aspectos neuropatológicos: il dano cerebral perinatal y sus secuelas. In: Disfunção cerebral en el niño. Barcelona: Editorial Pediátrica, 1982.

- TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução da pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- URDAMOZ, T. História de la filosofia. Madrid La Editorial Católica, 1975.
- VALSINER, J. Developmental Psychology in the Soviet Union. Indiana University : Indianapolis, 1988
- VELHO, G. Desvio e divergência: uma crítica da patologia da social. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- VYGOTSKY, L.S. Mind in society: the development of higher psycjological processes. USA: Harvard University Press, 1978. 159 p.
- \_\_\_\_\_. Thought and language. Cambridge-Massachusetts: MIT-Press, 1986.
- \_\_\_\_\_. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 135 p.
- \_\_\_\_\_. História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Cuba: Editorial Científico Técnica, 1987a
- \_\_\_\_\_. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 168 p.
- \_\_\_\_\_; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. São Paulo: Ícone Editora, 1988 a.
- \_\_\_\_\_. Fundamentos de defectologia. Tomo V.Obras Completas, Habana : Editorial Pueblo y Educación, 1989 537 p.
- \_\_\_\_\_. Teoria e método em Psicologia. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 524 p.
- WEINBERG, A.W. *et alii*. Attention deficit hyperactivity disorder: a disease or a sympton complex? The Journal of Pediatrics, v. 130, p 6-9, 1997.
- WEISS, G.; HECHTMAN, L.T. Hyperatctive children grown up. New York: Guilford Press, 1993.
- WENDER, P. Disfunção cerebral mínima na criança, São Paulo:Ed. Manole, 1974 e 1980. 288 p.
- WERNER JR., J. Desenvolvimento e aprendizagem: contribuição para desmedicalização do fracasso escolar. Niterói, 1992, 146 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense.
- \_\_\_\_\_. Disfunção cerebral mínima. Rio de Janeiro, 1978, 37 p., Monografia (Especialização). Pontifícia Universidade Católica/RJ.
- WERTSCH, J. V. Vygotsky and the social formation of mind. New York: Cambridge University Press, 1985.

- \_\_\_\_\_. Culture, communication, and cognition: Vygotskian perspectives. New York: Academic Press, 1987. 197 p.
- \_\_\_\_\_. HICKMANN, M. Problem solving in social interaction: a microgenetic analysis". In: HICKMANN, M *et al* (orgs.). Social and functional approaches to language and thought. New York: Academic Press, 1987
- \_\_\_\_\_. Vygotsky y la formación social de la mente. Barcelona: Paidós, 1988. 263 p.
- WHO - World Health Organization. The ICD-10 classification of mental behavioural disorders - diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. 248 p.
- WIIG, E.H. Aspectos psicolingüísticos dos distúrbios do aprendizado: identificação e avaliação. Clínicas Pediátricas da América do Norte. Rio de Janeiro, v. 2, p. 331-345, 1984.
- WILLIAMS, J.B.W. Classificação Psiquiátrica. In: HALES, R.E.; YUDOFISKY, S.C.; TALBOTT, J.A. Tratado de Psiquiatria, Porto Alegre: Artes Médicas, p. 149-165, 1992.
- YAROSHEVSKI, M.G. La psicología del siglo XX. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1983.
- ZEITIN, I. Ideologia y teoría sociológica. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1973.

**ANEXO 1**

**TEXTO ORIGINAL EM INGLÊS RELATIVO AOS CRITÉRIOS DA CID-10-CDP  
(PESQUISA)**

**F90 – F98**

Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

**F90** **Hyperkinetic disorders**

*Note:* The research diagnosis of hyperkinetic disorder requires the definite presence of abnormal levels of inattention, hyperactivity, and restlessness that are pervasive across situations and persistent over time and that are not caused by other disorders such as autism or affective disorders.

G1. *Inattention.* At least six of the following symptoms of inattention have persisted for at least 6 months, to a degree that is maladaptive and inconsistent with the developmental level of the child:

- (1) often fails to give close attention to details, or makes careless errors in schoolwork, work, or other activities;
- (2) often fails to sustain attention in tasks or play activities;
- (3) often appears not to listen to what is being said to him or her;
- (4) often fails to follow through on instructions or to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not because of oppositional behaviour or failure to understand instructions);
- (5) is often impaired in organizing tasks and activities;
- (6) often avoids or strongly dislikes tasks, such as homework, that require sustained mental effort;
- (7) often loses things necessary for certain tasks or activities, such as school assignments, pencils, books, toys, or tools;
- (8) is often easily distracted by external stimuli;
- (9) is often forgetful in the course of daily activities.

