

# “DDA” E OUTRAS NOVAS SIGLAS ASSOCIADAS A LIMITAÇÕES DE ENSINO E APRENDIZAGEM ESCOLAR

Anna Maria Vieira Pires Gil

**RESUMO** – Este artigo relata uma pesquisa exploratória sobre atendimento neurológico de crianças com queixa escolar. Questiona diagnósticos classificatórios, que ampliam a generalização de prejuízos pessoais, bem como o tratamento farmacológico para as dificuldades de aprendizagem na escola, sem a devida identificação de qualquer etiologia orgânica cerebral e demais sintomas que lhe são peculiares. Salienta a especial importância da psicopedagogia do ensino-aprendizagem da leitura, bem como do trabalho visando incentivo e desenvolvimento da atenção concentrada.

**UNITERMOS:** Transtornos de aprendizagem. Aprendizagem. Diagnóstico diferencial. Psicologia educacional. Neuropsicologia.

## INTRODUÇÃO

Parte-se do pressuposto de que o compromisso com a atuação psicopedagógica exige consideração aos aspectos neurológicos da aprendizagem, tendo em vista o amplo e acelerado progresso recente da neurociência. O domínio desse tipo de fundamentação é especialmente importante para o devido ajuste e maior proveito de intervenções educativas, visto que promove a valorização das características mais positivas de cada aprendiz e direciona o trabalho no sentido de atenuar conseqüências, ou compensar limitações de cada um deles.

O Projeto ENSCER (Ensinando o Cérebro), divulgado por Rocha<sup>1,2</sup>, e em desenvolvimento no contexto escolar da APAE de Jundiaí, desde 1997, é uma situação ilustrativa nesse sentido de que

“o conhecimento do cérebro – normal ou deficiente – passa a orientar o ensinar, para que as restrições de cada um sejam respeitadas e suas capacidades melhor utilizadas”<sup>1</sup>.

Por outro lado, também é necessário considerar que, historicamente, a Neurologia se encontra associada à Educação não como recurso para ampliar condições de aprendizagem, mas sim como fonte de explicação para justificar limitações ou dificuldades no processo de aprender, e a conseqüente indicação de tratamento farmacológico.

Investigando esse passado, Moysés e Collares<sup>3</sup>, professoras da Unicamp, na Faculdade de Ciências Médicas e na Faculdade de Educação, respectivamente, relembram que, por volta de 1960, os insucessos no rendimento

---

*Anna Maria Vieira Pires Gil – Coordenadora do Curso de Lato Sensu em Psicopedagogia da UnG (Universidade Guarulhos).*

---

*Correspondência*

*Rua José Maria Lisboa, 1377 – ap.32 – Jd. Paulista – São Paulo – SP – Brasil – 01423-001 - Tel./Fax: (11) 3064-3923 – E-mail: annagil@uol.com.br*

escolar vieram a ser nomeados, na área da Saúde, como *distúrbios de aprendizagem*, o que significa atribuí-los ao aluno. Ou seja, caracterizadas como "uma construção do pensamento médico", tais queixas "surgem como entidades nosológicas e persistem até hoje como *doenças neurológicas*".

Em termos quantitativos, Pernambuco<sup>4</sup>, psiquiatra da Escola Paulista de Medicina, menciona dados de um levantamento realizado em 1987, em um Ambulatório de Saúde Mental da cidade de São Paulo, indicando "queixas ligadas à escola em cerca de 40% das crianças que se encontravam em fila de espera para atendimento, sendo que mais ou menos 20% das mesmas apresentavam a queixa escolar como única queixa". E, sua estimativa é de que esses números corresponderiam à média de outros postos similares de serviço. Assim sendo, afirma: "Uma demanda de tal porte é por nós considerada excessiva". E, acrescenta: "Uma avaliação destas crianças nos mostra que, em muitos casos, não existe um substrato físico para as dificuldades de aprendizagem que as mesmas apresentam".

Até tal época, as críticas a explicações neurológicas para dificuldades de aprendizagem se voltam especificamente a casos nomeados como LCM (lesão cerebral mínima) e, logo após, renomeados como DCM (disfunção cerebral mínima). Tais conceitos implicam na não constatação de problemas em exames neurológicos convencionais. Assim sendo, de acordo com palavras de Moysés e Collares<sup>3</sup>, tratava-se, realmente de "uma *doença* muito esquisita, que se baseia na ausência de qualquer alteração objetiva; (...) pregam a existência de uma doença que nunca conseguiram provar que existe". Como ainda pior, é lastimado o emprego de tratamento médico para tal suposta doença, pois se contava com a estimativa de que "5% de todas as crianças em idade escolar necessitam desse tipo de medicamento"<sup>3</sup>.

Conforme enfatizado por Bossa<sup>5</sup>, psicóloga, "o termo LCM é destituído de significação, além do estigma que cria e da expectativa negativa dos pais e dos professores, pois alimenta a noção de que o problema é irrecuperável".

Scoz<sup>6</sup>, uma das pioneiras da Psicopedagogia brasileira, também contesta o problema de "medicalização do problema de aprendizagem". E, alerta sobre os perigos da influência nefasta de tal situação na formação de psicopedagogos, considerando-se que essa categoria profissional começou a se organizar no Brasil justamente na década de 60, quando instalada e dominante a "concepção organicista e linear, com conotação nitidamente patologizante, encarando os indivíduos com dificuldade na escola como portadores de disfunções neurológicas (além de mentais e/ou psicológicas), ou seja, sem qualquer enfoque nas condições de ensino".