G2. *Hyperactivity.* At least three of the following symptoms of hyperactivity have persisted for at least 6 months, to a degree that is maladaptive and inconsistent with the developmental level of the child:

- (1) often fidgets with hands or feet or squirms on seat;

**MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS: DIAGNOSTIC CRITERIA**

---

- (2) leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected;
  - (3) often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, only feelings of restlessness may be present);
  - (4) is often unduly noisy in playing or has difficulty in engaging quietly in leisure activities;
  - (5) exhibits a persistent pattern of excessive motor activity that is not substantially modified by social context or demands.
- G3. *Impulsivity*. At least one of the following symptoms of impulsivity has persisted for at least 6 months, to a degree that is maladaptive and inconsistent with the developmental level of the child:
- (1) often blurts out answers before questions have been completed;
  - (2) often fails to wait in lines or await turns in games or group situations;
  - (3) often interrupts or intrudes on others (e.g. butts into others' conversations or games);
  - (4) often talks excessively without appropriate response to social constraints.
- G4. Onset of the disorder is no later than the age of 7 years.
- G5. *Pervasiveness*. The criteria should be met for more than a single situation, e.g. the combination of inattention and hyperactivity should be present both at home and at school, or at both school and another setting where children are observed, such as a clinic. (Evidence for cross-situationality will ordinarily require information from more than one source; parental reports about classroom behaviour, for instance, are unlikely to be sufficient.)
- G6. The symptoms in G1–G3 cause clinically significant distress or impairment in social, academic, or occupational functioning.
- G7. The disorder does not meet the criteria for pervasive developmental disorders (F84.–), manic episode (F30.–), depressive episode (F32.–), or anxiety disorders (F41.–).

**ANEXO 2**

**GRÁFICOS: PRESENÇA DE SINAIS DOS TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS  
NOS SUJEITOS**

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

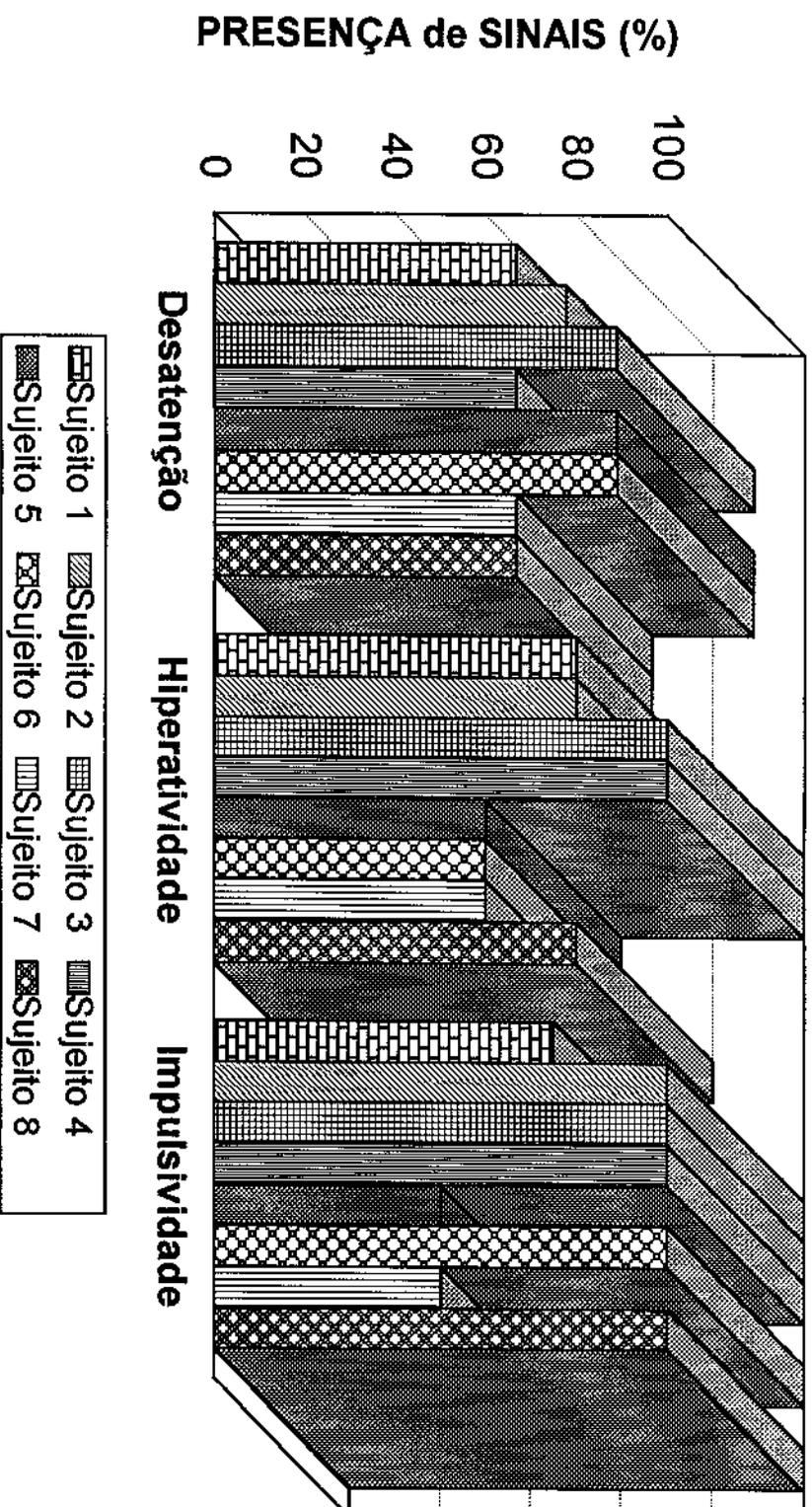


Fig. 2: Presença de sinais de TH nos sujeitos avaliados pelos critérios da CID-10-CDP (Pesquisa).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

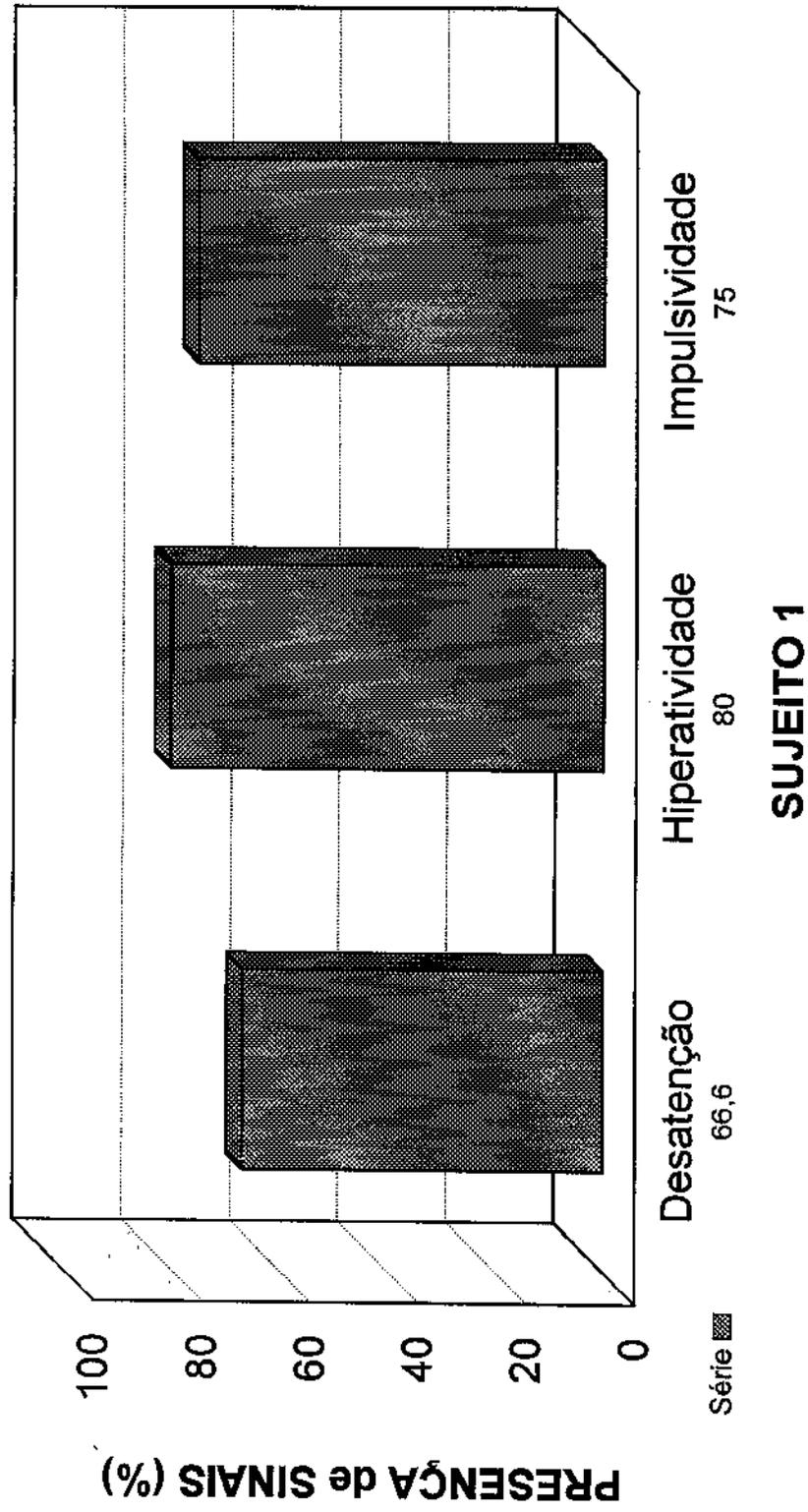


Fig. 3: Sinais dos TH no Sujeito 1 (Marcos).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