Na última década do século XX, passou-se a denunciar e criticar a excessiva suposição de problema neurológico como etiologia principal, ou até mesmo exclusiva, nas situações de insucesso escolar. Os trabalhos já mencionados são ilustrativos deste tipo de reação. E, retomando Moysés e Collares<sup>3</sup>, cabe ressaltar a síntese que apresentam, no sentido de que há uma "história não contada dos distúrbios de aprendizagem" ou, mais precisamente, "uma história que a Medicina não contou para a Educação", por conta de exageros ocorridos na interpretação do fracasso escolar como problema neurológico. Conseqüentemente, destacam a necessidade de "superação desse tipo equivocado de conceito; desmistificação dessa teoria".

Considerando a importância de mudanças na abordagem de aspectos neurológicos na área do ensino-aprendizagem, especialmente com relação ao conceito de DCM, que persistiu por mais tempo, bem como vários outros similares que o substituíram sem mudanças quanto a formas de diagnóstico e tratamento, são estes os aspectos em destaque na especificação do problema que foi delimitado para estudo, nos seguintes termos: Qual é a atual situação de atendimento neurológico relacionado à queixa de dificuldade na aprendizagem escolar, sem qualquer identificação de etiologia orgânica cerebral?

## REVISÃO DA LITERATURA

Segue uma compilação de dados bibliográficos sobre a evolução de posicionamentos - defesas e

críticas - frente ao conceito inicial de Lesão e/ou Disfunção Cerebral Mínima, por parte dos profissionais da Saúde e da Educação, particularizando o enfoque dessa situação no Brasil.

Inicialmente é feita uma revisão histórica sobre a ênfase na explicação neurológica como justificativa para dificuldades de aprendizagem. Em seguida, são contrapostos os vários tipos de argumentações relacionadas com tal abordagem etiológica do fracasso escolar.

Esta história se inicia em 1918, com Alfred Strauss, identificado por alguns como neurologista norte-americano (Moysés e Collares<sup>3</sup>, p.ex.) ou, mais precisamente, como psiquiatra alemão radicado nos EUA (Fonseca<sup>7</sup>, dentre outros). Segundo consta, Strauss "lança a hipótese de que distúrbios de comportamento e, com menos ênfase, os de aprendizagem, poderiam ser conseqüentes de uma *lesão cerebral mínima*". E, de que "essa hipótese foi publicada sem qualquer evidência empírica; sua origem é o raciocínio clínico tradicional"<sup>3</sup>. Por outro lado, mantida a mesma fonte, "não houve pronta acolhida da hipótese de Strauss"<sup>3</sup>, seja no meio científico e/ou cotidiano, embora já estivesse em curso um processo de biologização do comportamento.

Também não há registro de que o diagnóstico de LCM tenha surgido associado à indicação de tratamento medicamentoso. Pelo contrário, em 1939, Strauss, juntamente com o psicólogo Werner, preconizou a importância de uma abordagem diagnóstica fundamentada em análise funcional, como guia para trabalho reeducativo com tais clientes. E, em 1940, já era reconhecida sua recomendação de diminuir estímulos não-essenciais no ambiente de aprendizagem das crianças com diagnóstico de Lesão Cerebral Mínima, fato ressaltado por Andrade<sup>8</sup>.

Nessa seqüência, consta outro fato ainda mais notório. Em 1947, Strauss e seu colega Lehtnen, também psiquiatra alemão radicado nos EUA, publicaram *Psychopathology and education of the brain injured child*, que passou a ser considerada uma referência clássica e fundamental para o estudo de dificuldades de aprendizagem. E, conforme mencionado por Fonseca<sup>7</sup>, na página

131, desse livro, se encontra a seguinte afirmação: "Dado que a lesão orgânica é medicamente intratável, os esforços devem ser orientados em dois sentidos: na manipulação e no controle de envolvimento superestimados e na educação de crianças, para exercitarem o controle voluntário".

Contudo, retomando o relato de Moysés e Collares<sup>3</sup>, na prática persistiu a valorização do enfoque médico, de tal modo que, especialmente em países de língua inglesa, o ano de 1957 veio a ser apontado como o momento de máxima afirmação do conceito de Lesão Cerebral Mínima (LCM) e de sua caracterização como um problema que exige tratamento medicamentoso. Foi apenas em 1962, no decorrer de congresso internacional de Medicina realizado em Oxford, que começou a ser reconhecida a inadequação do diagnóstico de lesão sem a sua real constatação, passando-se a fazer uso da expressão Disfunção Cerebral Mínima (DCM), como mais apropriada. Na verdade, porém, essa simples mudança de terminologia só veio contribuir para fortalecer a conceituação de dificuldade de aprendizagem como *doença* e, conseqüentemente, manter seu tratamento medicamentoso.

Mais especificamente, a partir da difusão do conceito de DCM, passaram a serem distinguidas (Andrade<sup>8</sup>, p.ex.) duas vertentes de trabalho. Em uma delas, assumiram destaque os norte-americanos Cruickshank, Frosting e Vallet, que se preocuparam em desenvolver método de educação/recuperação para as crianças diagnosticadas como portadoras de distúrbio de aprendizagem. A outra, que se fez presente em vários países, inclusive nos EUA, e que foi dominante no Brasil, consistiu em valorizar a investigação de lesão ou disfunção para explicar a etiologia de dificuldades de aprendizagem. Com este enfoque, salientaram-se, nos EUA, os psicólogos Artur Benton e Wender, enquanto que no Brasil, os médicos Lefèvre e Grünsun foram os que mais se destacaram.