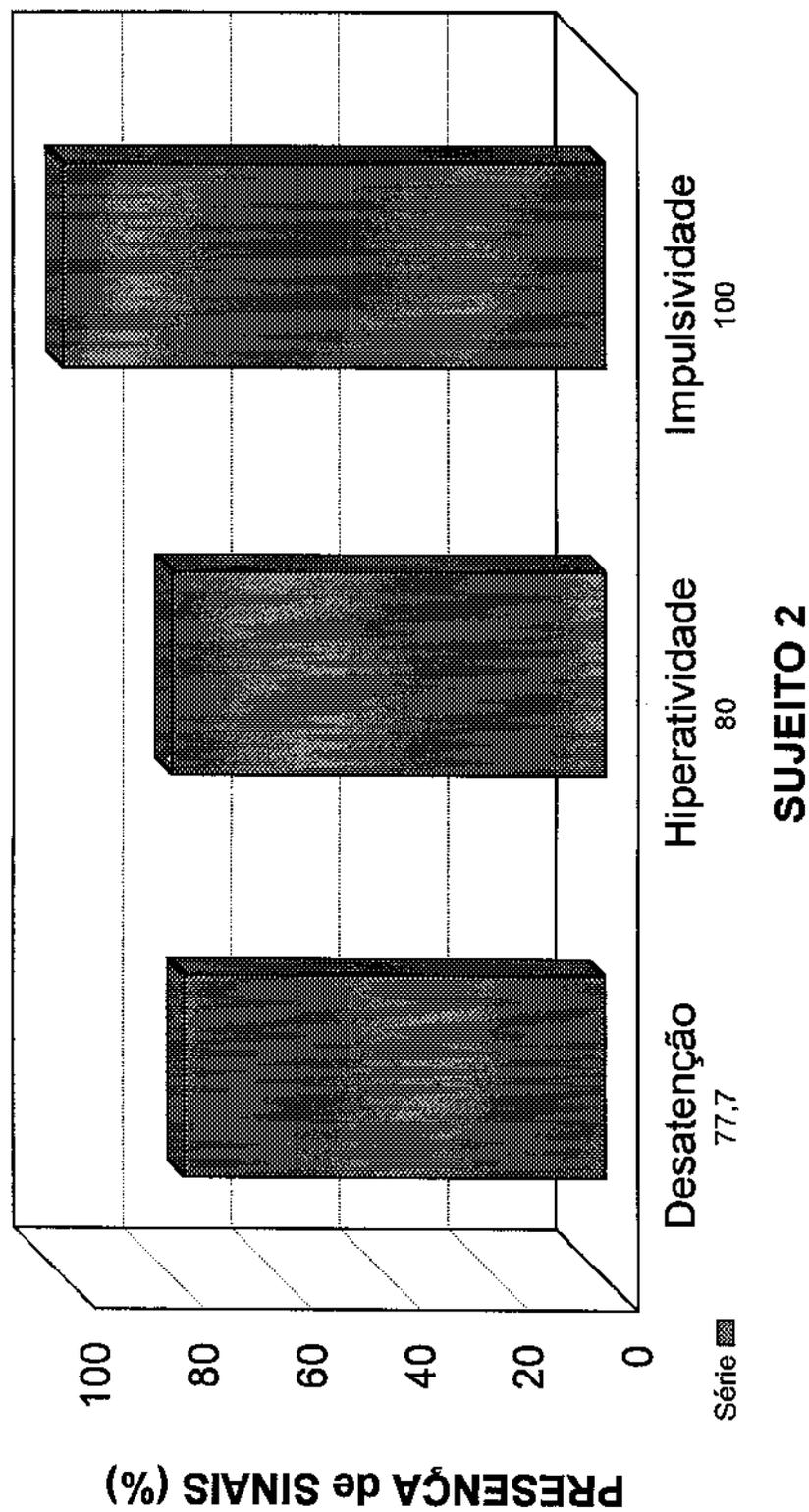


Fig. 4: Sinais dos TH no Sujeito 2 (Walmir).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