Deste modo, por influência da literatura estrangeira, em particular dos EUA, difundiu-se no Brasil, durante a década de 60, o diagnóstico de fracasso escolar centralizado em condições do aluno, identificado como DCM. E, na década de

70, conforme exposto por Bossa<sup>5</sup>, veio a ser ainda mais reforçado o rótulo de DCM para as crianças com atraso na aprendizagem.

Paralelamente, em outros países, inclusive nos EUA, no final da década de 60 já começavam a surgir duras críticas ao conceito de DCM como explicação etiológica para insucesso na aprendizagem escolar. Exemplificando, Moysés e Collares<sup>3</sup> citam que, em 1967, Gomes apontou a absoluta falta de critérios para o diagnóstico de DCM. Nesse mesmo sentido, Fonseca<sup>7</sup> cita mais dois exemplos. Um deles é o trabalho de Freeman que, em 1967, ao rever 50 exames EEG, concluiu que seus resultados não se relacionavam de modo conclusivo com fracasso na escola. O outro se refere a um trabalho de Paine, Werry e Quay, realizado em 1968, com resultados similares, que os levaram a seguinte conclusão, transcrita por Fonseca<sup>7</sup>: "Investigações indicam que a lesão cerebral não produz, inevitavelmente, uma diminuição do potencial de aprendizagem. Muitas outras investigações adiantam que portadores de lesões cerebrais podem apresentar um comportamento e um EEG normais".

Constatações desse tipo prosseguiram na década de 70. E, nesse sentido, Fonseca<sup>7</sup> cita que, em 1976, Ross apontou uma dificuldade de ordem metodológica em jogo, a respeito da etiologia da DCM, com base na seguinte premissa: "Não se pode provar que a DCM é a causadora da dificuldade de aprendizagem, na medida que seria antiético conduzir uma experiência que comprovasse tal afirmação". Também há o registro feito por Moysés e Collares<sup>3</sup>, de que, em 1977, um trabalho de Conrad ressaltou "determinantes etiológicos ambientais para problemas comportamentais, inclusive na área da aprendizagem"; e de que em 1978, Miller reconheceu a "fragilidade do diagnóstico de DCM".

No Brasil, entretanto, foi apenas na década de 80 que começou a ser contestada a rotulação de DCM. De acordo com o relato de Scoz<sup>6</sup>, em tal momento, "os próprios médicos admitem que houve exagero na difusão do termo DCM", pois chegou a atingir o índice de 40% dos atendimentos de neurologistas!

Enfim, cabe retomar a síntese de Bossa<sup>5</sup>, de que: "O termo DCM é destituído de significação educacional, além do estigma que cria e da expectativa negativa dos pais e professores, pois alimenta a noção de que o problema é irreversível". E, também seu alerta de que: "Quanto maior a preocupação com o orgânico, menor o espaço para o psicológico e o pedagógico".

### OBJETIVOS E HIPÓTESES

Considerando que simples mudanças de terminologia nada representam, se mantido o conceito de "doença" a ser medicada, o objetivo geral proposto consistiu em: investigar a indicação de atendimento neurológico e as orientações resultantes do exame médico nessa área, no caso de crianças apresentando insuficiência na aprendizagem escolar, sem qualquer identificação de etiologia orgânica neurológica que a justifique.

Os objetivos específicos voltaram-se à caracterização de dados sobre o atendimento de tais clientes por neurologistas, no que se refere aos seguintes aspectos: a) Incidência = frequência, caracterização e procedência dos clientes; b) Diagnóstico = etiologias investigadas e identificadas; c) Terapêutica = orientações para o controle e/ou solução da queixa apresentada.

Não foram definidas hipóteses a testar. Porém, em termos de suposições, considerou-se provável que viesse a ser identificada a evidência de certa evolução favorável, quanto à redução de exageros na abordagem neurológica de limitações na aprendizagem escolar. Mas, também foi considerada a possibilidade de certa persistência indesejável de tal tipo de prática, que coloca o aluno na condição de doente, sem ter sido dispensada a necessária consideração às condições de ensino em que ele se encontra.

### METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Seguem informações sobre o tipo de pesquisa realizada, sua amostragem, o instrumental utilizado e os critérios seguidos na coleta de dados.

### **Delineamento**

Caracteriza-se como pesquisa descritiva, em vista de seu objetivo de identificar e descrever características do fenômeno em questão (por exemplo, a questão da abordagem neurológica de dificuldades de aprendizagem sem constatação de causa orgânica nessa área médica). E, classifica-se como um *levantamento*, em função de seu planejamento que implicou na coleta de dados mediante interrogação direta de pessoas (no caso, médicos neurologistas). Também se torna mais apropriado classificá-la como *exploratória*, em vista da limitação da amostragem.

### **Sujeitos**

Previa-se o acesso a um total de 15 entrevistados, na condição de sujeitos de uma amostragem por acessibilidade. Este número correspondia ao total de uma turma de alunos do curso de Psicopedagogia da UnG, cumprindo atividades práticas em instituições hospitalares, e tendo a oportunidade de estabelecer contato com médicos neurologistas, de modo a poder colaborar na realização da coleta de dados. Mas, reafirmando o aspecto de não obrigatoriedade da atividade, seja por parte dos entrevistadores como dos entrevistados, foram apenas 9 os médicos neurologistas que vieram a integrar amostragem da pesquisa.

### **Instrumental**

Houve necessidade de elaboração de um instrumento específico para a investigação pretendida, na forma de um questionário composto de 12 perguntas abertas (Anexo). Desse total de perguntas, as 5 iniciais versam sobre "incidência"; seguidas de 3 sobre "diagnóstico", e 4 finais sobre tipos de "terapêutica" indicada a clientes que apresentam queixa de dificuldade de aprendizagem escolar, sem qualquer identificação de causa orgânica neurológica.

### **Coleta de dados**

Na definição das 3 etapas seguidas nessa atividade, cuidou-se em padronizar proce-

dimentos, controlando variáveis intervenientes. Seguem tais especificações:

**1ª etapa** – Estabelecimento de contato inicial com o médico a fim de solicitar e agendar um encontro de aproximadamente 20 minutos para a entrevista; respeitando suas preferências; garantindo sigilo dos dados; e informando-o tratar-se de investigação sobre dificuldades de aprendizagem.

**2ª etapa** – Realização da entrevista, seguindo a ordem programada das perguntas, e anotando as respostas obtidas.

**3ª etapa** – Encerramento do contato, deixando o espaço em aberto para alguma complementação, a critério do entrevistado.

## **RESULTADOS**

Inicialmente, os dados foram submetidos a um processo de elaboração quantitativa. O conjunto de respostas coletadas, para cada uma das 12 questões da entrevista, deu origem a uma síntese sobre a especificação e frequência das alternativas de respostas obtidas. Os 6 quadros de resultados que estão sendo apresentados compreendem 2 dessas sínteses de dados e 4 integrações de duas os três das demais sínteses. A apresentação dos resultados focaliza cada um dos quatro tipos de assuntos investigados, a saber: Incidência, Procedência, Etiologia e Terapêutica dos clientes, que buscam médico neurologista apresentando queixa de Distúrbio de Aprendizagem (D.A.) sem identificação de causa orgânica.

### **Sobre a incidência de clientes que buscam neurologista devido queixa escolar**

Inicialmente, a indefinição foi o aspecto mais notório nas respostas sobre a *frequência* de clientes com queixa de D.A., compreendendo comentários tais como: "Não tenho a menor idéia"; "Não há índices brasileiros a esse respeito". Posteriormente, além de continuarem vagas, surgiram respostas contrastantes. Houve quem dissesse que "a frequência é alta", bem como quem afirmasse que "são raras ocorrências", além de quem se referisse a "alguns casos". Frente à insistência de maior precisão

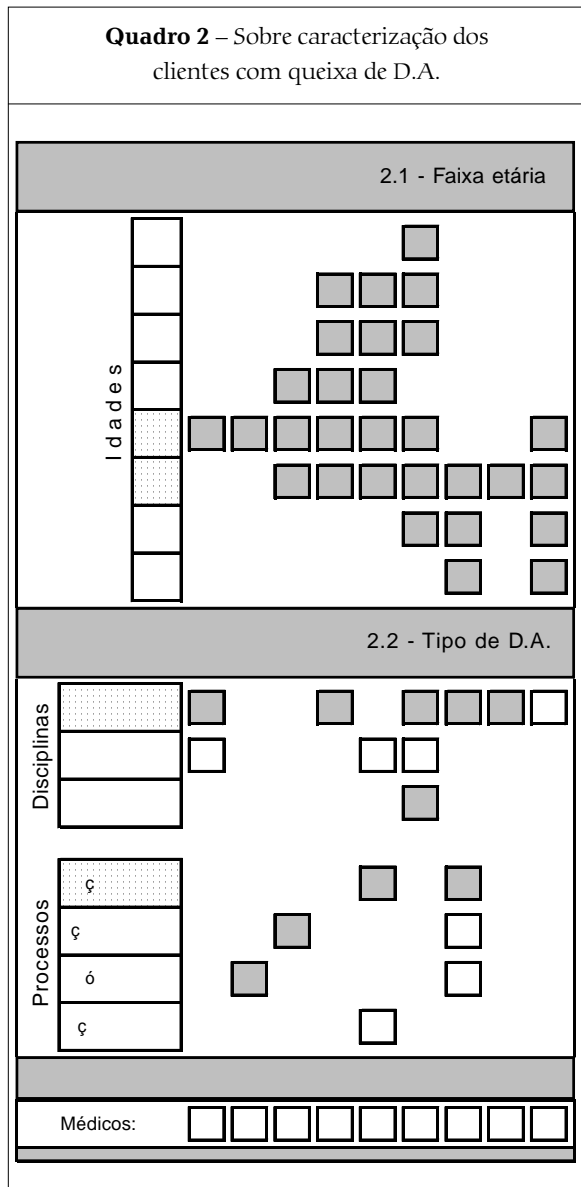
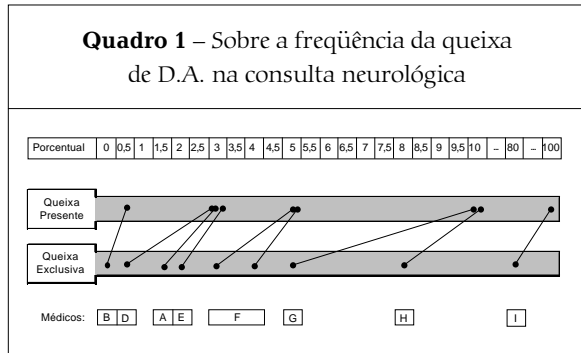
<b>Anexo</b> <b>Questões utilizadas para entrevistar neurologistas sobre</b> <b>clientes com queixa de dificuldade na aprendizagem</b>
<p><b>Sobre INCIDÊNCIA (frequência, caracterização e procedência dos clientes)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Qual é sua estimativa sobre a % de clientes apresentando queixa de dificuldades na aprendizagem? E, qual seria o índice correspondente aos casos com queixa exclusiva sobre baixo rendimento escolar?</li><li>* Qual é a faixa etária e série escolar mais freqüente dos clientes que declaram esse tipo de queixa?</li><li>* Qual é o tipo de dificuldade de aprendizagem destacado com maior freqüência?</li><li>* Quem costuma decidir ou aconselhar a busca de neurologista para crianças ou jovens que não estão indo bem nos estudos?</li><li>* Estes clientes já vêm com algum diagnóstico fechado ou suposto? Feito por quem?</li></ul> <p><b>Sobre ETIOLOGIA (etiologias investigadas e encontradas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Que informações e exames são indispensáveis para sua definição do diagnóstico de clientes com queixa de aprendizagem?</li><li>* Que tipo de causa neurológica costuma ser encontrada com maior freqüência em seus clientes que vão indo mal na escola?</li><li>* Qual é o seu posicionamento sobre o conceito de Disfunção Cerebral Mínima?</li></ul> <p><b>Sobre TERAPÊUTICA (orientações para controle e/ou solução)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Quais são as principais orientações terapêuticas para clientes com dificuldade de aprendizagem, quando não evidenciam qualquer problema neurológico?</li><li>* Há medicamentos, atualmente em uso, para crianças que estão indo mal na escola, sem apresentar alguma causa orgânica neurológica que justifique esse insucesso?</li><li>* Quais as conveniências e contra-indicações do tratamento medicamentoso para tais clientes?</li><li>* Qual é a periodicidade do retorno a consultas e a duração média do acompanhamento neurológico necessário a clientes com queixa de dificuldade de aprendizagem?</li></ul>