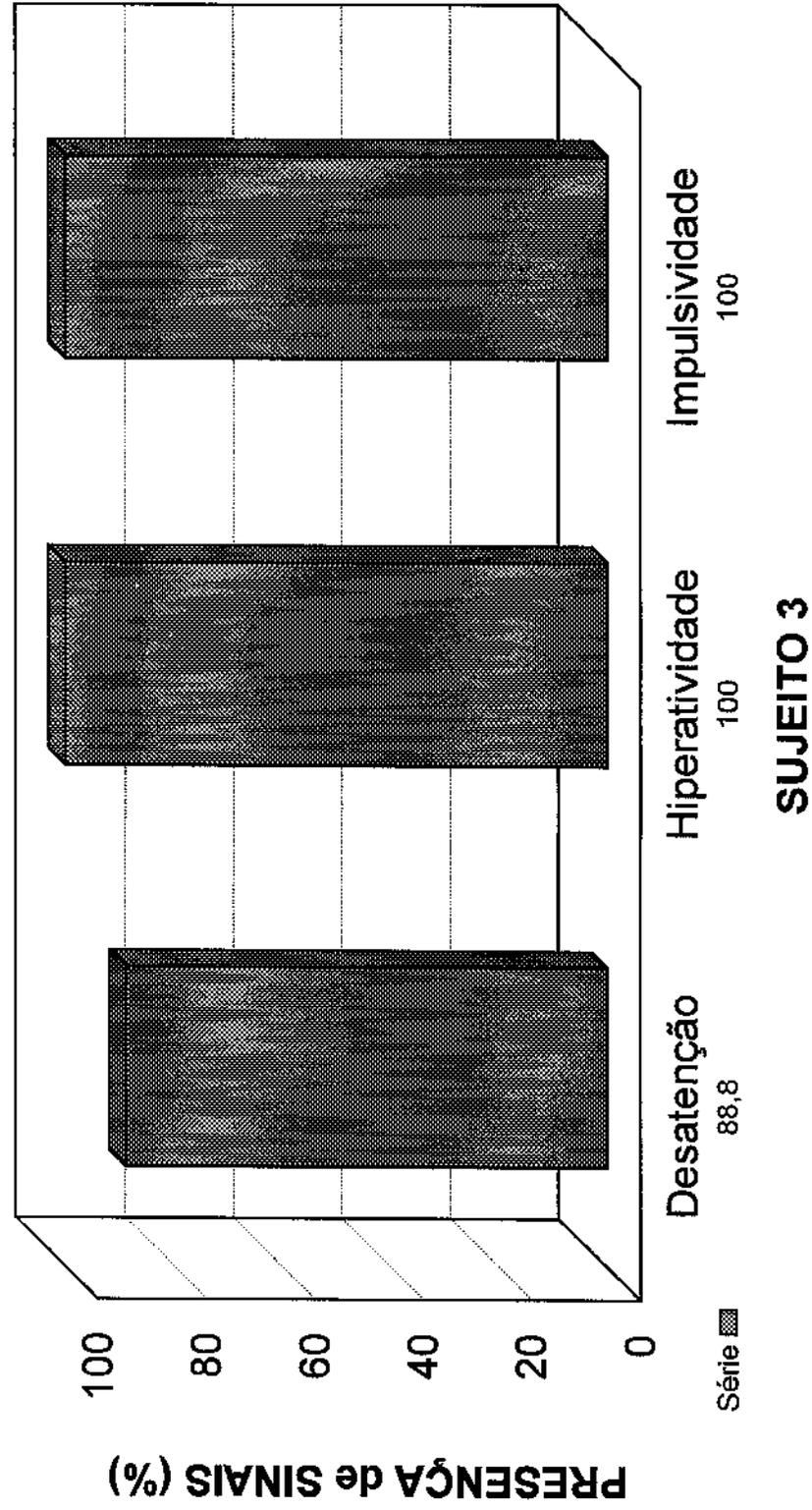


Fig. 5: Sinais dos TH no Sujeito 3 (Tiago).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

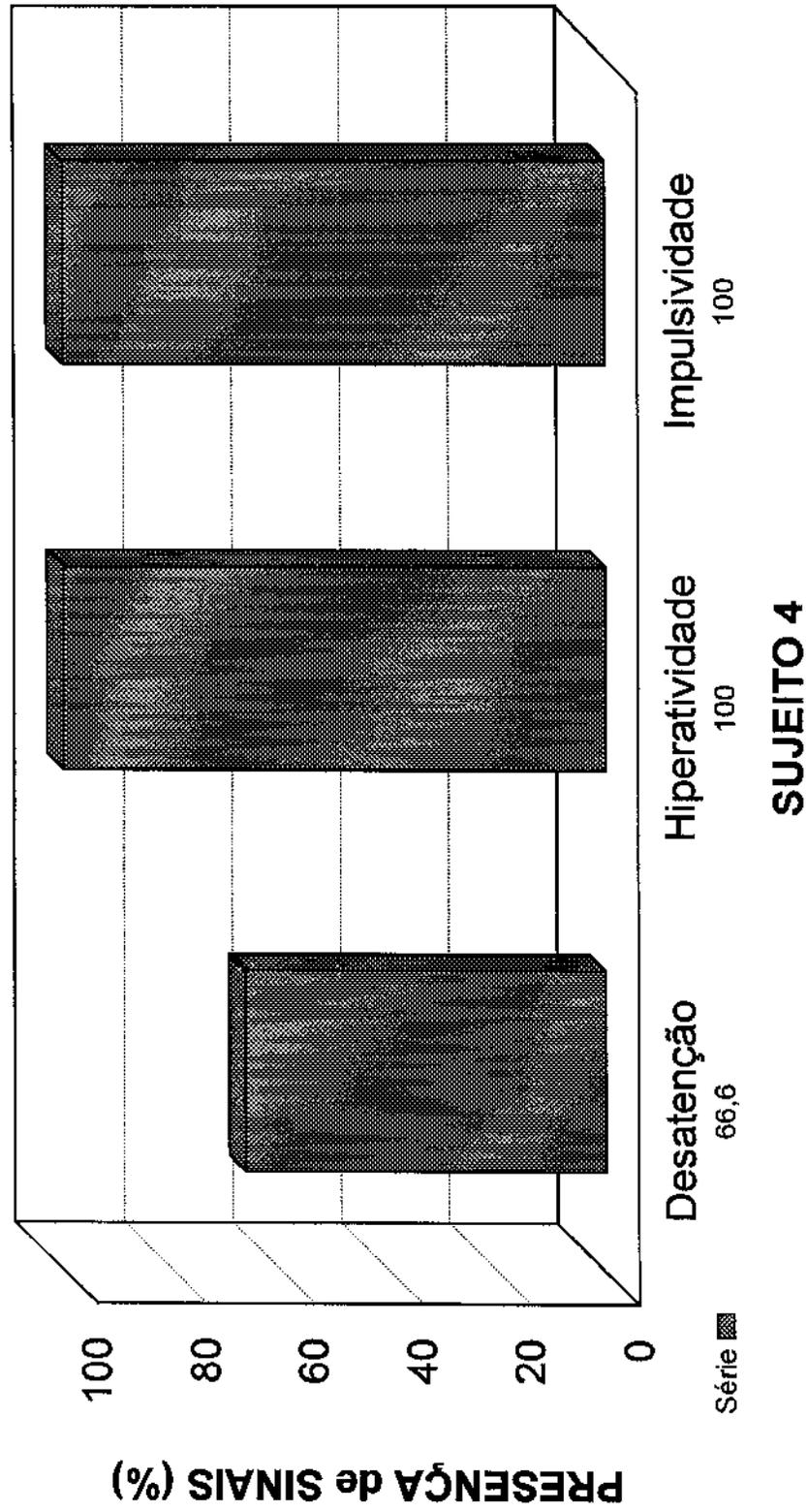


Fig. 6: Sinais dos TH no Sujeito 4 (Catarina).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