(Quadro 1), registrou-se uma resposta estimando em 80 e 100% os índices de clientes que apresentam D.A. como queixa exclusiva ou presente, respectivamente. Mas, nas respostas finais de todos os demais entrevistados, tais índices oscilaram entre 0 a 8% como queixa exclusiva, e entre 0,5 a 10% no que se refere à presença da queixa em questão.

No que diz respeito à caracterização de tais clientes (Quadro 2), predominaram respostas que os identificam como alunos de 1ª e ou 2ª série, na faixa etária dos 7 – 8 anos. Também se destacaram concordâncias sobre o tipo de D.A. mais comum. A “leitura” foi a área de domínio mencionada como a que implica em maiores dificuldades. E, a capacidade de “atenção” foi apontada como a mais deficitária das habilidades necessárias ao sucesso escolar em qualquer disciplina. Dentre outras áreas de conteúdo escolar, segue menção à “escrita”,

porém com freqüência bem menor. E, houve apenas uma menção à “matemática”. Sobre outras habilidades que interferem nos diversos conteúdos da programação escolar, surgiram referências contraditórias à “memória” *versus* “associação”. Houve quem dissesse que a criança com D.A. “memoriza, mas não associa”, mas também quem salientasse a “dificuldade de memorização como prejuízo básico para o entendimento”. Além disso, houve quem citasse única e exclusivamente a dificuldade para memorizar, bem como quem só mencionasse a limitação na capacidade para associar. Cabe acrescentar o registro de respostas fugindo da pergunta sobre o tipo de D.A., pois houve uma referência a quadro depressivo e outra ao domínio de idiomas!

Sobre a *procedência* dos clientes com insucesso escolar, os indicadores obtidos (Quadro 3) são de que todos eles chegam ao neurologista

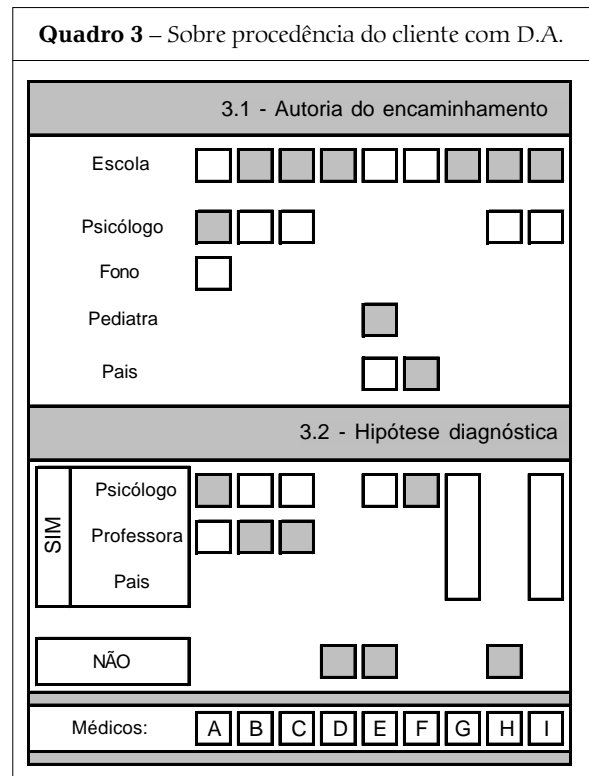


por indicação principal da escola, e já vivenciando a suposta condição de portador de algum problema pessoal. Foram secundárias algumas referências à busca desse tipo de consulta médica por iniciativa dos próprios pais, ou por indicação de psicóloga, pediatra ou fonoaudióloga.

Outra constatação foi de que, a maioria (72%) dos clientes com queixa de D.A. já chega ao neurologista com alguma hipótese diagnóstica e, qualquer que seja autoria, sempre apontando um problema pessoal, a exigir atenção individualizada.

**Sobre o diagnóstico neurológico do cliente com queixa escolar (Quadro 4)**

Quanto a procedimentos seguidos na *investigação* diagnóstica, todos os 9 entrevistados valorizaram a importância da anamnese e 5 deles indicaram a prioridade dessa fonte de informações. Por outro lado, apenas 4 dos entrevistados se referiram à solicitação de relatório da professora, e nenhum deles fez qualquer



declaração específica sobre a necessidade de informações sobre características da escola!

Exame clínico geral e avaliação psicológica foram outras fontes de informações consideradas relevantes; dentre exames neurológicos complementares, o EEG e a tomografia foram os mais mencionados.

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou simplesmente TDAH, foi a nomenclatura mais utilizada para designar conclusões sobre a *etiologia* das dificuldades de aprendizagem escolar, o que um dos próprios entrevistados declarou tratar-se do que “antigamente era conhecido como DCM”.

Em seguida, destacaram-se considerações a fatores perinatais e, principalmente, a anóxia. Incluiu-se o registro de uma vaga referência à epilepsia, bem como uma enfática menção ao que foi expresso como “costumeira ausência de qualquer etiologia neurológica em clientes com queixa de dificuldade de aprendizagem”. Também foram citados vários fatores etiológicos sem relação direta com algum “problema” neurológico, tais como: dislexia, doenças hereditárias, viroses e distúrbios emocionais.

Passando ao questionamento direto sobre o conceito de DCM, foi unânime o comentário de que o uso desse termo se encontra ultrapassado. Alguns completaram a resposta argumentando tratar-se de um “conceito pouco esclarecedor”; “caso de deficiência mental” ou, até mesmo, “algo inexistente”. Mas, em proporção semelhante, outros indicaram a substituição do referido texto por TDAH, admitindo tratar-se de “situação que existe clinicamente, implicando em reais e sérios problemas”; “algo que pode e deve ser trabalhado porque prejudica bastante a qualidade de vida de quem o está vivenciando”. Há que se acrescentar, entretanto, que também ocorreu uma crítica no sentido de que “os termos mais atuais são piores; mais limitadores”.

**Sobre a orientação terapêutica de neurologistas aos “casos de D.A.”**

Receitar remédio foi a alternativa admitida por dois terços dos neurologistas entrevistados como

**Quadro 4 – Sobre o diagnóstico de D.A.**

4.1 - Dados requeridos na investigação										
NEURO	Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ex clínico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tomografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mapeamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUTRAS ÁREAS	Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psicológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Visual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fonoaud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 - Principais etiologias identificadas										
	TDAH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nada neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dislexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fat. perinatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Doenças heredit.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Virose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 - Conceito de DCM										
TERMO	Superado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	TDAH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piorou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA	Inexistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Preocupante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Caso de DM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		A	B	C	D	E	F	G	H	I

*tipo de recurso* utilizado na terapêutica de clientes com queixa de rendimento escolar insuficiente, embora tais repostas compreendam variações de detalhes (Quadro 5).

De início, 2 médicos negaram qualquer prescrição de medicamento, mas retomaram o assunto, admitindo recorrer a essa forma de tratamento. Inversamente, um outro declarou e

depois negou tal terapêutica. Outros dois incorreram em contradições repetidas sobre usar ou não receitar remédios. Também foi registrada uma enfática declaração sobre a terapêutica medicamentosa como a única utilizada! Além disso, dos 3 médicos que afirmaram prontamente não receitar remédios, dando a resposta por encerrada, só um deles manteve esse "não", no decorrer da entrevista.

E, um fato a ser observado é que, no confronto de dados sobre prós e contras ao *uso de remédios*, para os clientes em questão (Quadro 6), não chega a ser identificado qualquer consenso em destaque!

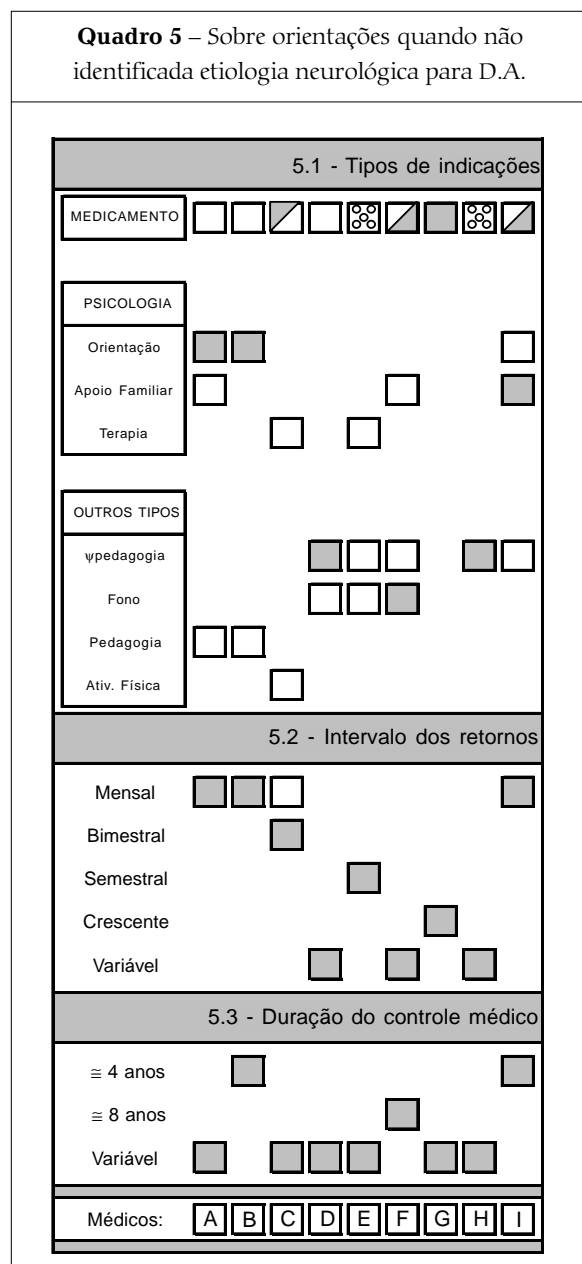
Encaminhamento para a área da Psicologia também foi uma alternativa mencionada por dois terços dos entrevistados. Mas, só um terço dos neurologistas deu prioridade à terapêutica nessa área, e sem muita concordância quanto ao tipo de trabalho a ser recomendado, pois houve variação do enfoque nas seguintes atividades: orientação, apoio familiar e terapia. A Psicopedagogia foi mais mencionada do que qualquer uma das outras áreas relacionadas à Psicologia. Em seguida, Fonoaudiologia, Pedagogia, e Atividade Física foram os outros tipos citados de orientação, nessa seqüência de importância.