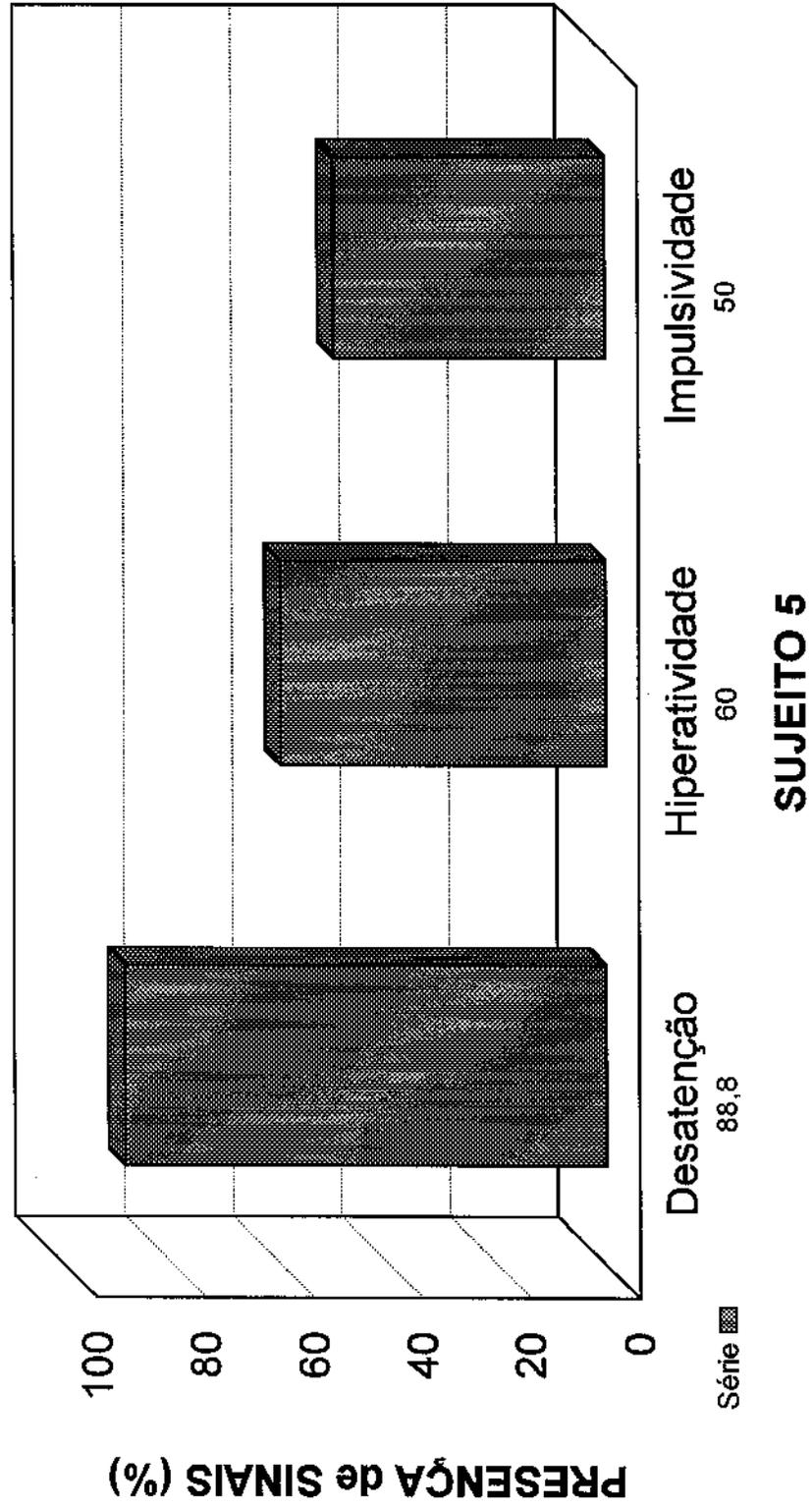


Fig. 7: Sinais dos TH no Sujeito 5 (Geraldo).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

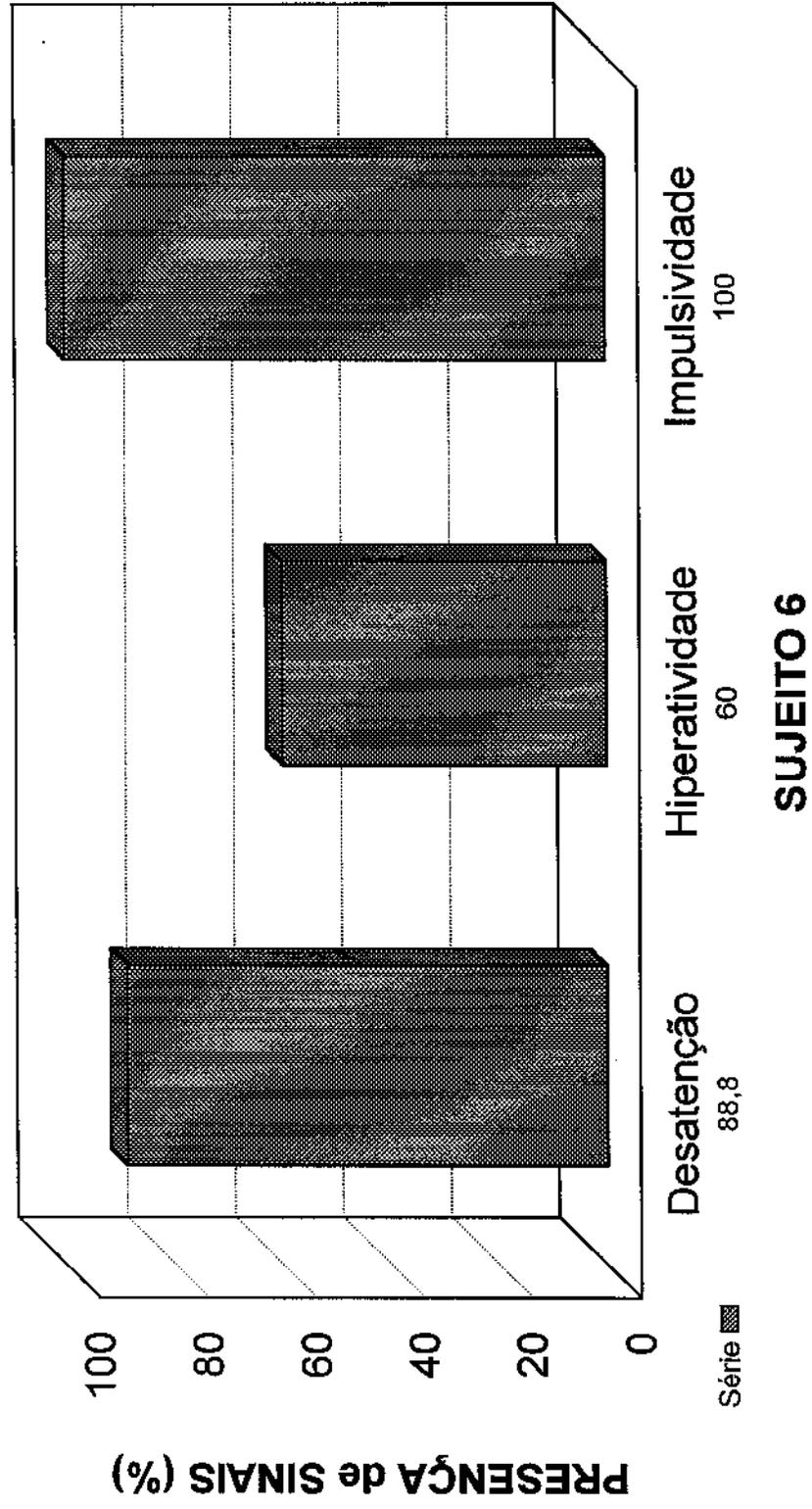


Fig. 8: Sinais dos TH no Sujeito 6 (Hélio).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