Ocorreu bastante discordância e/ou indefinição, tanto em relação à estimativa dos intervalos de *retorno* como da *duração* do tratamento médico, indicativa de condição variável, em ambos os casos.

Cabe salientar que, no decorrer das respostas sobre terapêutica, 4 médicos fizeram referência à "hiperatividade" como sinônimo de "problema sem causa neurológica".

### DISCUSSÃO

São quatro os conjuntos de resultados colocados em discussão. Todos eles se destacaram pela frequência no registro de dados, além de se encontrarem diretamente implicados com os objetivos e suposições da investigação realizada. Também se referem a aspectos dentre os mais polêmicos da revisão bibliográfica, sendo importante que venham a serem revistos sob





“é mais comum do que se imagina”, sendo calculada em 5% da população mundial. Wou<sup>11</sup> também avalia que “Déficit de Atenção” é bastante comum, embora permaneça entre os problemas mais desconhecidos. Mas, não há como negar que DDA é uma sigla que passou a ser utilizada numa frequência bem acima destes índices.

Além disso, na prática tem ocorrido eventuais substituições da sigla DDA por SDA – Síndrome do Déficit de Atenção, ou ainda, TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, dentre outras menos antigas que LCM e DCM, mas com o mesmo significado essencial. E, desde 1994, a Associação Americana de Psiquiatria passou a defender a substituição de todas elas por DDAH – Distúrbio de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade, o que, na verdade, só significou a inclusão de mais uma sigla similar em uso.

Torna-se oportuno reafirmar que tanto o comportamento desatento como inquieto na escola pode resultar da frequência às aulas sem ter aprendido a ler e, portanto, sem reais condições de acompanhar outras programações. E, conforme bem expresso por Scoz<sup>6</sup>, não se pode considerar que “se a desatenção e/ou inquietação do aluno vem a ser atribuída a causa neurológica, caracterizando-o como doente, eles não são responsabilizados pelo próprio fracasso e os educadores são desestimulados a ensinar”.

Além disso, não é possível desprezar o papel dos educadores, sejam os pais ou professores, na determinação ou agravante de tais comportamentos indesejáveis. Sayão<sup>12</sup>, por exemplo, alerta que “pais ensinam hiperatividade aos filhos”. Assim sendo, atenção concentrada é algo necessário e importante de ser trabalhado pelos professores, seja na interação direta com os alunos como na orientação a pais.

#### **Classificações que enfocam e generalizam prejuízo versus identificação de perfil a partir de diagnósticos diferenciais**

A constatação é de que os clientes já chegam ao consultório do neurologista com algum rótulo desfavorável, e dele saem com um diagnóstico

que mantém algum aspecto negativo em destaque.

Foi unânime a avaliação de que DCM – Disfunção Cerebral Mínima é um conceito ultrapassado, enquanto que LCM – Lesão Cerebral Mínima, expressão mais antiga, sequer chegou a ser mencionada. Porém, ocorreu o uso, e até mesmo declarada defesa, das expressões mais atuais: TDHA – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e/ou DDA – Desordem do Déficit de Atenção.

Deste modo, as evidências são de que vem mudando a denominação referente às chamadas “dificuldades de aprendizagem” sem identificação de causa neurológica, porém, mantido o tipo de diagnóstico classificatório e abrangente que tem distinguido seu portador de modo negativo, ainda que não justificado e sequer recomendado.

Andrade<sup>8</sup> relembra que, em 1939, quando criado o uso da expressão DCM por Strauss e Werner, a indicação e defesa, por eles indicado e defendido o uso de uma “análise funcional” dos clientes com queixa de aprendizagem, de modo a serem identificados tanto aspectos positivos como negativos.

Andrade<sup>8</sup> reafirma a necessidade de “diagnóstico diferencial”, também porque o DSM-IV classifica o cliente de TDHA em três tipos: Predominantemente desatento; Predominantemente anti-social; e Combinado, além de considerar que, para fechar o diagnóstico nessa área é indispensável investigar noção temporal e elaboração de desenho, pois é esperada alguma limitação nesses dois domínios. Desde a década de 70, também é sabido que o TDHA se encontra associado a alterações do metabolismo cerebral, o que implica na necessidade de investigação sobre neurotransmissores para seu diagnóstico.

Similarmente, embora preferindo utilizar DDA como denominação, Fucata<sup>9</sup> defende que esta é uma síndrome a exigir “diagnóstico severo para não causar confusão”, incluindo a necessidade de tomografia para o registro da ação de 2 neurotransmissores: a noradrenalina e a dopamina.