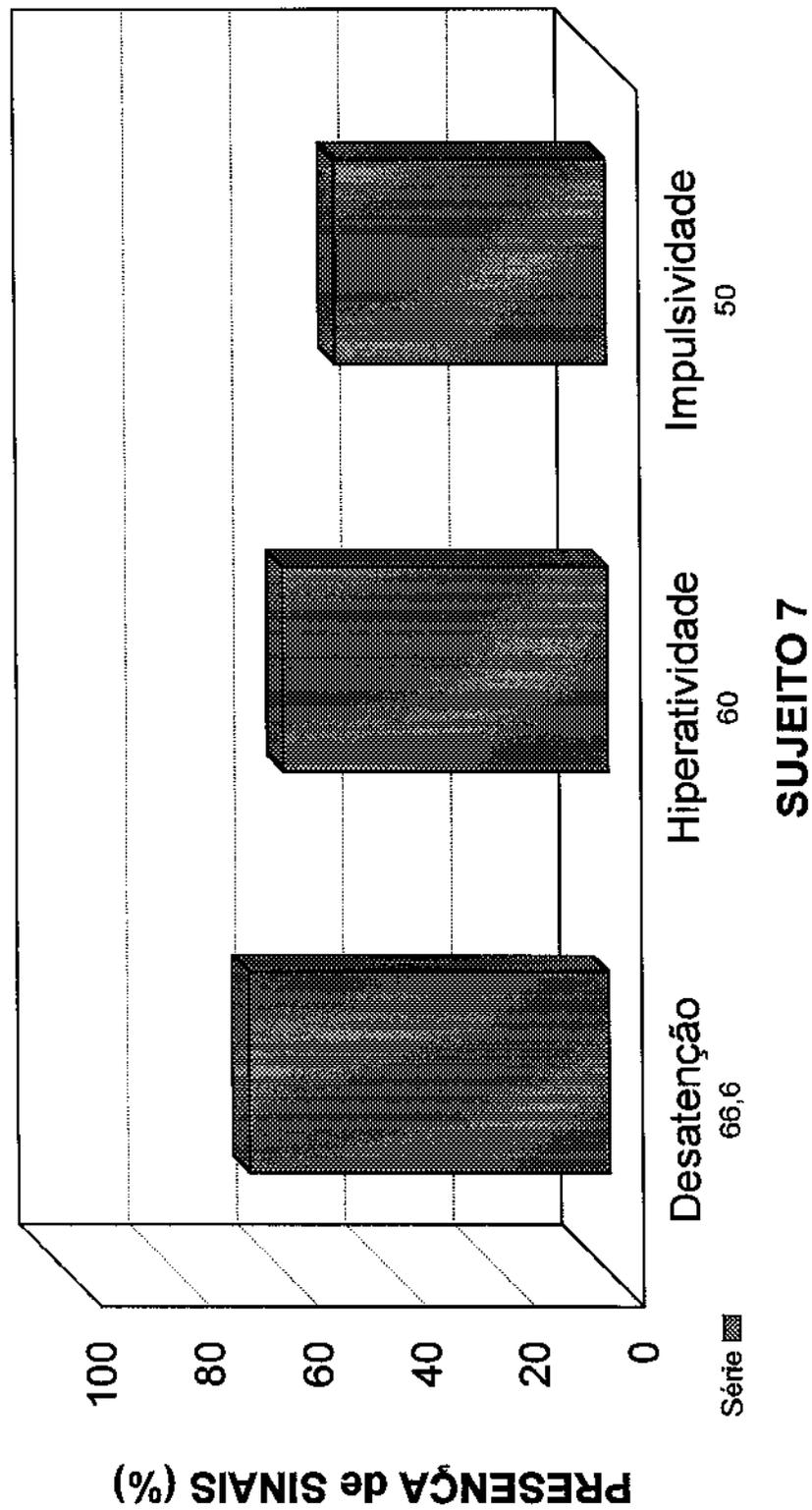


Fig. 9: Sinais dos TH no Sujeito 7 (Paulo).

# TRANSTORNOS HIPERCINÉTICOS

CID - 10 - CDP

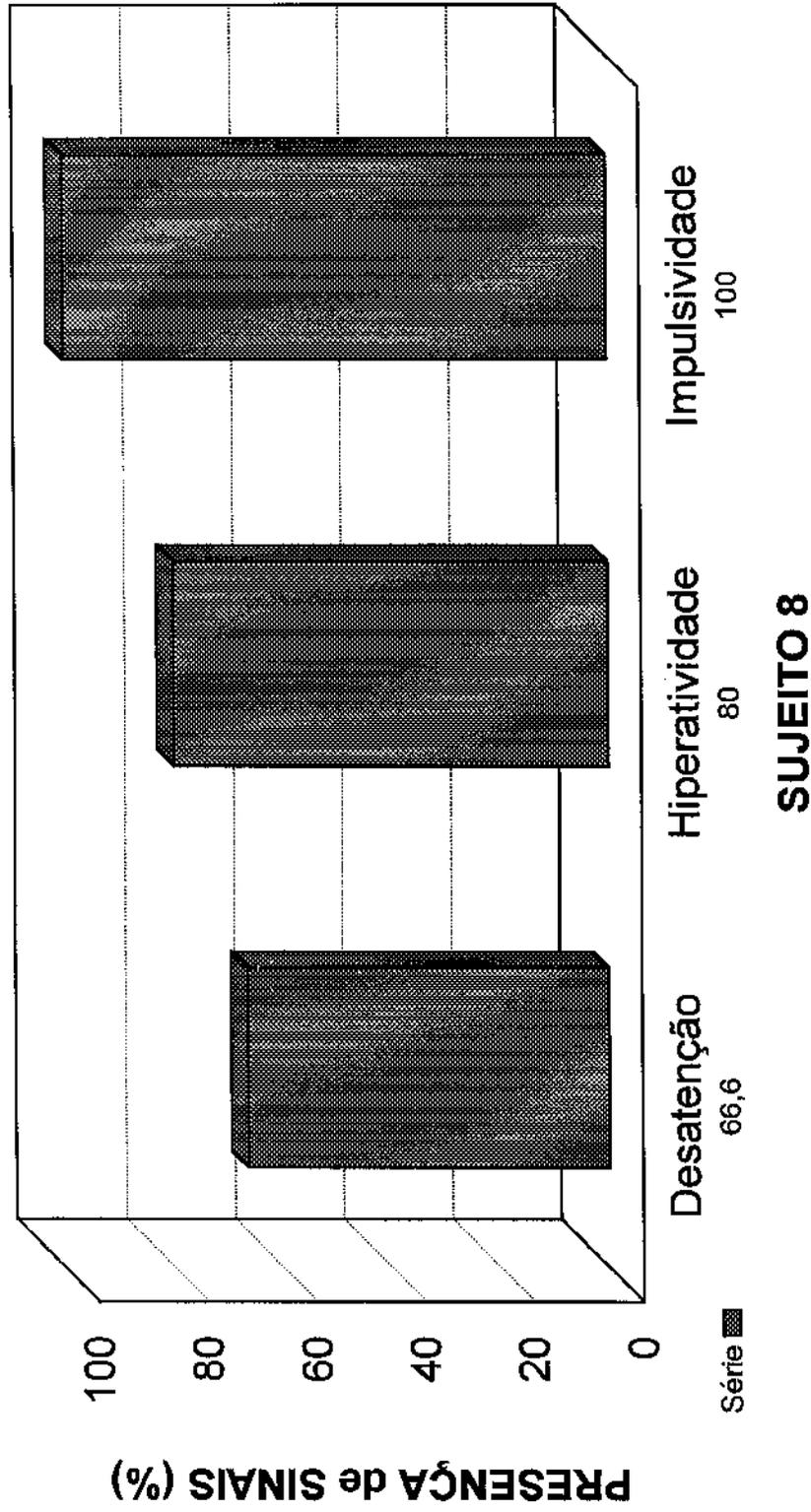


Fig. 10: Sinais dos TH no Sujeito 8 (Edgar).