E, em 2001, veio a ser salientada a importância de exames genéticos para diagnósticos de risco nessa área, pois, segundo relato de Bonalume Neto<sup>13</sup> e também de Norton<sup>14</sup>, uma equipe norte-americana coordenada por Susan L. Smallen, descobriu que há um gen associado ao déficit de atenção e hiperatividade (e também ao autismo), tratando-se de uma região do cromossomo 16. São muitos, portanto, os cuidados requeridos numa cuidadosa diferenciação do diagnóstico de desatenção e/ou inquietação.

#### **Uso de medicamento como recurso fundamental versus Limitação de práticas psicopedagógicas**

Há coerência na indicação de remédio para criança com queixa escolar se confirmado o diagnóstico de DDA, ou outra das denominações em uso, implicando em dificuldade de atenção concentrada. Tal remédio, comercializado como “Ritalina”, consiste em um estimulante dopaminérgico, que realmente promove estado de alerta aos estímulos ambientais, conforme mencionado por Farah<sup>15</sup>, dentre outros. Mas, prosseguindo com base em Zernike e Pertersen<sup>16</sup>, o que se tem registrado é um exagero crescente no uso de tal recurso, havendo a estimativa de que, em 2001, nos EEUU, foram emitidas 20 milhões de receitas mensais desse tipo de medicamento, principalmente para meninos, indicando um aumento de 13% em relação a 1999. E, a suposição é de os índices brasileiros sejam semelhantes.

De fato, os dados obtidos na investigação ora relatada são indicativos de que, não apenas persiste, mas vem aumentando o uso de medicamento para crianças com queixa escolar. Todos os entrevistados citaram o uso desse recurso. Por outro lado, é interessante salientar que só um deles defendeu a medicação como recurso

prioritário. A fala de outros 5 médicos, portanto a maioria deles, incluiu hesitações e/ou autocensura na declaração sobre tal tipo de tratamento, além de 3 casos de mudança de resposta. E, frente à solicitação de apontar prós e contras do tratamento com remédios, persistiram as expressões de dúvidas e repostas vagas ou até mesmo omissas, além de diversas contradições entre os entrevistados. Fica bem claro que se trata de algo questionável, a ser revisto e modificado. E, isto implica em avaliar o que tem sido viabilizado como melhor alternativa na área da própria Educação.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Reafirmando o que foi colocado em destaque na discussão dos resultados, há pelo menos 4 cuidados a serem observados por educadores antes de qualquer encaminhamento de aluno com rendimento escolar insuficiente para atendimento neurológico, a saber:

- Providenciar um perfil do aluno, com a devida identificação de seus aspectos positivos, de modo a não contribuir para a generalização de dificuldades existentes.
- Dispensar especial atenção à avaliação das condições e necessidades do aluno no domínio da leitura, seja em termos de sua aprendizagem como das condições de ensino que lhe foram propiciadas.
- Incluir os comportamentos de atenção e concentração dentre os objetivos de ensino-aprendizagem escolar, isto é, como algo a ser trabalhado e conquistado pelos professores com especial atenção e empenho.
- Valorizar e ampliar a utilização de recursos psicopedagógicos, tanto para o diagnóstico como prevenção e controle do insucesso escolar.

### SUMMARY

"ADD" and other new abbreviations associate with teaching and learning school limitations

This article relate an exploration survey about neurological attended of children with school complaint. It argues qualifying diagnosis which enlarges personal losses generalization, as well as pharmacological treatment to the learning difficulties in the school, without a proper brain organic etymology identification as well as the rest of characteristic symptoms. Also, it points out the special importance of attention to teaching learning of reading, beyond in the work pro incentive and development of concentrated attention.

**KEY WORDS:** Learning disorders. Learning. Differential diagnosis. Educational Psychology. Neuropsychology.

### REFERÊNCIAS

1. Rocha AF. O cérebro: um breve relato de sua função. Jundiaí: EINA; 1999.
2. Rocha AF, Rocha MT. O cérebro na escola. Jundiaí: EINA; 2000.
3. Moysés MA, Collares CAL. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. Cadernos CEDES 1990;28:31-47.
4. Pernambuco MAP. As funções neuropsicológicas e os distúrbios de aprendizagem. In: Scoz B, Baroni L, Campos M, Mendes M (orgs.). Psicopedagogia; Contextualização, formação e atuação profissional. Porto Alegre: Artes Médicas;1992.
5. Bossa N. A psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
6. Scoz B. Psicopedagogia e realidade escolar: o problema escolar e de aprendizagem. 8ªed. Petrópolis: Vozes; 2000.
7. Fonseca V. Introdução às dificuldades de aprendizagem. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Andrade ER. Hiperatividade: abordagem clínica e adaptação escolar. In: V Congresso Brasileiro de Psicopedagogia, I Congresso Latino Americano de Psicopedagogos, IX Encontro Brasileiro de Psicopedagogos.
10. Fucata B. Por que ele não consegue prestar atenção? Revista Cláudia 1995;95:168-72.
11. Wou RH O déficit de atenção e a importante função de escutar. Rev Psicopedagogia 1999;18:7-10.
12. Sayão R. Pais ensinam hiperatividade aos filhos. Folha de São Paulo. C11, 12.12.2002.
13. Bonalume Neto R. Lesão denuncia centro da impulsividade. Folha de São Paulo, A12, 28.5.2001.
14. Norton A. Cientistas identificam área do genoma ligada à hiperatividade. <http://br.news.yahoo.com>. 18.03.2001.
15. Farah PD. É preciso dizer que existe tratamento. Folha de São Paulo. A9: 21.08.2001.
16. Zernike K, Petersen M. Remédio infantil gera batalha nos EUA. Folha de São Paulo. A9: 21.08.2001.